

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1645

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Célia TOULOUSE

le 19 Octobre 2018

**Freins et leviers pour la prévention des conduites addictives
en santé au travail : étude qualitative auprès de médecins,
infirmiers et préventeurs en Occitanie.**

Directeur de thèse : Docteur Corinne MARTINAUD

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT	Président
Madame le Professeur Isabelle BALDI	Assesseur
Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC	Assesseur
Monsieur le Docteur Fabrice HERIN	Assesseur
Madame le Docteur Yolande ESQUIROL	Suppléant
Madame le Docteur Corinne MARTINAUD	Invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHÉ Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARRATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUCHEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	P.U. Médecine générale	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. KAMAR Nassim	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Soulat,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.
Merci de m'avoir accompagnée et soutenue dans ce projet.
Malgré mes doutes en début d'internat, votre engagement et votre vision ont su me convaincre de continuer dans cette belle spécialité.
Je tiens à vous exprimer ma gratitude et mon profond respect.

Madame le Professeur Isabelle Baldi,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en acceptant de siéger à mon jury.
Je vous remercie pour la qualité de l'enseignement dispensé à Bordeaux.
Soyez assurée de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Michel Druet-Cabanac,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en acceptant de siéger à mon jury.
Je tiens à vous remercier également pour la qualité des enseignements dispensés à Limoges.
Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Fabrice Herin,

Tu me fais l'honneur de ta présence au sein de ce jury.
Je te remercie pour ton implication dans notre formation.
Sois assuré de ma respectueuse considération et de ma gratitude.

Madame le Docteur Yolande Esquirol,

Tu me fais l'honneur de siéger dans mon Jury de Thèse.
Merci pour ton enseignement pendant mon stage au CHU et aussi lors des cours cours à Toulouse, je pense à toi à chaque fois que je vois une MP57!
Sois assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

À ma directrice de thèse :

Madame le Docteur Corinne Martinaud,

Corinne, je te remercie énormément d'avoir accepté de diriger ce travail. Tu m'as accompagné tout au long du projet, du choix du sujet à sa conclusion. J'ai beaucoup apprécié travailler avec toi et j'espère que notre travail aura la portée que nous espérons.

Soit assurée de ma profonde reconnaissance.

À ceux qui m'ont aidé pour ce travail :

Un énorme merci à Céline Bougel, qui a pris beaucoup de temps pour relire ma thèse et me donner des conseils. Ton aide a été très précieuse!

Merci à Stéphanie Rivière qui m'a aidé à construire mon questionnaire.

Merci également à François Auriol et au groupe de m'avoir accueilli lors de vos réunions, d'avoir soutenu ce projet et de m'avoir fourni des données.

Enfin, je remercie tous les médecins, infirmières et préventeurs qui ont participé à cette étude et tout particulièrement ceux qui ont participé à la pré-enquête! Ce travail n'existerait pas sans vous.

À mes maîtres de stage :

À toute l'équipe de patho pro : Pr Soulat, Dr Herin, Dr Esquirol, mais aussi Cathy, Aurore, Laurence et Émilie. Merci de m'avoir accueilli en tant que néo-interne et de m'avoir initié à la médecine du travail.

À tous les professionnels du centre Maurice Dide : Marie, Flora, Karine, Patricia, Sandrine et les autres, merci pour votre accueil et pour m'avoir appris l'addictologie.

À Roland, Françoise, Didier, Matthieu, Fred... et tous les autres du SRAS, merci énormément de votre accueil et de tout ce que vous m'avez appris. Vous avez su me transmettre votre passion pour le BTP.

Aux Drs Mole, Rouhier, Ludot et Augareils grâce à qui je sais enfin faire un vrai examen rhumato! Merci pour votre enseignement.

À toute l'équipe de la DIRECCTE, particulièrement Nath et Valérie «blondie et brunie» pour leur accueil et Corinne pour tout ce que tu m'as appris.

À Françoise et Claire qui m'ont fait découvrir (et aimer!) l'allergologie.

À toute l'équipe du SAMSI, tout particulièrement à Odette et à ma maître de stage, Audrey, qui malgré un semestre compliqué a su me redonner confiance.

À Joanne, Paz, Akram, Pauline, Nathalie, Nauria, Sabine, Vanessa et toute l'équipe médicale de la SNCF, merci pour votre accueil des plus chaleureux et vos encouragements!! Ça va être dur de partir!

À mes co-internes :

À Ahmed, Brigitte, Claire, Jérôme, Joël, Lorraine, Manon, Marion, Mélanie, Thomas et tous les autres, c'était chouette de vous avoir comme co-internes, merci pour toutes ces soirées bordelaises, limougeaudes et toulousaines.

Pensée particulière pour Lina, une belle rencontre, j'espère que tout se passe bien pour toi, Nico et Arthur!

Camille, j'admire ton engagement dans la spécialité, et je suis contente d'avoir partagé mon internat avec toi. À bientôt pour de nouvelles goguettes!

À ma famille :

À ma mère, j'étais avec toi quand tu as passé ta thèse et 28 ans plus tard tu es là pour assister à la mienne. Merci à toi et Jean-Pierre de m'avoir soutenue et accompagnée dans mes choix et d'être toujours là pour moi!

À mon père, tu es parti trop tôt, mais tu m'as transmis tellement de choses. J'ai hérité de ton goût des voyages et de ta curiosité intellectuelle. Merci pour tout, tu me manques.

À ma grand-mère, merci pour tes petits plats, ta joie de vivre et l'amour que tu me donnes depuis toujours!

À mon grand-père, je sais que tu auras voulu être là, merci pour ton soutien et ton amour, tu me manques.

À Jeff et Emma, «C'est la folie, t'sais!!» je suis vraiment reconnaissante de vous avoir eu dans ma vie, le frère et la sœur que j'ai toujours voulu avoir. Je vous souhaite plein de bonnes choses!

À Flocon.

Je vous aime.

À mes amis :

Spéciale dédicace à Antonin, Céline, Hugo, Jessie, Julie, Lucille, Marielle, Sophie... ma deuxième famille, merci d'être toujours là pour moi depuis toutes ces années!!! Je vous aime!

Je remercie particulièrement Antonin d'avoir pris le temps de relire ma thèse et de corriger les fautes! Je te dois des heures d'aide de trad :p

Marie, le temps nous a un peu éloigné, mais certains de mes meilleurs souvenirs sont avec toi lors de nos virées parisiennes. Je te souhaite que du bonheur et j'espère que nos routes se recroiseront <3.

À Ophélie, merci de partager ma vie et de me supporter depuis plus de 2 ans. Quoi qu'il advienne, je n'oublierai pas tous les bons moments qu'on a passé ensemble.

*À la mémoire de mon père,
À la mémoire de mon grand père,*

ABRÉVIATIONS :

- ARS** : Agence Régionale de Santé
BTP : Bâtiment et Travaux Publics
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail.
CAST : Cannabis Abuse Screening Test
CDT : Carboxy Deficient Transferrin
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DU : Document Unique
DUER : Document Unique d'Évaluation des Risques
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EVREST : EVolution et RELations en Santé au Travail
FACE : Fast Alcohol Consumption Évaluation
FE : Fiche d'Entreprise
GAPRAT 65 : Groupe d'Analyse Prévention Addictions au Travail des Hautes-Pyrénées
HAS : Haute Autorité de Santé
HSE : Hygiène, Sécurité et Environnement
I : Infirmière
IDEST : Infirmières en santé au travail
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
M : Médecin
MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (ancienne MILDECA)
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
ORMIP : Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées
P : Préventeur
PRST : Plan Régional Santé au Travail
RPIB : Repérage Précoce - Intervention Brève
RPS : Risques Psycho-Sociaux
SFA : Société Française d'alcoologie
SFMT : Société Française de Médecine du Travail
SMTOIF : Société Médecine du Travail Ouest Île-de-France
SPA : Substances Psycho-Actives
SST : Service de Santé au Travail
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TABLE DES MATIÈRES :

INTRODUCTION	15
1. État actuel des connaissances :	15
1.1. Les conduites addictives :	15
1.1.1. Définitions :	15
1.1.2. Épidémiologie en milieu professionnel :	16
1.2. Lien entre travail et consommation de substances psychoactives, deux approches :	17
1.2.1. Effets de la consommation sur le travail :	17
1.2.2. Effets du travail sur les consommations :	18
1.3. Le rôle des services de santé au travail dans la prévention des conduites addictives :	18
1.3.1. Les missions du service de santé au travail :	18
1.3.2. Études sur les pratiques des services de santé au travail :	20
1.3.3. Les recommandations :	20
1.4. Le PRST 3 :	22
1.5. Au total :	22
2. Hypothèses de la recherche :	23
3. Objectifs :	23
3.1 Objectif principal :	23
3.2 Objectifs secondaires :	23
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	24
1. Étude préliminaire qualitative :	24
1.1. Choix du qualitatif et du type d'entretiens :	24
1.2. Choix de la population :	24
1.3. Description et déroulement de l'étude :	25
1.4. Analyse des données :	25
2. Questionnaire :	25
2.1. Construction du questionnaire :	25
2.2. Choix de la population :	26
2.3. Méthode d'envoi :	26
2.4. Analyse des résultats :	26
RÉSULTATS :	28
1. Analyse des entretiens :	28
1.1. Caractéristiques des répondants :	28
1.1.1. Sexe :	28
1.1.2. Âge :	28

1.1.3. Formation :	28
1.1.4. Région :	29
1.1.5. Type de service :	29
1.2. Des visions divergentes du lien entre le travail et les conduites addictives :	29
1.3. Pratiques des médecins et infirmières en santé au travail :	30
1.3.1 En consultation :	30
1.3.1.1 Un repérage aléatoire :	30
1.3.1.1.1. Abord du sujet :	31
1.3.1.1.2. Évaluation de la consommation :	33
1.3.1.1.3. Utilisation du RPIB :	34
1.3.1.1.4. Biologie :	35
1.3.1.2. La prise en charge :	35
1.3.1.2.1. Recherche d'un lien avec le travail :	35
1.3.1.2.2. Messages de prévention :	35
1.3.1.2.3. Orientation :	35
1.3.1.2.4. Suivi :	36
1.3.1.3. L'aptitude : difficulté majeure pour les médecins :	36
1.3.1.4. Dossier médical :	38
1.3.1.5. Utilisation des données :	38
1.3.2. En entreprise :	39
1.3.2.1. Évocation du risque dans la fiche d'entreprise :	39
1.3.2.2. Participation aux actions en milieu de travail :	39
1.3.2.3. Intervention en entreprise :	40
1.3.2.3.1. Circonstances :	40
1.3.2.3.2. Sujets abordés :	40
1.3.2.3.3. Support :	41
1.3.2.3.4. Évaluation des actions :	41
1.4. Implication des préventeurs :	42
1.4.1. Sur les actions de prévention collective :	42
1.4.2. Lors de la réalisation de la FE ou du DU :	42
1.4.3. Tableau récapitulatif des rôles que les préventeurs pensent avoir dans la prévention des conduites addictives :	43
1.5. Les freins et leviers identifiés par les répondants :	44
1.5.1. Les freins :	44
1.5.2. Les leviers :	47
2. Résultats du questionnaire :	48
2.1. Tableau récapitulatif des résultats :	48
2.2. Caractéristiques des répondants :	52
2.2.1. Profession :	52
2.2.2. Sexe :	52
2.2.3. Âge :	53
2.2.4. Type de service :	54
2.2.5. Département :	55
2.2.6. Formation :	56
2.2.7. Projet de service :	57
2.2.8. Existence d'un groupe de travail :	57

2.2.9. Appartenance à un groupe de travail :	58
2.3. Influence du type de prévention :	58
2.3.1. Prévention des répercussions :	59
2.3.2. Postes de sécurité :	59
2.3.3. Conditions de travail :	59
2.3.4. Aspect culturel :	60
2.4. La prévention individuelle :	60
2.4.1. L'abord du sujet en consultation :	60
2.4.1.1. Quels produits ?	60
2.4.1.2. Difficultés d'abord :	61
2.4.1.3. Utilité du questionnement des drogues illicites :	62
2.4.1.4. Utilisation d'autoquestionnaires :.....	62
2.4.1.5. Le repérage précoce / intervention brève (RPIB) :	63
2.4.2. La prise en charge :	64
2.4.2.1. La recherche d'une composante professionnelle :	64
2.4.2.2. Facteurs influençant la prise en charge :	64
2.4.2.3. Le protocole (pour les infirmières) :.....	65
2.4.2.4. L'aptitude (pour les médecins) :.....	65
2.4.3. Utilisation des données :	66
2.4.3.1. Le dossier médical :.....	66
2.4.3.2. Les statistiques :	67
2.4.4. Le réseau :	67
2.4.4.1. Lien avec le médecin généraliste :.....	67
2.4.4.2. Connaissance du réseau :.....	67
2.5. La prévention collective :	68
2.5.1. Abord du sujet avec l'employeur :.....	68
2.5.1.1. Moment propice :.....	68
2.5.1.2. La fiche d'entreprise :	69
2.5.2. Action collective de prévention :	70
2.5.2.1. Avis des répondants sur l'efficacité :.....	70
2.5.2.2. Participation :.....	70
2.5.2.3. Contexte :.....	72
2.5.2.4. Thème :	72
2.5.2.5. Destinataires de l'action :.....	72
2.5.2.6. Évaluation des actions :.....	73
2.5.2.7. Partenaires extérieurs :.....	73
2.6. Les réactions négatives :	74
2.7. Le frein principal :	74
2.8. Le besoin de formation :	75
2.9. Implication des préventeurs :	76
DISCUSSION.....	78
1. Forces et faiblesse de l'étude :	78
1.1. Pré étude :	78
1.1.1. Forces :	78
1.1.2. Faiblesses :	78

1.2. Questionnaire :	79
1.2.1. Forces :	79
1.2.2. Faiblesses :	80
2. Freins, leviers, pistes d'amélioration :.....	81
2.1. Résumé des freins :	81
2.2. Les freins liés aux professionnels de santé ou au service de santé au travail et les pistes d'amélioration :.....	82
2.2.1. Le manque de formation :	82
2.2.2. Abord du sujet trop aléatoire :	83
2.2.3. : Rôle ambivalent de la médecine du travail :.....	86
2.2.4. Manque de pluridisciplinarité :	89
2.2.4.1. Externe au service de santé au travail :.....	89
2.2.4.2. Au sein du service de santé au travail :	90
2.2.5. Manque de recueil et d'utilisation des données :	92
2.2.6. Liés au service de santé au travail :	93
2.2.7. Lié au ressenti des acteurs de la prévention :	94
2.3. Les freins liés aux entreprises et les pistes d'amélioration :	95
2.3.1. Manque d'implication des entreprises :	95
2.3.2. Tabou sur le rôle de l'entreprise :	96
2.4. Le déni chez les salariés :	97
2.5. Résumé des leviers :.....	98
CONCLUSION :	100
BIBLIOGRAPHIE :	101
ANNEXES :	106

INTRODUCTION

1. État actuel des connaissances :

1.1. Les conduites addictives :

1.1.1. Définitions :

L'addiction est caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives dans le but de produire du plaisir ou d'écarter une sensation de malaise interne [1].

Le diagnostic de l'addiction repose sur des critères bien définis (voir encadré), fixés par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans un manuel, le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM), dont la cinquième édition date de 2013.

Critères du DSM 5 [2] :

Au cours des 12 derniers mois :

- 1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
- 2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance
- 3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets
- 4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance
- 5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
- 6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance
- 7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
- 8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- 9 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
- 10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
- 11 - Il existe un sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractérisé à la substance
 - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Score < 2 : Absence d'addiction Score de 2 à 3 : Addiction légère Score de 4 à 5 : Addiction modérée Score ≥ 6 : Addiction sévère
--

Le terme de « conduites addictives » regroupe les pratiques susceptibles d'induire une addiction (de l'usage simple à l'addiction sévère).

Selon le Dr Reynaud [3], l'addiction est la résultante de l'interaction entre plusieurs facteurs :

- des facteurs de risque liés aux produits (P) : dépendance, dommages sanitaires aigus et chroniques et statut social du produit
- des facteurs individuels de vulnérabilité (I) : génétiques : caractère, événements de vie, troubles psychiatriques, âge de début
- des facteurs de risque environnementaux (E) : sociaux : exposition (disponibilité, attractivité), consommation nationale, par âge, sexe et groupe social; familiaux : fonctionnement familial et consommation familiale»

Cette addition de facteurs de risque est importante à prendre en compte. En effet, il est difficile d'agir sur les facteurs individuels de vulnérabilité, cependant les facteurs de risque environnementaux peuvent faire l'objet d'une prévention, par exemple au sein de l'entreprise.

1.1.2. Épidémiologie en milieu professionnel :

Les données épidémiologiques concernant les conduites addictives en milieu professionnel sont rares. Le baromètre santé 2010 de l'INPES [4] reste la principale source d'informations à ce jour.

Selon ce baromètre [4], les personnes en situation de chômage, celles ayant un niveau baccalauréat ou inférieur, et les ouvriers constituent des populations à cibler en priorité dans les actions de prévention et d'éducation à la santé pour le tabac.

Concernant l'alcool, 16,4 % des actifs occupés ont consommé de l'alcool durant leur temps de travail au moins une fois dans l'année. Chez les hommes, la consommation à risque chronique s'avère plus élevée parmi les artisans et commerçants et les agriculteurs, tandis que chez les femmes, les cadres et les artisans sont les plus concernés par ce comportement.

Le cannabis se diffuse dans toutes les couches de la société, mais il existe des différences suivant le milieu social. Parmi les actifs de 18-64 ans, les cadres et les ouvriers ont les niveaux les plus élevés (respectivement 9 % et 8 % d'usagers dans l'année), tandis que les agriculteurs ont les plus faibles. L'usage actuel de cannabis s'avère par ailleurs nettement plus fréquent dans les métiers de la construction, la restauration, l'information et la communication, et les arts et spectacles.

Concernant les drogues illicites (hors cannabis), les expérimentations de cocaïne chez les femmes s'avèrent plus fréquentes parmi les plus diplômés. Parmi les hommes, l'expérimentation de cocaïne est assez homogène par

rapport au niveau de diplôme, témoignant d'une diffusion du produit à l'ensemble des strates de la population.

Concernant les médicaments psychotropes, les cadres en consomment légèrement moins que les autres professions, tandis que les chômeurs de longue durée en consomment plus fréquemment.

Enfin, pour les jeux de hasard et d'argent, les hommes, les 25-54 ans et les actifs occupés sont les plus nombreux à avoir joué dans l'année, à l'inverse des personnes disposant des revenus les plus faibles.

Les régions anciennement nommées Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon se distinguent par des niveaux plus élevés d'usage de cocaïne dans l'année, ainsi que d'ecstasy pour le Languedoc-Roussillon [5].

1.2. Lien entre travail et consommation de substances psychoactives, deux approches :

Nous avons vu, grâce au Baromètre santé, que certaines catégories socio professionnelles étaient plus consommatrices que d'autres. Le lien entre le travail et la consommation de substances psychoactives peut se faire de deux façons : on évoque souvent les conséquences des consommations sur le travail, mais on commence aussi à s'intéresser à l'influence des conditions de travail sur ces consommations. Nous résumons dans ce chapitre la littérature actuelle sur le sujet en s'inspirant principalement d'une revue de la littérature datant de 2015 [6].

1.2.1. Effets de la consommation sur le travail :

Plusieurs études ont démontré que la consommation de substances psycho-actives augmentait le risque d'accidents routiers. Ainsi, la conduite d'un véhicule sous l'influence d'alcool (y compris avec une alcoolémie inférieure à 0,5 g par litre), augmente le risque d'être responsable d'un accident routier mortel par 8,5. Dans le cas d'une conduite sous l'influence de cannabis, ce risque est multiplié par 1,8 [7]. La consommation de médicaments comportant un pictogramme de danger orange (niveau 2) ou rouge (niveau 3) est impliquée dans 3,3 % des accidents routiers (mortels ou non) [8].

Nous pouvons donc supposer que la consommation de substances psychoactives sur le lieu du travail peut avoir des conséquences, notamment en termes d'accidentologie au travail. Des chiffres sont régulièrement avancés par les médias, en général il est annoncé qu'entre 10 et 20 % des accidents du travail sont liés à la consommation de substances psycho-actives. Cependant, aucune étude n'a prouvé ces chiffres. D'ailleurs, la dernière étude publiée en ce qui concerne la France remonte aux années 1950 [6, 9]. On y constatait que les alcoolisations fortes supérieures à 1 g/l touchent, selon les entreprises et l'heure de prélèvement, de 2,5 à 11,5 % des accidentés.

Dans une enquête menée en 2012 [6, 10] auprès de 512 salariés du BTP de la région Rhône Alpes, il était demandé aux participants d'indiquer s'ils avaient été témoins au cours des douze derniers mois de problèmes ou d'incidents liés à la consommation de SPA, notamment d'accidents du travail. Seuls 21 % ont

indiqué avoir été témoin d'un incident dont un peu moins de 3 % d'un accident du travail lié à la prise d'alcool ou de substances illicites.

Concernant les accidents du travail ayant entraîné des décès, des données recueillies dans l'Iowa entre 2005 et 2009 ont permis d'évaluer à environ 20 % la présence d'alcool ou d'autres SPA parmi les 280 cas de décès par accidents du travail recensés pour lesquels les résultats des analyses toxicologiques étaient disponibles [6, 11]. Cependant aucune étude de ce type n'a été trouvée en France.

Enfin, des études ont tenté d'estimer le coût de l'absentéisme lié aux abus de substances psycho-actives. Aux États-Unis, ce coût a été estimé à 8,11 milliards de dollars soit 4,5 % du coût total des salaires [6, 12].

1.2.2. Effets du travail sur les consommations :

Historiquement, les médecins du travail n'ont que peu investigué les relations possibles entre travail et développement de conduites addictives. Les addictions posaient problème dans le cadre de l'évaluation de leurs conséquences sur la capacité des salariés à assurer leur travail sans mise en danger d'eux-mêmes ou des tiers.

Cependant, l'influence possible des conditions de travail sur le développement de conduites addictives fait l'objet de plus en plus de données publiées :

Le Baromètre 2010 note une augmentation de consommation pour des problèmes liés à la situation professionnelle pour 36 % des fumeurs, 9 % des consommateurs d'alcool et 13 % des consommateurs de cannabis [13]

La revue de la littérature précédemment citée [6] fait le lien entre les conduites addictives et certaines conditions de travail : le stress, les horaires difficiles (irréguliers, intenses ou de nuit), le harcèlement et la culture d'entreprise.

Pour Gladys Lutz [14], il existe six classes de déterminants susceptibles d'initier, de favoriser ou de renforcer des usages de produits psychoactifs en milieu de travail : les tensions psychiques, les tensions physiques, les pratiques culturelles et socialisantes, la précarité professionnelle, la disponibilité et offre des produits liés au milieu professionnel et enfin la pauvreté des liaisons sociales.

Elle propose également une classification des usages de substances psychoactives en milieu de travail en quatre catégories :

- Les usages culturels
- Les conduites dopantes
- Les stratégies individuelles et collectives de défense
- L'usage avec dépendance

1.3. Le rôle des services de santé au travail dans la prévention des conduites addictives :

1.3.1. Les missions du service de santé au travail :

Ce n'est que récemment que la prévention des addictions en milieu de travail est devenue une mission officielle des services de santé au travail. Jusque là, la mission des médecins du travail était de prévenir les

conséquences que pouvaient avoir les addictions sur le travail. Au travers de l'aptitude/inaptitude, ils pouvaient exclure de situations de travail dangereuses des salariés sous l'emprise de produits modifiant leur vigilance. Par conséquent, les addictions sans substance, ou celles à des substances n'altérant pas la vigilance (tabac notamment) n'étaient pas une priorité dans les services de santé au travail. S'il se faisait bien évidemment des actions de prévention individuelle lors des visites médicales, en revanche les actions collectives de prévention primaire étaient peu répandues.

Pourtant, force est de reconnaître que ceux-ci sont en première ligne : ils sont l'interlocuteur santé de l'employeur et des salariés.

- Évolutions législatives :

Depuis 2002, la médecine du travail évolue pour devenir pluri-disciplinaire :

Les préventeurs, ou intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) sont présents dans les services de santé inter-entreprises depuis 2002 [15]. Les entreprises et les services de santé au travail peuvent ainsi faire appel à des compétences spécifiques pour une approche globale et pluridisciplinaire dans la conduite d'actions de prévention. Les IPRP peuvent avoir des profils très variés : psychologues, ergonomes, toxicologues...

Depuis le 1er juillet 2012, le médecin du travail peut confier certaines activités aux infirmiers, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits [16]. L'infirmier peut également, selon les mêmes modalités, effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail.

Les missions des services de santé au travail évoluent également. Depuis 2011, la prévention de la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail est une mission officielle des services de santé au travail [17, 18]: « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. (...) Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs».

- Prévention collective :

En 2013, l'INRS, dans ses principes de prévention pour les pratiques addictives en milieu de travail [19], décrivait les principes d'une démarche de prévention collective : « Les actions de prévention concernent l'ensemble des travailleurs de l'entreprise et pas seulement ceux qui sont en difficulté ou affectés à certains postes de travail. ». Il n'est donc plus question de prévenir uniquement les conséquences des conduites addictives sur certains postes à risque, mais bien de prévention primaire à destination de l'ensemble des salariés.

Toujours selon l'INRS, les objectifs des actions de prévention sont les suivants : information des salariés de l'entreprise sur les risques pour la santé et la sécurité liés aux pratiques addictives ; sur la réglementation en vigueur :

règlement intérieur, code du travail et sur le rôle du service de santé au travail. Selon eux, les actions collectives doivent porter sur la consommation d'alcool (encadrement des pots d'entreprise et des repas d'affaires), l'amélioration des conditions de travail pouvant favoriser la consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives ainsi que la définition de signaux et d'indicateurs d'alerte et de suivi, afin de déceler une situation nécessitant d'intervenir et/ou d'évaluer l'impact de la démarche mise en œuvre. Il est précisé que le médecin du travail peut communiquer, dans le respect du secret médical, des statistiques relatives aux consommations de substances psychoactives à l'entreprise.

- Prévention individuelle :

Le médecin du travail et l'infirmière en santé au travail sont responsables du suivi individuel de l'état de santé des salariés. Les visites d'information et de prévention ainsi que les visites de surveillance individuelle renforcée sont l'occasion d'interroger le salarié sur ses consommations ou conduites dopantes, d'établir un éventuel lien avec le travail et de recueillir des données à des fins statistiques.

1.3.2. Études sur les pratiques des services de santé au travail :

En 2008, une enquête par questionnaire menée auprès de l'ensemble des médecins du travail en services inter-entreprises de Rhône-Alpes et de Provence Alpes Côte d'Azur [20] avait montré que les pratiques de repérage des addictions par les médecins du travail étaient très différentes selon les substances. La consommation de tabac était systématiquement interrogée tandis que celle d'alcool ne l'était que sous certaines conditions. Les usages de produits illicites étaient moins souvent abordés d'une façon générale. Seulement 48 % des médecins avaient déclaré avoir déjà participé à une action de prévention collective sur la thématique des addictions.

En 2009, une enquête nationale a été menée par Santé Publique France sur 750 médecins du travail [21]. En matière de prévention des pratiques addictives, le sentiment général partagé par six médecins du travail sur dix était de se sentir peu ou pas du tout efficaces. Parmi les freins pouvant faire obstacle à leur implication dans des démarches de prévention individuelles des pratiques addictives, les médecins du travail évoquaient en priorité la résistance des salariés (57 %) et le manque de temps (56 %). Le manque de formation était cité par près d'un médecin sur quatre (23 %) et plus d'un médecin sur dix considérait que la prévention ne relève pas de son rôle.

Nous n'avons pas trouvé d'études sur les pratiques des services de santé au travail depuis la réforme de 2011.

1.3.3. Les recommandations :

Voici les principales recommandations récentes en matière de prévention des conduites addictives en milieu professionnel :

- Recommandations de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Médecine du Travail (2013) [22] :

Ces recommandations portent exclusivement sur le dépistage et la gestion des conduites addictives en milieu de travail. La prévention devait être traitée dans un second temps, cependant à ce jour ces recommandations ne sont pas parues.

Malgré tout, en introduction, ces recommandations demandent aux médecins du travail d'inclure dans leur analyse non seulement le repérage des usages de SPA et de leurs conséquences sur le travail, mais aussi de prévenir les facteurs professionnels susceptibles d'initier, favoriser ou renforcer ces conduites de consommation. Il est conseillé d'utiliser l'équipe pluridisciplinaire pour déterminer des indicateurs objectifs permettant de faire ce lien.

Les recommandations portent ensuite sur la prise en charge individuelle, il est notamment recommandé que les médecins du travail soient en capacité de proposer systématiquement à tout salarié, quels que soient son âge et son poste de travail, une évaluation clinique de sa consommation de SPA. Il est également recommandé d'utiliser des questionnaires validés et de proposer une intervention brève si besoin est.

Des recommandations sont ensuite émises sur le dépistage biologique.

- Recommandations de l'INRS (2013) [19] :

En 2013, l'INRS publie des recommandations concernant les actions collectives en milieu de travail à destination des services de santé au travail et des entreprises. Il propose comme outils principaux le développement d'un comité de pilotage au sein de l'entreprise ainsi que d'une charte globale de prévention.

- Rapport de l'académie de médecine (2017) [23] :

L'année dernière, l'académie de médecine publiait les recommandations suivantes : «L'Académie nationale de médecine recommande :

1) la réalisation en milieu professionnel d'actions collectives d'information et de sensibilisation sur les dangers des drogues licites et illicites. Ces actions doivent s'appuyer sur les résultats d'enquêtes de prévalence à partir de dépistages anonymes et aléatoires des consommations dans l'entreprise. Les modalités de mise en œuvre de ces campagnes doivent être inscrites dans le règlement intérieur et la fiche d'entreprise. Un tableau de bord santé, protégé par l'anonymat, doit être présenté en CHSCT;

2) des actions individuelles auprès des personnels occupant des postes mettant en jeu la sécurité individuelle ou collective. Le médecin du travail doit être chargé d'assurer un contrôle garantissant l'absence de consommation d'alcool ou de substance illicite par ces personnels;

3) le renforcement des missions d'information et d'éducation des milieux professionnels œuvrant dans le champ de la santé et de l'éducation.»

Nous constatons que les recommandations publiées par les hautes autorités de santé à l'heure actuelle portent essentiellement sur le dépistage et la prévention individuelle des conduites addictives, et laissent de côté la prévention collective.

L'INRS, organisme de prévention primaire essentiellement technique,

propose quant à lui une démarche de prévention collective à appliquer en entreprise.

1.4. Le PRST 3 :

Le 3e Plan Régional Santé au Travail Occitanie 2016-2020 est la transcription régionale du Plan Santé Travail établi par le ministère du Travail.

Il comprend une action nommée « prévenir les pratiques addictives en milieu professionnel » [24]. Les objectifs de cette action sont :

- outiller les divers acteurs pour parler d'addiction dans l'entreprise et promouvoir un dialogue social constructif sur ces questions;
- Insister sur la prévention primaire et collective des usages de substances en milieu professionnel;
- Faire le lien avec les conditions psychosociales du travail.

La priorité est donc donnée aux actions collectives de prévention ainsi qu'à la recherche d'un lien avec les conditions de travail. Cette action est copilotée par l'ARS et la DIRECCTE, ce qui évoque une volonté du gouvernement de rapprocher santé publique et santé au travail.

1.5. Au total :

Les services de santé au travail sont en première ligne dans le repérage et la prévention des conduites addictives en milieu de travail.

Comme le montre l'étude Regard Croisés [21], en 2009 la consommation de substances addictives restait difficile à appréhender en termes de comportements, de repérage clinique, d'éventuel dépistage biologique et de prévention.

Depuis 2011, la mission des services de santé au travail inclut la prévention de « la consommation d'alcool et de drogues sur le milieu de travail » [18]. Les recommandations de 2013 [22] et le rapport de l'académie de médecine de 2017 [23] sont plutôt orientés vers le dépistage et la gestion individuels des conduites addictives des salariés et l'aspect prévention primaire est encore trop peu développé. Cependant, le PRST3 [24] parle de mener des actions collectives et de « faire le lien avec les conditions psychosociales du travail ».

Finalement, quelle est la pratique concrète des services de santé au travail à l'heure actuelle ?

Pour répondre à cette question, il nous a semblé utile de faire un état des lieux des pratiques de prévention individuelle et collective des médecins du travail, infirmières en santé au travail et intervenants en prévention des risques professionnels afin de déterminer quels freins étaient rencontrés et d'ouvrir des pistes de réflexion pour améliorer la prévention des conduites addictives au travail par les services de santé au travail.

Nous avons décidé d'inclure les préventeurs dans cette étude, car ils font partie de l'équipe pluridisciplinaire accompagnant le médecin et sont souvent en première ligne de contact avec l'employeur. Notre but est d'évaluer leur implication actuelle et le rôle qu'ils pourraient tenir dans la prévention des conduites addictives.

2. Hypothèses de la recherche :

- Il y a un manque de formation des acteurs de la santé au travail sur le sujet des conduites addictives.
- La pratique des professionnels de santé peut dépendre de la représentation sociale qu'ils se font du lien entre conduites addictives et travail.

En matière de suivi de l'état de santé :

- La consommation de produits addictifs ne fait pas partie des facteurs de santé systématiquement recueillis.
- Les méthodes d'interrogatoire et de prévention sont différentes en fonction du produit consommé.
- Les médecins du travail et les infirmières peuvent parfois se trouver démunis face à l'orientation de salariés en difficulté avec des produits.
- Les médecins ne sont pas outillés correctement pour exploiter des données collectives à partir des données individuelles recueillies.

En matière de prévention collective :

- Les IPRP sont encore peu impliqués dans la prévention collective des conduites addictives en milieu de travail.
- Il existe une méconnaissance des partenaires potentiels à la prévention individuelle ou collective.

3. Objectifs :

3.1 Objectif principal :

- Identifier les facteurs entravant ou facilitant la prévention des conduites addictives par les professionnels de santé au travail.

3.2 Objectifs secondaires :

- Identifier les pratiques des médecins du travail, infirmières et préventeurs pour la prévention collective et individuelle des conduites addictives (méthode d'interrogatoire, documentation du dossier médical, utilisation d'autoquestionnaires, pratique du RPIB, participation à des actions collectives).
- Évaluer la participation des IPRP à la prévention des conduites addictives.
- Tenter d'expliquer quels sont les facteurs influençant les pratiques (culturels, formations, secteur d'activité, etc.).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Étude préliminaire qualitative :

1.1. Choix du qualitatif et du type d'entretiens :

Devant l'absence d'enquête similaire dans la littérature depuis celle de 2009 [21], cette étude préliminaire avait pour objectif de recueillir les éléments nécessaires à l'élaboration d'une enquête par questionnaire. Nous voulions évaluer, par des questions ouvertes, les représentations des acteurs de la santé au travail du lien entre travail et conduites addictives, leur rôle, leurs pratiques en entretien individuel, l'organisation de la prévention collective, pour permettre ensuite l'élaboration d'un questionnaire aux questions fermées et avec des données quantifiables.

Il a été choisi de mener des entretiens individuels semi-directifs. L'entretien semi-directif est une technique qualitative fréquemment utilisée. Il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien [25]. Cette technique d'entretien a été utilisée pour garder les questions ouvertes tout en abordant les sujets souhaités et permettre que les entretiens soient comparables entre eux.

Dans cette étude, le guide d'entretien a été établi en fonction des données de la littérature décrites dans l'introduction et de nos hypothèses. Il était similaire pour les médecins et les infirmières à l'exception d'une question sur l'aptitude, et était composé de 5 grands thèmes :

- Les caractéristiques sociodémographiques du répondant
- L'avis sur le lien entre les conduites addictives et le travail
- Les pratiques en entretien individuel concernant les conduites addictives
- Les pratiques en prévention collective
- Les freins rencontrés et les leviers.

Un guide légèrement différent a été établi pour les préventeurs, car l'objectif recherché n'est pas la même. Voici les 5 grands thèmes abordés :

- Les caractéristiques sociodémographiques du répondant
- L'avis sur le lien entre les conduites addictives et le travail
- Le rôle du préventeur dans la prévention des conduites addictives
- Les pratiques en prévention collective
- Les freins rencontrés et les leviers.

Les guides d'entretien sont disponibles en **annexe 1**.

1.2. Choix de la population :

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Métier : Médecin du travail, infirmière en santé au travail ou intervenant en prévention des risques professionnels

- Personne majeure
- Exerçant en service de santé au travail inter-entreprise, autonome ou dans la fonction publique.
- Région : Midi-Pyrénées ou Languedoc-Roussillon (il est important de noter qu'au début de l'enquête, la fusion des 2 régions en Occitanie n'avait pas encore eu lieu).

Les participants ont été sélectionnés à partir de la base de données de la DIRECCTE. Le recrutement a été réalisé de façon à diversifier les métiers et les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, lieu d'exercice) ainsi que les différents types d'exercice.

La proposition de participation à l'étude s'est faite par téléphone, en présentant l'étude et en expliquant nos objectifs.

Seuls deux médecins du travail et une infirmière ont refusé de participer à l'étude après avoir été contactés, soit par manque de temps, soit par manque d'intérêt.

1.3. Description et déroulement de l'étude :

Les entretiens se sont déroulés entre avril et juin 2017. Ils ont eu lieu en face à face pour les participants de Midi-Pyrénées, et par téléphone pour ceux de Languedoc-Roussillon en raison de l'éloignement.

Le consentement écrit des participants a été recueilli avant chaque interview. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants. Les retranscriptions ont été anonymisées.

La durée des interviews variait de 14 à 57 minutes avec une moyenne de 32 minutes (écart type = 11,29 minutes).

Les entretiens ont été arrêtés lors de la saturation des idées. Au total, 13 médecins du travail, 8 infirmières en santé au travail et 8 préventeurs ont été interviewés.

1.4. Analyse des données :

Nous avons procédé à une analyse de contenu. Les entretiens ont donc été retranscrits mot à mot sur le logiciel Pages grâce aux enregistrements. Les hésitations et tics de langage ont volontairement été conservés lors de la retranscription.

Nous avons ensuite procédé à une analyse thématique grâce à une grille d'analyse thématique avec recherche de thèmes et de sous-thèmes.

Ces données ont ensuite été interprétées en fonction de nos objectifs et ont permis la construction du questionnaire.

2. Questionnaire :

2.1. Construction du questionnaire :

Ce questionnaire a été établi à partir des données récoltées lors des entretiens préliminaires.

Le but de ce questionnaire était de confirmer les résultats de la pré-enquête par entretien sur un plus grand échantillon d'individus. De fait, une analyse

statistique des résultats et l'étude d'un certain nombre de variables ont été effectuées.

Il contenait 59 questions et 5 grands thèmes : caractéristiques des répondants (Q1 à 11), entretien individuel (Q12 à 32), rôle des préventeurs (Q33 et 34), actions collectives (Q35 à 52) et freins et leviers (Q52 à 59).

2.2. Choix de la population :

Tous médecins du travail, infirmières en santé au travail ou intervenant en prévention des risques professionnels exerçant dans un service de santé au travail en Occitanie et disposant d'un appareil électronique permettant d'utiliser une connexion internet pour remplir le questionnaire ont été sélectionnés pour la présente étude.

2.3. Méthode d'envoi :

Le questionnaire a été envoyé via un site internet en ligne : drag'n'survey. La méthode du questionnaire en ligne a été choisie pour sa facilité de diffusion, dans le but d'atteindre un maximum de réponses ainsi que pour permettre aux répondants de répondre selon leur rythme et leurs contraintes.

Le questionnaire a été testé dans un premier temps sur 10 personnes puis diffusé par mail grâce à la base de données de la DIRECCTE.

Au total, le mail invitant à participer au questionnaire a été envoyé à 873 personnes : 139 préventeurs, 170 infirmières en santé au travail, 564 médecins du travail (dont 417 en service inter-entreprise, 59 en service autonome, 63 en fonction publique et 25 médecins MSA).

Le nombre de réponses s'élevait à 408, soit 47 % de répondants.

2.4. Analyse des résultats :

Seuls les répondants ayant atteint la dernière page du questionnaire ont été analysés : 98 questionnaires non terminés ont été retirés.

Les résultats ont été extraits du site Drag'n'survey puis exporté sur le logiciel Numbers.

Nous avons d'abord effectué une analyse descriptive des résultats. Les préventeurs ont été séparés des médecins et infirmières, car la question posée pour ce groupe n'était pas la même et leurs caractéristiques étaient très différentes. Puis, pour les médecins et infirmières, nous avons comparé les résultats en fonction de certaines variables.

Les variables principales étaient : formation (Q5), existence d'un projet de service (Q6), existence d'un groupe de travail (Q7), participation à une action collective (Q41).

Les variables secondaires étaient : sexe (Q1), âge (Q2), type de service (Q3), département (Q4), appartenance à un groupe de travail (Q9), type de prévention (Q10), profession (Q11), difficulté d'abord du sujet (Q13), remplissage du dossier médical (Q19), recherche d'une composante professionnelle (Q26), difficulté avec l'aptitude (Q31), exposition à des réactions négatives (Q56).

Quelques variables ont été remaniées pour l'analyse. L'âge a été catégorisé en deux groupes de façon à avoir une répartition équilibrée du nombre de répondants : 20-50 ans et plus de 50 ans chez les médecins et infirmières ; 20-40 ans et plus de 40 ans chez les préventeurs.

Les différents départements de Midi-Pyrénées et de Languedoc-Roussillon ont été regroupés. De la même façon, tous les services de type fonction publique ont été réunis sous le nom de «fonction publique/MSA» en raison du faible nombre de répondants dans ces catégories. Finalement, quelques variables ont été catégorisées en deux groupes : la formation et les réactions négatives en «oui» ou «non» , l'abord du sujet et le remplissage du dossier en « systématique» ou «non systématique».

Le calcul des P-values a été réalisé grâce au logiciel R (version 3.1.3) par le test du chi deux ou le test exact de Fisher (si les conditions d'application du précédent test n'étaient pas validées). Le seuil de significativité retenu était $p < 0,05$. *Certains résultats proches (p entre 0,05 et 0,06) ont pu être considérés comme significatifs, car ils étaient pertinents. Ils sont signalés en italique dans les tableaux.*

RÉSULTATS :

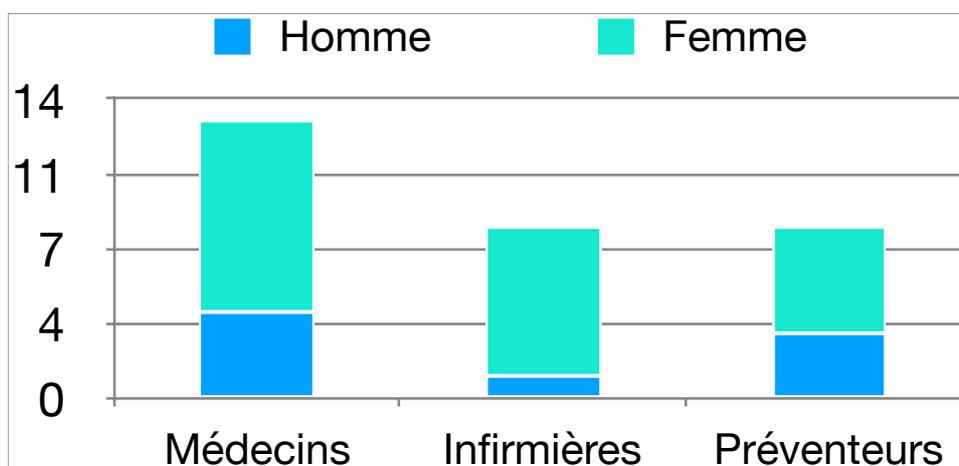
1. Analyse des entretiens :

1.1. Caractéristiques des répondants :

Un tableau récapitulatif des caractéristiques des répondants est disponible en **annexe 2**.

1.1.1. Sexe :

On observe une majorité de femmes chez les répondants :



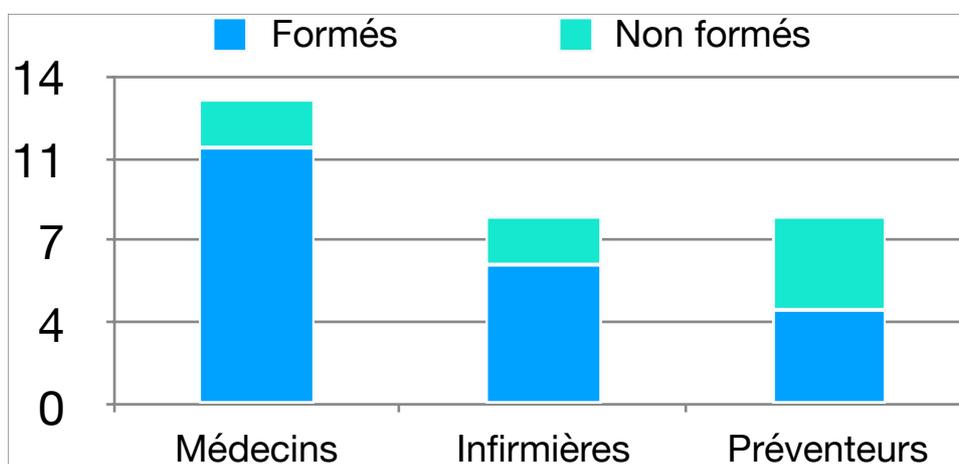
1.1.2. Âge :

Les médecins interviewés avaient entre 39 et 63 ans, avec une moyenne d'âge de 52 ans (écart type = 8,08).

Les infirmiers avaient entre 38 et 55 ans avec une moyenne d'âge de 46 ans (écart type = 6,65)

Chez les préventeurs, l'âge des répondants variait entre 23 et 58 ans, la moyenne était de 41 ans (écart type = 12,28)

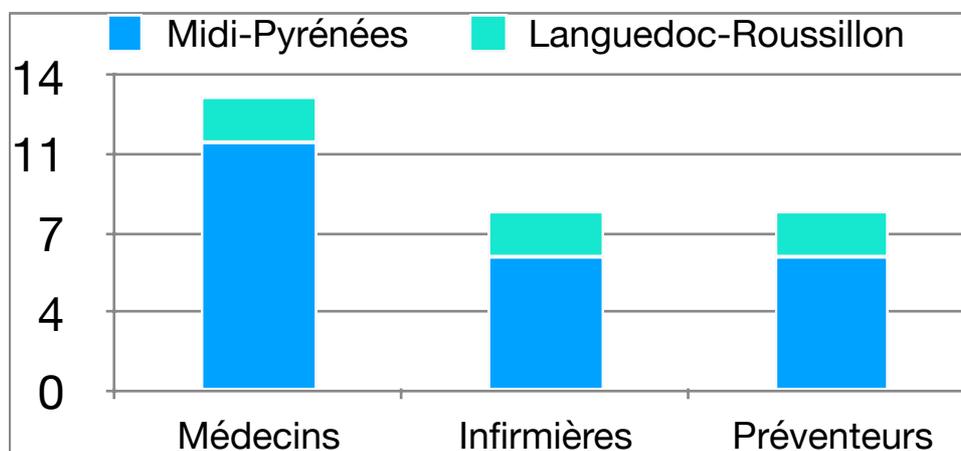
1.1.3. Formation :



La plupart des médecins et des infirmières avaient reçu une formation. Concernant les préventeurs, seule la moitié d'entre eux avait reçu une formation.

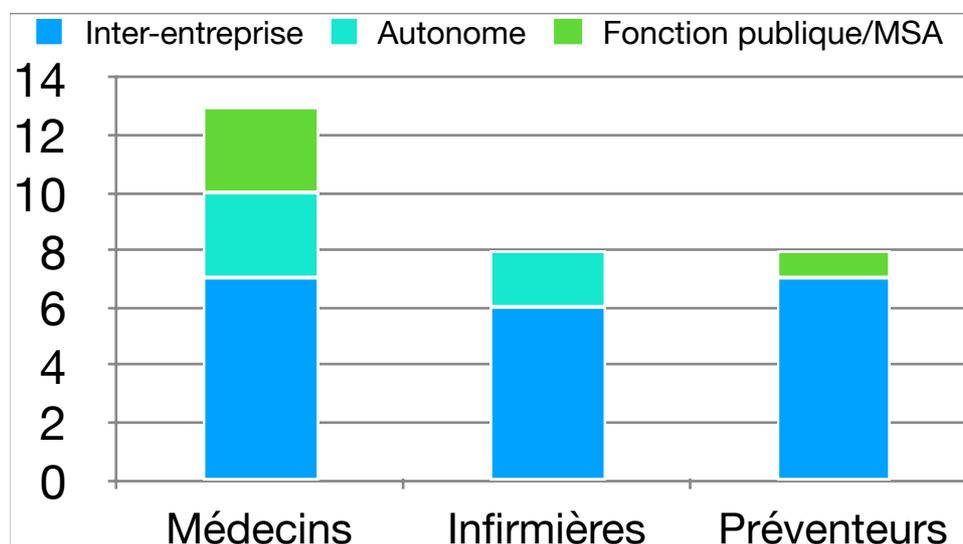
1.1.4. Région :

La majorité des répondants provenaient de Midi-Pyrénées.



1.1.5. Type de service :

La majorité des interviewés faisaient partie d'un service inter-entreprise. Nous avons également pu interroger des médecins et infirmières de service autonome et des médecins et préventeurs de fonction publique.



1.2. Des visions divergentes du lien entre le travail et les conduites addictives :

Nous avons interrogé les répondants sur leur vision du lien entre le travail et les conduites addictives. Le tableau ci-dessous résume les principales idées qui ont été citées. À chaque idée est associée le nombre de médecin (M), infirmières (I) et préventeurs (P) qui l'ont citée.

Idée principale	Exemple de citation
Répercussions des consommations sur le travail et risque d'accident (M4, I1, P3)	<ul style="list-style-type: none"> • « Pour moi c'est plus des gens qui ont des problèmes d'addictions personnelles ou privées et donc ces problèmes d'addictions vont intervenir euh... par de l'absentéisme ou des problèmes de conduite, de comportement au travail et c'est pour ça que nous, en tant que médecins du travail, on va être sollicités par les collectivités. » Médecin 7 • « Déjà, quand au travail, on est soumis à des risques et que si on est addictif à des substances psychoactives et ben ça ne fait que renforcer les risques auxquels on est amené à être confronté quoi. Donc euh... C'est double danger en fait. » Préventeur 2
Le monde du travail peut être source de conduites addictives (M1, I4, P1)	<ul style="list-style-type: none"> • « veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer soit accentuer des conduites addictives » Préventeur 4 • « toutes les problématiques de surcharge de travail, de pression temporelle de...engendrent... peuvent engendrer des consommations de... substances psychoactives. » Infirmière 8
Lien mixte : répercussions des consommations sur le travail + le travail influence les consommations (M8, I3, P4)	<ul style="list-style-type: none"> • « le salarié addict apporte sa pathologie dans le collectif de travail et inversement le monde du travail peut être aussi source de pathologies addictives ». Médecin 4 • « Bah dans les deux sens, à savoir que les conduites addictives peuvent euh... Peuvent poser problème en termes d'aptitude puisque voilà, ça peut être dangereux sur des postes à risque et a contrario le travail dans son caractère stressant peut engendrer les conduites addictives ou les renforcer en tout cas. » Médecin 12

• Trois répondants font le lien avec la culture d'entreprise : consommation banalisée dans le BTP, pots d'entreprise... « Parce que là le lien entre le travail et l'alcool c'est que pour les personnes qui, non seulement les personnes qui sont déjà alcooliques ou qui ont une consommation élevée c'est quand même entretenu par l'entreprise qui propose l'alcool et pour les nouveaux arrivants, il y'avait aussi une culture de secteur hein de consommer de l'alcool, de pots, de consommer de l'alcool le soir quand on est en nuit, y'a quand même une culture qui fait que... » Médecin 2

1.3. Pratiques des médecins et infirmières en santé au travail :

1.3.1 En consultation :

1.3.1.1 Un repérage aléatoire :

1.3.1.1.1. Abord du sujet :

- Utilisation d'une trame lors de l'interrogatoire :

● Plusieurs médecins et infirmières évoquent l'utilisation d'une trame lors de l'interrogatoire :

« *un questionnaire type un petit peu qu'on adresse au salarié dans lequel figurent les addictions. Voilà. Donc tu as café, médicaments, drogues, alcool et tabac.* » Infirmière 4

Plusieurs répondants indiquent se servir de la trame d'EVREST :

« *Alors on a un questionnaire que l'on fait systématiquement, le questionnaire EVREST.* » Médecin 2

« *Donc bon on a, on fait le questionnaire EVREST. Donc du coup c'est un questionnaire donc y'a quand même la notion... Je crois que dans le national il n'y est pas l'alcool, mais nous on l'a fait rajouté.* » Médecin 3

- La fréquence du questionnement diffère selon le type de conduite addictive :

● Le tabac :

La consommation de tabac est recherchée systématiquement par presque l'intégralité des répondants (M12, I6)

● L'alcool :

Pour l'alcool, on retrouve plusieurs profils :

- Une majorité de questionnements systématiques (M9, I5)

- Seulement sur les postes à risque :

« *Pour des risques je vais parfois le demander, mais honnêtement c'est vrai que je demande pas à chaque fois.* » Médecin 5

- En cas de signe clinique de consommation :

« *si par certains faisceaux de présomption qui pourrait me faire penser que le salarié est sujet à des difficultés avec l'addiction* » (...) « *Des petits signes de consommation, soit dans le discours soit dans l'apparence physique* » Médecin 4

« *c'est un peu au visage quand même hein* » Médecin 12

● Le cannabis :

Pour le cannabis, de nouveaux profils se dessinent :

- Le questionnement systématique se raréfie (M2 ,I2)

- Recherche seulement chez les consommateurs de tabac ou d'alcool

« *Quand ils me disent qu'ils sont fumeurs de tabac, je pose la question directement « fumez-vous aussi d'autres choses tel que le cannabis ? »*

Infirmier 1

« quand il y'a un problème d'alcool et en fonction de l'âge je vais aussi vers les consommations illicites : cannabis, etc. » Médecin 8

- Recherche seulement chez les jeunes.
- Pas de questionnement.

Concernant le cannabis, certains répondants font part d'une difficulté d'abord de la question :

« le cannabis on l'aborde moins facilement. J'ai moins le réflexe. » (...) « J'ai pas eu affaire non plus à des populations où je pouvais avoir le réflexe » Médecin 2

« bon je dirai pas que j'ai un discours très développé là dessus » (...) « je suis pas très à l'aise là-dessus » Médecin 3

Certains ne sont pas certains de leur propre positionnement sur la question :
« Je sais pas moi j'ai une fille qui en fume hein... On leur explique quand même que c'est... Enfin moi il me serait difficile de dire que c'est illégal parce que c'est vrai que c'est illégal, mais on a pas à juger les gens quoi. » Infirmière 2

Certains répondants estiment que les salariés se livrent plutôt facilement concernant le cannabis :

« je trouve qu'à l'heure actuelle ils nous parlent plus facilement de la consommation de... de cannabis. » Infirmière 5

● Les autres drogues illicites :

Pour les autres drogues illicites, le questionnement se fait beaucoup plus rare :

- Trois répondants (M1, I2) questionnent systématiquement la prise de drogues illicites (hors cannabis)
 - Questionnement uniquement en cas de consommation de cannabis :
« L'entrée c'est par le cannabis, voilà. Parce que c'est les deux gros soucis qu'on a hein l'alcool et le cannabis essentiellement. » Médecin 7
 - Seulement sur des postes à risque :
« Euh... pas du tout. Sauf sur des postes à risque particuliers, routiers, etc. ». Médecin 12
 - Sur une suspicion clinique :
« c'était en le suspectant, c'est pas systématique, sur un trouble du comportement » Médecin 2
 - La moitié des répondants ne posent jamais la question (M6, I5):
- Par inquiétude par rapport à l'aptitude « Je crois que si jamais ils me disaient euh « je prends des drogues », (...) bah qu'est ce qu'on fait, est-ce qu'on... est ce qu'on peut garder la réponse en maintenant l'aptitude ? » Médecin 5
 - Par manque de connaissance : « je n'ai pas cette culture-là » (...) « c'est loin de moi et je n'y pense pas » Médecin 1

- Par rapport à la population suivie : « *je me dis à tort qu'on est dans un département encore protégé* » Médecin 11
« *Pourquoi? Parce que c'est un produit...la cocaïne est très chère et que... C'est par rapport au profil de mes salariés.* » Infirmière 5

- Les addictions sans substances sont également très peu recherchées :

- Plusieurs répondants recherchent un workaholism lors de leurs entretiens :
« *Pour le travail voilà je demande les horaires et après euh... y'a eu des fois où, voilà, ça a été le point de départ... pour demander voilà euh... plus une aide, etc.* » Médecin 5

- Deux répondants recherchent parfois d'autres types d'addictions sans produits :
« *j'évoque...de plus en plus les connexions, ça devient de plus en plus la problématique je pense, la connexion* » Infirmière 6

- La plupart des répondants ne posent pas la question :
Par manque de temps essentiellement: « *Han non, non on voit trop de gens. Puis là avec la loi travail(...)on perd pas de temps à ça quoi.* » Médecin 12
« *Puis on a suffisamment à faire à côté, en priorité, c'est pas la priorité quoi.* » Médecin 7

- **Insistance sur les postes de sécurité** :

Plusieurs répondants indiquent insister sur l'interrogatoire si le salarié occupe un poste de sécurité :

« *Je passe un peu plus de temps lorsqu'il y'a une forte consommation et en fonction des profils, genre un commercial qui est sur la route tout le temps, un chauffeur routier ou quoi, là je vais beaucoup accentuer là-dessus et ma sensibilisation va être plus poussée.* » Infirmier 1
« *on insiste un peu plus quand ce sont des postes à risque* » Médecin 6

1.3.1.1.2. Évaluation de la consommation :

- La quantification simple est le plus souvent pratiquée.
- La plupart des répondants disent ne jamais utiliser d'auto-questionnaire d'évaluation de la consommation. (I5, M6)
- Certains médecins utilisent des auto-questionnaires sur des populations spécifiques:
« *Par exemple tu vois je m'occupe des stations de ski et notamment d'une où on a fait passer systématiquement à toutes les entreprises de ski, moi j'en avais 160, on leur a fait passer le questionnaire CAST et FAST.* » Médecin 1
- Un répondant envisage l'utilisation de questionnaire pour certains postes de sécurité :

«Et si vraiment ça apporte quelque chose, on pourra l'étendre aux chauffeurs, chauffeurs poids lourds, chauffeur de bus, voilà, enfin toutes ces professions qui sont euh...à risque. » Médecin 6

- D'autres les utilisent en cas de mésusage d'une substance :

« Et puis ce que l'on a fait donc informatiquement, on a implanté les questionnaires euh FACE parce que bon il fallait en choisir un. On a choisi le FACE avec les médecins. Le Fagerstrom et le CAST.» (...) « Les questionnaires c'est si il y a un mésusage à la déclaration » Infirmière 8

- Plusieurs répondants soulignent le côté « déclaratif » de l'interrogatoire et le déni de certains salariés:

« Donc c'est...c'est difficile parce qu'en plus c'est que du déclaratif qui nous font hein euh...donc on les croit, on les croit pas...c'est du déclaratif. » Médecin 5

1.3.1.1.3. Utilisation du RPIB :

- Plusieurs répondants indiquent ne pas connaître cet outil ou ne pas y être formés :

« Non, je ne sais pas ce que c'est (rires) » Médecin 3

- Certains le connaissent, mais ne l'utilisent pas :

• À la demande de l'équipe :

« (...) les médecins avec qui je travaille trouvent inopportun de se pencher sur ce thème-là, dans ce contexte-là. Donc je... je peux pas déployer ça ici. » « je le fais en cachette » Infirmière 4

« On a préféré aujourd'hui euh complètement éluder la question pour en fait euh... rester dans le temps qui nous est donné. Donc euh... c'est pour ça que même ma formation sur le RPIB je sais pas ce que je vais en faire parce que... je peux pas la mettre à profit dans mes entretiens donc c'est compliqué. » Infirmière 7

• Par manque d'habitude :

« Je l'avais utilisé à un moment, mais je ne l'utilise plus du tout. » (...) « Parce que je l'ai pas utilisé suffisamment souvent, je l'ai pas utilisé assez souvent donc c'est pas entré dans...dans mes pratiques. » Médecin 10

- Utilisation sur certains postes uniquement :

« Alors c'est un questionnaire qu'on a établi, donc nous on a ciblé je vous dis euh...les saisonniers des stations de ski, mais moi je l'ai étendu à tous les personnels des stations de ski parce que là y'a des postes vraiment vraiment à risque hein » Médecin 6

- Utilisation à un certain niveau de consommation :

« J'ai eu rarement à le faire le RPIB, si il commence à prendre l'apéro tous les soirs, je fais un RPIB, mais enfin tu vois je vais pas forcément le faire sur 4 verres de vin par jour. » Médecin 1

- Utilisation « au feeling » :

« Bah en fonction de la personne, en fonction de ma disponibilité, en fonction de l'entreprise euh...au feeling on va dire enfin...voilà. (rire). » Médecin 12

1.3.1.1.4. Biologie :

- Fréquente en cas de problème avec l'aptitude
« *si c'est une personne qui conduit bah on va être amené peut être à suspendre la conduite pendant quelque temps, à revoir avec des dosages biologiques, voilà.* » Médecin 7
- Pour le suivi des salariés consommateurs :
« *Parce que l'alcool j'ai cette espèce d'épée de Damoclès de la CDT.* » Médecin 1
- Pour le dépistage :
« *J'ai pris cette habitude et maintenant je pourrai jamais revenir en arrière. Voilà. Donc ils ont un bilan hépatique, une formule numération sanguine et je vois très bien qui a des problèmes d'alcool et qui n'en a pas.* » Médecin 9
- Un répondant souligne le manque de sensibilité des dosages sanguins :
« *Mais parfois les bilans sont anormalement normaux on va dire (rires). Donc on a pas forcément de quoi se mettre sous la main une possibilité de diagnostic.* » Médecin 2

1.3.1.2. **La prise en charge :**

1.3.1.2.1. Recherche d'un lien avec le travail :

- Deux répondants indiquent rechercher un lien avec le travail :
« *j'essaie de faire le lien donc : est-ce que c'est lié à des soucis personnels par rapport à une problématique personnelle ou par rapport au travail.* » Infirmière 4
« *Moi ce qui m'intéresse c'est si il y'a augmentation et si c'est lié au travail* » Infirmière 6

1.3.1.2.2. Messages de prévention :

- Plusieurs répondants délivrent des message de prévention en cas de consommation :
« *L'idée c'est de les sensibiliser, de délivrer un message de prévention puisque c'est aussi un espace qui est fait pour ça. Après, c'est pas l'essentiel de la visite hein, nous c'est plus pour les informer sur les risques liés au travail ou quoi.* » Infirmier 1
« *Après de l'informer aussi de la réglementation, que ce soit au niveau des transports, enfin au niveau de la route, de l'informer effectivement notamment au niveau du cannabis, des délais dans lesquels il va être susceptible d'être dans l'illégalité.* » Infirmière 7

1.3.1.2.3. Orientation :

- Dépend du poste de travail :

« ... Bah c'est selon le poste généralement aussi hein, selon donc soit j'en réfère au médecin immédiatement sur un poste à risque donc là généralement j'oriente la personne vers le médecin, ça a été ce qui a été protocolisé chez nous (...) si c'est un mésusage bon qui ne pose pas de danger ni pour la personne ni pour euh...dans son poste de travail, ni par rapport à lui ni par rapport à autrui donc dans ce cas-là euh...soit je fais un courrier au médecin traitant soit je lui donne les coordonnées du...du...des structures alentours quoi. » Infirmière 8

« Ouais, quelqu'un qui va travailler dans un bureau toute la journée derrière un écran pour moi c'est moins grave. » Infirmier 1

- Orientation vers :

- Médecin du travail (pour les infirmiers) : « Et si on a la moindre suspicion en fait, on..on réoriente en fonction du poste au médecin du travail à ce jour. Et bien tristement parce que je pense qu'on a des compétences et que euh...et que le rapport infirmier est souvent plus facile dans ce genre de euh... d'échange plutôt que par le médecin parce que y'a encore cette notion d'aptitude/d'inaptitude » Infirmière 7
- Médecin généraliste
- Psychologue « On fait..orienter. Par exemple j'ai orienté un jour, c'est peut être ridicule (rire), mais un jour j'ai orienté à un psychologue qui est aussi consultant extérieur qui est TCC donc j'ai orienté... » Infirmière 6
- Addictologue

- Plusieurs répondants évoquent la difficulté de collaboration avec les autres spécialités:

«Mais c'est difficile ouais. On est quand même toujours, notre image est pas terrible hein.

(...) Ah oui c'est réellement un frein, la relation qu'on a avec le confrère c'est réellement un frein. » Médecin 3

1.3.1.2.4. Suivi :

- Rapproché sur poste de sécurité :

« et puis je mets la personne genre « à revoir dans deux mois avec les résultats du bilan », etc. Ça c'est pour les postes à risque, pour déterminer l'aptitude parce que sinon après euh...les gens en parlent très peu hein en médecine du travail. » Médecin 6

- Plusieurs répondants évoquent la frustration du manque de suivi à long terme:

« dans le métier on a souvent ces frustrations-là c'est-à-dire que y'a pas de suivi forcément. » Infirmier n°1

« La frustration qu'on peut avoir pour orienter un salarié c'est qu'après on sait pas si il y est allé...c'est ce qui a été dit, le retour, ce que l'on peut faire nous la prochaine fois qu'on le verra... » Infirmier n°8

1.3.1.3. **L'aptitude : difficulté majeure pour les médecins :**

- Difficultés liées à l'aptitude :

- De façon générale, l'aptitude est décrite comme une problématique par les médecins : « ah les problématiques principales c'était la gestion d'abord dans l'immédiat, de l'urgence et puis ensuite euh... des possibilités de traitement et puis l'aptitude hein, problèmes d'aptitude. » Médecin n°2
« Ça reste compliqué parce qu'il y a une aptitude derrière, on est médecin... moins maintenant avec la réforme, mais médecin de l'aptitude. » Médecin n°11
- Notamment à cause de la balance enjeux pour le salarié/risque du poste : «C'est vrai qu'on a le mauvais rôle aussi quelque part, on est aussi là pour ça quoi hein. Donc toujours avoir cette balance entre la bienveillance et puis quand même être ferme dans ses décisions pour le reste parce qu'il en va de la sécurité de son poste de travail et des tiers immédiats comme dit le texte là hein. » Médecin n°12
- En dehors des postes de sécurité, pas de difficulté pour l'aptitude : « Alors euh non parce que ça a été heureusement sur des gens qui n'avait pas euh... d'énormes expositions à des risques particuliers. C'était pas des conduites d'engins ou tous ces problèmes. » Médecin n°13
« après moi comme regard, j'ai pas forcément pour ces personnes-là un regard important sauf si le poste est à risque » Médecin n°5

- Décisions d'aptitude :

- L'aptitude se fait au ressenti du médecin : « Nous c'est vraiment à chaque fois, quoi j'en suis persuadé hein, que deux personnes à deux moments différents, avec la même pathologie, avec la même problématique, pour l'un on va pouvoir le mettre apte, pour un autre on pourra le mettre inapte. (...) Après, sur un poste à risque, conduite, travail en hauteur, euh...engin de chantier quoi, voilà, dès qu'il y a un risque pour la personne ou pour ses tiers, bah ça va dépendre de, bah de comment...ouais de comment je sens la personne. » Médecin n°5
- Les inaptitudes liées aux conduites addictives sont rares : « Après des inaptitudes définitives je crois que j'ai dû en faire quand même 2-3 en 8 ans. » Médecin n°6
- Plusieurs médecins indiquent prononcer des inaptitudes « temporaires » sur les postes à risque : « Des inaptitudes temporaires, enfin temporaires entre guillemets, des décisions différées oui, c'est déjà arrivé, c'est déjà arrivé. Ou alors des... genre on leur enlève leur aptitude pour être cariste pendant quelque temps, voilà. » Médecin n°6
- D'autres effectuent des reclassements : « Des reclassements oui oui, des reclassements. Euh oui. Et des reclassements qui ont entraîné une véritable guérison aussi. Avec des personnes à qui on donnait une seconde chance et qui se sont guéries comme ça. » Médecin n°2

- Collaboration avec les confrères pour définir l'aptitude :

- Médecin généraliste : « Après par contre le dessinateur c'était un chargé d'affaire qui pouvait avoir quelques clients donc du coup là j'avais appelé le médecin généraliste en lui demandant qu'on le mette en arrêt et qu'on fasse quelque chose, que c'était plus possible avec les clients. » Médecin n°1
- Médecin agréé de la préfecture : « Il a fini par reprendre son poste parce qu'on a pris contact avec le médecin agréé de la préfecture en lui expliquant

la situation et qu'il nous a dit que lui dans cette situation là il laisserait l'aptitude. » Médecin n°11

- L'aptitude est parfois le seul moyen de pression envers les salariés :
« C'est à dire que des fois on a l'impression de parler un peu dans le vide, voilà. Parce que les gens sont là, on leur parle on leur... tant qu'il y a pas la menace de supprimer l'aptitude, de mettre l'aptitude entre parenthèses, je pense qu'ils sortent d'ici, la plupart, et puis ça leur passe complètement au-dessus de la tête. » Médecin n°6

1.3.1.4. Dossier médical :

- La majorité des répondants notent les consommations des salariés dans le dossier médical.
- Parfois, les consommations ne sont pas notées dans le dossier :
- Sur demande du médecin du travail : *« C'est parce que moi mon médecin ne veut pas que ça soit rempli c'est tout. » Infirmière n°5*
« On me demande parfois de pas remplir l'item. Alors que le salarié dit oui. Parce si tu veux, si après y'a un accident du travail...que tu ouvres le dossier, que tu vois consommation « oui » et que t'as rien fais derrière, t'es dans la merde. (...)» Infirmière n°4
- Par inquiétude médico-légale : *« j'ai eu une fois une...une intérimaire qui consommait euh...m'avait-elle dit de la cocaïne de temps en temps, qui était chauffeur, je l'ai laissé apte. Mais je..me suis...mais du coup j'ai...mais du coup j'ai pas noté dans le dossier qu'elle consommait de la cocaïne. Parce que je me suis dit « qu'est-ce que je fais de ce niveau d'information » parce que euh... beh parce que euh... si jamais y'a un souci, ah bah ouais, mais elle avait dit qu'elle...voilà qu'elle consommait, mais d'un autre côté mettre quelqu'un inapte parce qu'il consomme de la cocaïne de temps en temps euh... » Médecin n°5*
- Pour protéger le salarié : *« Et t'en as même, voilà certains, une fois il m'a dit « mais ça va porter préjudice au salarié parce que si euh... » moi j'ai dit « bah non au contraire » 'fin je veux dire, tu mets qu'il est hypertendu bah tu mets aussi qu'il consomme c'est...c'est pareil! « Ouais, mais si jamais y'a un souci... », mais toute façon l'employeur il a pas accès au dossier, c'est le secret médical donc on peut pas utiliser ça... Mais bon c'est... ils sont frileux hein, ils sont frileux par rapport aux addictions. » Infirmière n°4*

1.3.1.5. Utilisation des données :

- Aucune utilisation statistique pour la plupart des répondants :
- Par manque d'harmonisation des pratiques : *« Alors oui on pourrait, mais on en a jamais fait. On en a jamais fait parce que bon c'est sur une...ce serait sur une euh...un médecin, il faudrait que tous les médecins le fassent pour qu'on puisse analyser les choses » Médecin n°8*
- Par manque de moyens techniques : *« Donc on a pas les stats, on peut pas feuilleter 4000 dossiers à la main hein. » Infirmière n°6*
« Ah non. Ah non non impossible. Non, non. Et puis l'outil informatique là sincèrement...il est pas top sthétro hein, je sais pas comment on pourrait faire hein, je sais pas. » Médecin n°12

• Absence de projet de service sur le sujet : « Non parce qu'on a pas fait de projet là-dessus jusqu'à présent. » Médecin n°11

- Parfois exploitation statistiques dans le cadre d'enquêtes spécifiques :
« Pour l'instant le logiciel ne donne pas de statistiques. Après le gros travail qu'on a fait sur les stations de ski, on a un logiciel particulier que l'on a rempli et du coup sur toutes les Pyrénées on va pouvoir sortir des statistiques, mais ce sera les stations de ski, pyrénéennes et par département. Mais ça, c'est parce qu'on a créé un truc. » Médecin n°1

- Deux répondants déclarent faire des statistiques de façon systématique ou projet à court terme :
« Alors c'est l'ORMIP qui nous fait le, c'est l'observatoire régional de santé travail de Midi-Pyrénées, qui nous exploite toute la base de données et donc c'est avec eux qu'on construit toute la présentation. Donc on fait des statistiques. » Médecin n°3
« Sur Stetho on le faisait pas et là donc le but c'est de le faire donc avec le nouveau logiciel que l'on a, on l'a mis en place en juillet dernier, et donc là oui là c'est...c'est ce qu'on voudrait faire » Infirmière n°8

1.3.2. En entreprise :

1.3.2.1. Évocation du risque dans la fiche d'entreprise :

- Certains ne l'abordent jamais :
« Dans la trame type, on parle de tous les risques, tout ce qui est lié au travail, mais on parle pas des addictions. » Infirmière 1

- D'autres l'abordent indirectement, par le biais des RPS ou des risques routiers :
« Je le mettrai dans les effets des risques psycho sociaux, mais bon... dans les dommages on va mettre que plutôt... Mais dans le risque routier effectivement, comme à chaque fois en fait c'est une façon d'aborder les choses. Et dans le plan d'action, de proposer quand il y'a du risque routier, systématiquement une intervention sur euh... les conduites addictives, la réglementation, les produits euh... donc ça c'est un biais à chaque fois pour rentrer aussi dans...c'est une façon d'aborder euh...les problématiques. » Infirmière 7

- Parfois systématiquement
« C'est à ce moment-là que j'en parle. De la sensibilisation collective oui tout à fait. J'en parle systématiquement. » Médecin 1

1.3.2.2. Participation aux actions en milieu de travail :

- De nombreux répondants n'ont jamais participé à une action collective (I5, M5) :
• Car ce n'est pas la priorité du service : « C'est pas une euh...c'est pas un sujet qui euh...qui est prioritaire, je pense. C'est plutôt les TMS euh... oui, c'est pas du tout prioritaire hein. » Infirmière n°6

- Car l'occasion ne s'est pas présentée : « *Et depuis j'ai pas eu l'occasion. Alors peut être avec les aides à domicile là que je suis, on va peut être pouvoir faire ça, mais pour l'instant j'en ai pas eu l'occasion.* » Médecin 8
« *Oh bah oui a priori je pense... on est finalement pas un département où on est trop confronté à ça.* » Médecin 11
- Par manque de temps : « *Non, parce qu'on a pas trop le temps. Puis j'ai vu que y'avait les IPRP aussi qui étaient...donc les IPRP non plus. Peut-être que ça viendra.* » Médecin 6
- Par manque d'indicateurs : « *voilà pour un projet de service il faut partir d'indicateurs, faut se dire bon bah on part des indicateurs : quels sont les besoins, quel est la demande, qu'est ce qu'on veut chercher, et les résultats derrière. Donc si on part du postulat que les indicateurs forcément sont faussés parce que effectivement y'aura peu de...comment dire de sincérité dans...dans la consommation hein que...les résultats auxquels on va aboutir bah finalement est-ce que ce sera...fin...je sais pas si euh...les résultats seront meilleurs après. Et je sais pas comment les évaluer...* » Médecin 10

1.3.2.3. Intervention en entreprise :

1.3.2.3.1. Circonstances :

- Souvent sur demande de l'employeur :
« *Alors le contexte je pense que c'était pure com' malheureusement, c'était pas objectif santé, mais bon moi j'ai appuyé beaucoup sur le verset et le volet santé.* » Infirmière 4
« *Ça peut être soit une demande du CHSCT pour travailler sur les addictions, soit ça peut-être lors de journées de sécurité.* » Médecin 5
- Sur proposition du médecin du travail :
« *Je le propose systématiquement tu vois, à toutes les entreprises. Ou des réunions collectives inter-entreprises aussi, je le propose très souvent.* » Médecin 1
« *Alors le tabac c'était encore dans une autre entreprise, c'est parce que j'avais constaté au cours des visites médicales qu'il y avait beaucoup de fumeurs et des quantités supérieures à 10cigarettes par jour donc moi ça m'a alerté* » Médecin 13
- Plan d'action du SST :
« *Alors on a fait, ça ça fait partie d'un des plans d'action de notre service, y'a 2014 ou 2015, donc j'avais évidemment participé* » Médecin 12
- Sur des problématiques au travail :
« *bah parce que c'était une vraie problématique quand même. Les postes...on a quand même des postes de sécurité, des problèmes d'alcool, dans les centres y'a des pots en veux-tu en voilà. Les agents consommaient sur les lieux de travail.* » Médecin 9

1.3.2.3.2. Sujets abordés :

- Essentiellement alcool et risque routier :

« J'ai participé à la création en fait de l'action notamment. Et puis là je suis en train de préparer toute euh...voilà préparer une intervention sur justement le risque routier donc on va développer. » Infirmière 7

« y'avait une partie euh..risque routier, une partie euh...les effets sur la santé des addictions, enfin de l'alcool et du cannabis, le risque routier, y'avait des quizz donc c'était...ça se voulait ludique hein donc comme je vous disais tout à l'heure c'était des quizz(...) » Médecin 5

- Association aux risques psychosociaux :

« C'était entre autres dans une entreprise où y'avait une problématique RPS. Donc euh...et le...l'employeur voulait qu'on intervienne sur la problématique cannabis..» Infirmière 8

« Et après une deuxième partie qui concernait les interactions entre les conduites addictives, enfin les consommations d'alcool et le travail (...) les conditions de travail peuvent euh...favoriser les...les consommations d'alcool» Médecin 9

- Tabac :

« Y'en a eu une où j'ai porté le projet toute seule. Donc c'était pas euh... C'était que sur les... la cigarette. Donc c'était une entreprise de ... 2000 salariés » Infirmière 4

« Alors on travaille beaucoup sur le tabac en action collective » Médecin 13

1.3.2.3.3. Support :

- PowerPoint essentiellement

« Y'a un PowerPoint qui est prêt, qu'on diffuse et voilà. » Médecin 7

- Journées sensibilisation/ateliers :

« Donc ici on l'a fait sur deux sites, c'était des journées. On a fait sous la forme d'un parcours avec différentes possibilités de questions, différents thèmes qui venaient. » Médecin 3

« soit ça peut être lors de journées de sécurité (...) donc du coup les salariés tournent sur différents ateliers, des ateliers on va dire pratiques, spécifiques à leur métier voilà.. (...) ça se voulait ludique hein donc comme je vous disais tout à l'heure c'était des quizz (...) j'avais trouvé des... des petites vidéos sur euh... YouTube » Médecin 5

- Intervention d'addictologue :

« Bah également faire venir des conférences de tabacologues et voilà quoi » Médecin 13

1.3.2.3.4. Évaluation des actions :

- Aucun des répondants sauf un n'a pu évaluer l'impact d'une action de prévention

• Car l'entreprise a changé de service de santé au travail :

« Il aurait fallu voilà, à distance revoir les personnes en individuel et ...Et là j'ai pas pu parce que la... la boîte on l'a plus. » Infirmière 4

• Par manque de temps :

« Oui, utopique très sincèrement. Parce que là on est vraiment dans une problématique...On fait un travail de prévention, souvent tertiaire, souvent dans

l'urgence et euh...(soupir) on a déjà du mal à participer aux enquêtes qui sont organisées type SUMER ou autre, vous savez ? » Médecin 4
« Ah non. Non. On a pas le temps. Non il faudrait...non non, franchement non hein. Non. » Médecin 12

- Un répondant a réussi à évaluer son action mais les résultats n'étaient pas satisfaisants :

« Alors c'est pareil, on compte le nombre de gens qui viennent, qui ont des problèmes et les gens qu'on en sort. De simples stats en pourcentage. » (...)

« Très très faible. Sur le tabac très très faible. (...). C'est là qu'on voit qu'on baisse les bras quoi. » Médecin 13

1.4. Implication des préventeurs :

1.4.1. Sur les actions de prévention collective :

- 7 des 8 préventeurs interrogés n'ont jamais participé à une action de prévention collective sur le thème des conduites addictives en entreprise

- Par manque de connaissance :

« j'ai pas suffisamment de connaissance on va dire sur la partie conduites addictives, sur les conseils que l'on peut donner derrière, sur les démarches qui peuvent être enclenchées, sur les choses qui peuvent être faites » Préventeur 1

- Car ce sont les infirmières et les médecins du service qui s'en occupent :

« tout ce qui est sensibilisation c'est le travail du médecin et de l'infirmière » Préventeur 7

« c'est encore le médecin du travail parce que c'est très sensible naturellement » Préventeur 8

- Un des préventeurs a déjà effectué plusieurs actions auprès d'entreprises :

« Donc là j'ai euh...une collectivité que j'accompagne, qui justement m'a sollicité par rapport à un...un problème d'alcool et de cannabis au travail, avec justement bah des problématiques de repérage fréquent, mais de non-action.» Préventeur 6

1.4.2. Lors de la réalisation de la FE ou du DU :

- Plusieurs répondants décrivent ce sujet comme difficile à aborder :

« Alors nous quand on va aller en entreprise avec la fiche d'entreprise on va pas vraiment aborder ce sujet avec l'employeur, parce que bon...C'est...c'est compliqué d'en parler, l'employeur est pas forcément au courant, on va pas pouvoir...Voilà. C'est des sujets un peu délicats. » Préventeur 1

- Certains expriment leur difficulté à aborder le sujet collectivement pour un risque qu'ils estiment individuel :

« et plus des cas individuels, c'est vrai que c'est difficile à...Il faut essayer de... passer par le collectif pour euh...'Fin pour moi c'est un peu difficile de passer par le collectif parce que...le collectif est pas... » Préventeur 5

- Certains l'abordent seulement en présence de risque sécuritaire :

« surtout pour le risque routier ou pour les postes à risque » Préventeur n°5
 « on va en parler quand on parle des métiers qui ont des risques routiers soit aussi par rapport à l'encadrement et au règlement intérieur» Préventeur n°6

- Plusieurs répondants ne l'abordent jamais:

« Bah on aborde tous les risques alors ... C'est marrant oui effectivement, le risque addiction est pas...est pas notifié. En tout cas dans notre service, après dans les autres services je sais pas. Donc euh oui ce serait un plus. Après comment l'aborder euh... » Préventeur 2

- Un répondant l'aborde de façon systématique dans la fiche d'entreprise :

« Enfin dans la fiche d'entreprise oui, parce que ça fait partie des questions qu'on pose. C'est vrai que l'aide au DU je n'aborde jamais le problème. (...) Bah on demande voilà : « est-ce qu'au cours des 12 derniers mois il y a eu un salarié avec des troubles du comportement? » Préventeur 7

- Enfin, un répondant ne fait pas de fiche d'entreprise.

1.4.3. Tableau récapitulatif des rôles que les préventeurs pensent avoir dans la prévention des conduites addictives :

Rôle souhaité	Citations
Sensibiliser les employeurs sur les conduites addictives et les moyens de prévention (P3)	« montrer les problématiques que ça engendre et les avantages que ça a à faire de la prévention. Et la méthodologie pour évaluer les risques. » Préventeur 2 « accompagner vraiment les employeurs à...à aborder déjà...à prévenir, la prévention primaire, aborder les addictions. Euh..ne plus être dans un...une posture d'autruche. » Préventeur 6
Introduire le sujet des conduites addictives lors de la réalisation de la FE ou du DU (P3)	« Systématiquement il faudrait que ce soit fiche d'entreprise on passe sur du systématique à aborder ce sujet-là. Mais alors on le fait pas...et sur l'aide au DU pareil il faudrait qu'on aborde systématiquement cette problématique, qu'elle soit intégrée ... » Préventeur 4
Repérer des facteurs qui pourraient potentiellement engendrer/aggraver des conduites addictives (P2)	« Donc on va rentrer par ce biais-là, et toujours en prévention primaire, c'est-à-dire regarder les facteurs dans l'entreprise qui pourraient engendrer des risques psycho sociaux et donc aussi potentiellement des conduites addictives.» Préventeur 4
Présenter les ressources du service de santé au travail en cas de problématique dans l'entreprise (P2)	« Nous expliquons simplement que le service de santé à des ressources internes qui peuvent l'accompagner dans cette thématique » Préventeur 8
Faire des sensibilisations collectives sur le thème des conduites addictives (P2)	« Nous toute façon c'est la prévention primaire qui prime. Euh... et collective. Donc le mieux ce serait de sensibiliser, de faire des informations par des tables rondes par exemple. Des sensibilisations collectives, dans les entreprises. » Préventeur 2

Fournir des indicateurs au médecin du travail (P2)	« on peut donner des indicateurs au médecin du travail » Préventeur 1
Conseiller l'entreprise sur le règlement intérieur, leur responsabilité, etc. (P1)	"Donc on parle aussi du règlement intérieur et quel protocole ils ont mis en place pour ce genre d'évènement quoi. Mais bon souvent ils ont rien fait, personne n'a rien fait. » Préventeur 7
Évaluer les pratiques des entreprises (pots de départ, etc.) (P1)	« on va travailler sur les pratiques de l'entreprise » : pots de départs, joignable 24:24, charge de travail... » Préventeur 4

1.5. Les freins et leviers identifiés par les répondants :

1.5.1. Les freins :

Freins	Citations
Manque d'implication des entreprises (M6, P5)	« Non le plus gros frein c'est vraiment la volonté de l'entreprise par rapport à ce sujet. » Médecin 2 « puis les employeurs ils ont pas vraiment envie de l'aborder non plus quoi hein. » Préventeur 7
Déni des salariés/ Dépistage (I1, M8)	« C'est le savoir. Qu'ils nous le disent. Ils ne le disent pas forcément. C'est le dépistage. » Médecin 1 « Les cas les plus difficiles c'est quand le salarié veut continuer à travailler et qu'il est dans le déni. » Médecin 4
Manque de formation (I2, M4, P2)	« Donc manque de formation bah euh...du coup on est euh...un peu démuni si on est pas formé euh...dans la façon d'aborder les choses avec la personne et donc du coup souvent on le fait pas quoi, parce qu'on sait pas le faire.» Infirmière 7 « je ne connais pas bien les produits » « Plus par une méconnaissance en fin de compte, de dire des bêtises et...et le fait d'avoir plutôt du coup...en n'ayant pas un bon message ou en disant des choses qui sont pas tout à fait...qui sont pas justes ou un peu erronées, de faire l'inverse. » Médecin 8 « Pas forcément des connaissances et des compétences sur ça » Préventeur 1
Inquiétude responsabilité (I2, M3)	« C'est pas simple parce que... c'est quand même un sujet qui reste tabou, qui reste... où y'a la responsabilité de chacun qui est en... en cause, qu'il y'a beaucoup de non-dits, que l'on préfère euh... des fois ne pas le noter pour ne pas avoir de problèmes si y'a quoi que ce soit après. » Infirmière 8 « jusqu'à présent quand on mettait apte, c'est vrai que... Bah voilà... c'est vrai que c'est compliqué quand le dossier n'est pas complètement... clean.» Médecin 5

Freins	Citations
Tabou sur le rôle de l'entreprise dans l'apparition de conduites addictives (I3, P2)	<p>« <i>l'objet de ma sensibilisation c'était aussi euh... Un, effectivement, de mettre en lumière ces consommations et deux, euh..de faire réfléchir à l'employeur ses responsabilités induites dans ces consommations. Voilà, sur le rythme, sur euh... pleins de choses. Et ça les employeurs ils veulent pas l'entendre.</i> » Infirmier 4</p> <p>« <i>Mais que y'avait aucune intégration que du coup le travail (...) pouvait favoriser des comportements de conduites addictives. Et voir même un... une certaine vexation</i> » Préventeur 6</p>
Tabou sur certaines substances (M2, I1, P2)	<p>« <i>Bah le tabou. Le tabou. Parce que c'est pas encore... Bah déjà tout ce qui est illicite bah... Voilà c'est encore plus tabou.</i> » Med 5</p> <p>« <i>C'est vrai que...ouais. Le...le côté que ce soit tabou</i> » Préventeur 5</p>
Aspect culturel de la consommation (M3, I1)	<p>"Après y'a plus le problème cannabis et culture des jeunes actuellement. L'aspect culturel. » Médecin 1</p> <p>« <i>Bah voilà c'est vraiment...on...je pense qu'on a une grosse problématique culturelle sur l'alcool.</i> » Préventeur 6</p>
Vie privée des salariés (I2, M1, P1)	<p>« <i>Pour moi ce qui m'arrête c'est de rentrer dans la vie privée des personnes.</i> » Infirmière 2</p> <p>« <i>Bah que y a la sphère privée, la sphère professionnelle, qu'on se dit euh, bah s'il picole chez lui ou s'il fume chez lui bah voilà c'est sa vie privée</i> » Médecin 5</p>
Difficulté d'abord de la question (M3, I1)	<p>« <i>on sait pas très bien parler des addictions</i> » Infirmière 7</p> <p>« <i>on a l'impression que c'est toujours un délit de sale gueule</i> » Médecin 5</p>
Freins propres (M1, I1, P2)	<p>«Après on a tous effectivement à des degrés divers des freins personnels pour parler de certaines addictions, » Médecin 7</p> <p>« <i>ah déjà ce que je vous parlais, sur certaines conduites addictives y'a la représentation de est-ce que c'est bien ou pas bien. Donc ça, ça peut être déjà un premier frein.</i> » Préventeur 3</p>
Manque de connaissance du réseau/Distance avec le réseau (I2, M1)	<p>« <i>le réseau est pas clair quoi. On sait pas très bien qui fait quoi, quelle prise en charge euh...quelles sont les possibilités...Donc je trouve que c'est un petit peu...enfin c'est pas formel quoi. Donc euh..On a peu d'échange et c'est dommage quoi en fait.</i> » Infirmière 7</p>
Manque d'harmonisation des pratiques (I2)	<p>« <i>Et puis des fonctionnements différents selon...selon la pratique des médecins quoi.</i> » Infirmière 8</p>
Organisation du service de santé au travail (I1, P1)	<p>« <i>Euh...Le seul frein qui peut manquer et ça je le dis franchement c'est l'engagement de direction</i> » Préventeur 4</p> <p>"<i>Les addictions ne sont pas le premier thème euh...chéri du service.</i>" Infirmière 4</p>
Difficulté d'évaluation du retentissement professionnel (M2)	<p>« <i>Et puis parce que, comment dire, c'est compliqué aussi parce qu'on a pas aussi tous les outils pour dire que cette consommation, à ce niveau de consommation, influent sur la vie professionnelle.</i> » Médecin 5</p>

Freins	Citations
Manque de lien avec les confrères (M2)	« Et après effectivement la relation que l'on peut avoir avec nos confrères qui va pas être facilitante. » Médecin 3
Manque de « moyen de pression » sur le salarié (M2)	« Qu'est-ce qui me freine... C'est-à-dire que des fois on a l'impression de parler un peu dans le vide, voilà. Parce que les gens sont là, on leur parle on leur... tant qu'il y a pas la menace de supprimer l'aptitude, de mettre l'aptitude entre parenthèse, je pense qu'ils sortent d'ici, la plupart, et puis ça leur passe complètement au-dessus de la tête.» Médecin 6
Difficulté pour atteindre les petites entreprises (M1, P1)	« Pour les entreprises plus réduites, c'est un peu plus difficile. C'est un peu comme les RPS hein, on peut aller voir un employeur, lui dire que des salariés ont des difficultés, tant qu'il est pas vraiment confronté au problème il essaie de ne pas voir. » Préventeur 8
Manque d'indicateurs (M1,P1)	« Déjà pour l'aborder dans une entreprise je pense qu'il faut avoir suffisamment de, de, de, d'indicateurs et d'informations pour pouvoir l'aborder et enclencher une démarche. » Préventeur 1
Mauvaise collaboration au sein de l'équipe (I1)	« Déjà le frein dans cette entreprise c'est qu'on travaille pas en pluridisciplinarité. » Infirmière 6
Manque de temps (I1)	« on a plus le temps de poser la question parce qu'au cas où ils répondent « oui » et bien...ce serait bien embêtant parce qu'on a pas le temps de gérer quoi » Infirmière 7
Rôle double du médecin du travail : Prévention/Contrôle (M1)	«L'éthique et l'enjeu socioprofessionnel qu'il y a derrière. C'est-à-dire l'éthique parce qu'il faut qu'on ait un positionnement clair et que le salarié nous confie quelque chose en tant que conseiller et derrière on change de casquette on lui dit « maintenant tu retournes pas au poste ». C'est un frein en fait hein. Alors qu'il faudrait peut être qu'il y ait un médecin de contrôle et un médecin-conseil, mais c'est l'éternel débat hein. » Médecin 4
Enjeux pour le salarié (M1)	« Et après c'est l'enjeu qu'il y a derrière après pour le salarié. » Médecin 4
Difficulté évaluation des actions menées (M1)	« les réussites en matière de prévention d'addiction-tabac sont difficiles à évaluer d'abord » Médecin 13
Retombées dans les entreprises (P1)	« il faut faire attention aux retombées que ça peut avoir dans une entreprise » Préventeur 1
Difficulté pour évaluer le rôle du travail dans la conduite addictive (P1)	« C'est difficile de voir ce qui est lié au travail ou ce qui est lié aussi aux stratégies des personnes » Préventeur 3

1.5.2. Les leviers :

Leviers	Citations
Formation des intervenants en santé travail, mais aussi des employeurs (M5, I5)	<p>« la formation, ça, c'est clair. » « sensibiliser, continuer à sensibiliser tous les professionnels de santé qu'on est, à ces risques-là qui sont vraiment euh...qui peuvent être lourds de conséquences à la fois à titre individuel et collectif quoi. » Inf 4</p> <p>« La première chose je pense que ça serait et former les médecins du travail et infirmiers et IPRP, et après former les...les managers à ça. Pour moi ce serait déjà ça. » Med 8</p>
Prise de conscience des employeurs (M2, I1, P2)	<p>« C'est que par une prise de conscience de tout le monde et une meilleure prise en compte que les gens seront suivis. Les endroits où ça marche je trouve c'est quand toute la chaîne hiérarchique du premier chef jusqu'au N+2, etc. sont impliqués, et suivent la personne sur le lieu de travail. » Med 7</p> <p>« Ah c'est essentiellement effectivement, ça passe par euh...l'échange, le dialogue énormément. Et dès lors qu'un employeur est en capacité à ouvrir le dialogue et l'ouvrir de façon...de façon claire hein sans tabou aucun, ça se passe bien. » Préventeur 8</p>
Réseau local (M2, I1, P1)	<p>« On a une convention avec l'ANPAA, on leur prêt les locaux et du coup eux si jamais on a des interventions collectives à faire on va les solliciter » Med 10</p> <p>« Alors nous par exemple un point important et qui va nous aider beaucoup au GAPRAT Comminges là on a décidé de faire un fichier ressource, de personnes-ressources sur le Comminges. » Préventeur 4</p>
Directives/campagnes nationales (M3, I1)	<p>« Campagne nationale avec du matériel et tout ça a été un prétexte pour pouvoir le lancer dans l'usine. Plus de trucs relayés par les médias. » Inf 2</p> <p>« Et ensuite des campagnes, alors nous à notre petit niveau, mais on a pas l'ANPAA vous savez ou l'INPES je sais pas. Faudrait que niveau communication ça vienne d'en haut. » Med 4</p>
Sensibilisations collectives (M3, P1)	<p>« poursuivre et intensifier pour moi tout ce qui est action de sensibilisation dans le milieu du travail, ça, ça marche pas mal quand même moi je trouve » Med 7</p>
Aucun (M1, I1, P1)	<p>«Je suis négative là, mais je vois pas trop. » Inf 6</p>
Problème au travail/ dans l'entreprise (M2, P1)	<p>« Ah bah c'est qu'il y ai eu un problème dans l'entreprise » Med 11</p> <p>« Alors y'a le levier bah...mais bon je dirai que celui-là c'est le dernier qu'il faut...auquel il faut arriver, c'est quand il y a eu un accident, un incident grave, euh...du coup bah on arrive à peu près à réagir et à se dire « on va apprendre par l'erreur. » Préventeur 6</p>
Nouveaux acteurs santé au travail (M1, I1)	<p>« L'arrivée des infirmières, l'arrivée des internes qui bousculent » Inf 4</p> <p>« C'est pour ça que là on va avoir des infirmières de santé travail qu'on va mettre sur ce genre de missions, d'action de sensibilisation.» Med 7</p>
Meilleure collaboration avec l'employeur (M2)	<p>« Plus travailler avec l'employeur, de cadrer, d'encadrer pour pas qu'il y ait des échappements. » Med 1</p>

Leviers	Citations
Abord régulier de la problématique (M1, P1)	« plus on en parlera, plus on partagera des termes et des notions, plus ce sera facile justement de l'aborder d'un point de vue collectif. » Préventeur 3
Intervention partenaires extérieurs (M1, P1)	« En tout cas j'ai été très content du fait que l'ANPAA vienne, j'ai trouvé que ça apporte vachement de chose, et on sent bien là la bonne connaissance du terrain, la bonne connaissance et la facilité de répondre aux questions.» Med 3
Statistiques/ Harmonisation des pratiques (M2)	« Moi je pense que les statistiques c'est un levier d'entrée. Il faut derrière des gens qui aient la formation. Ça fait 10 ans maintenant que je pratique de l'EVREST, j'ai été sensibilisé assez tôt à l'épidémiologie et je pense que c'est un truc qu'il faut. Il faut que tous nos collègues fassent ça. » Med 3
Intervention en entreprise (M1, I1)	« C'est un levier, parce que notre service sollicite énormément les infirmiers pour aller dans les entreprises. » Inf 7
Outils (P2)	« Non, les leviers voilà, il nous faut des outils pour nous rassurer plus. Voilà. La fiche d'entreprise on aborde pas systématiquement ce sujet-là, du tout, parce qu'on a une fiche d'entreprise qui est libre, on a pas une fiche d'entreprise qui est euh...avec un canevas.» Préventeur 4
Echanges avec addictologues (I1)	« c'est d'en parler, c'est d'échanger avec des spécialistes hein ça c'est...c'est important. Je vois les deux formations de RPIB ça a été très formateur parce que bon on voit des alcoologues, on voit des addictos, des psychologues aussi à l'ANPAA là qu'on avait rencontrés et qui nous avait ébauché l'entretien motivationnel donc pour nous ça c'est très important en pratique. » Inf 8
Indicateurs (M1)	« indicateurs pour pouvoir montrer quelles étaient les problématiques » Med 2
Créer groupe de travail au sein des entreprises (P1)	« puis que ce soit un moyen de mettre en place aussi un groupe de travail, de créer une euh...une cohésion entre les collègues quoi aussi. » Préventeur 5
Entrer par d'autres portes (P1)	« Euh...les leviers bah c'est de pas aller au frontal vers l'addiction, même si c'est dommage parce qu'on continue un peu des fois de faire... enfin pas l'autruche, mais euh...voilà d'accepter de rentrer aussi par d'autres portes » Préventeur 6

2. Résultats du questionnaire :

2.1. Tableau récapitulatif des résultats :

Le **tableau 1** expose les résultats des principales variables. Chaque variable correspond à une question du questionnaire, disponible en **annexe 7**.

Tableau 1 : récapitulatif des résultats des principales variables

Nom des variables	Modalités	Médecins/ Infirmières Effectif (pourcentage)		Préventeurs Effectif (pourcentage)	
Profession	Médecin du travail	137	(44,2)		
	IDEST	109	(35,2)		
	Préventeur			64	(20,6)
Sexe	Homme	49	(20,0)	35	(54,7)
	Femme	197	(80,0)	29	(45,3)
Âge	20-50 ans	95	(38,6)		
	50 ans et plus	151	(61,4)		
	20-40 ans			37	(57,8)
	40 ans et plus			27	(42,2)
Service	Interentreprise	189	(76,8)	63	(98,4)
	Autonome	32	(13,0)	1	(1,6)
	Fonction publique/MSA	25	(10,1)	0	(0,0)
Département	Midi-Pyrénées	139	(56,5)	48	(75,0)
	Languedoc-Roussillon	107	(43,5)	16	(25,0)
Formation	Oui	163	(66,3)	11	(17,2)
	Non	83	(33,7)	53	(82,8)
Projet de service	Oui	122	(49,6)	26	(40,6)
	Non	124	(51,4)	38	(59,4)
Groupe de travail (existence)	Oui	130	(52,8)	33	(51,6)
	Non	116	(47,2)	31	(48,4)
Groupe de travail (appartenance)	Oui	40	(30,5)	5	(15,2)
	Non	91	(69,5)	28	(84,8)
<u>Type de prévention :</u>					
Répercussions sur le travail	Tout à fait d'accord	166	(68,3)	35	(55,6)
	Plutôt d'accord	60	(24,7)	21	(33,3)
	Plutôt en désaccord	15	(6,2)	4	(6,3)
	Pas du tout d'accord	2	(0,8)	3	(4,8)
Postes de sécurité	Tout à fait d'accord	120	(50,4)	29	(46,0)
	Plutôt d'accord	83	(34,9)	29	(46,0)
	Plutôt en désaccord	29	(12,2)	4	(6,4)
	Pas du tout d'accord	6	(2,5)	1	(1,6)
Conditions de travail	Tout à fait d'accord	138	(56,8)	30	(48,4)
	Plutôt d'accord	89	(36,6)	25	(40,3)
	Plutôt en désaccord	12	(4,9)	7	(11,3)
	Pas du tout d'accord	4	(1,6)	0	(0,0)
Aspect culturel	Tout à fait d'accord	87	(36,3)	19	(30,2)
	Plutôt d'accord	113	(47,1)	34	(54,0)
	Plutôt en désaccord	32	(13,3)	8	(12,7)
	Pas du tout d'accord	8	(3,3)	2	(3,2)

Tableau 1 : récapitulatif des résultats des principales variables

Nom des variables	Modalités	Médecins/ Infirmières Effectif (pourcentage)	Préventeurs Effectif (pourcentage)
Abord du sujet :			
Tabac	Systématique	227	(92,7)
	Non systématique	18	(7,3)
Alcool	Systématique	155	(63,3)
	Non systématique	90	(36,7)
Cannabis	Systématique	102	(41,5)
	Non systématique	144	(58,5)
Autres drogues	Systématique	70	(29,0)
	Non systématique	172	(71,0)
Médicaments	Systématique	153	(52,4)
	Non systématique	92	(47,6)
Addictions sans substances	Systématique	29	(12,2)
	Non systématique	209	(87,8)
Difficulté abord	Oui	62	(25,3)
	Non	183	(74,7)
Utilité question drogues	Oui	205	(83,7)
	Non	40	(16,3)
Utilisation autoquestionnaires	Oui	112	(45,9)
	Non	132	(54,1)
Dossier médical	Oui	160	(65,6)
	Non	13	(5,3)
	Pas systématique	71	(29,1)
Statistiques	Systématiquement	6	(2,5)
	Parfois	66	(27,0)
	Jamais	172	(70,5)
RPIB connaissance	Oui	157	(64,3)
	Non	87	(35,7)
RPIB utilisation	Systématiquement	19	(12,1)
	Si consommation élevée	77	(49,0)
	Sur certains postes	16	(10,2)
	Jamais	45	(28,7)
Recherche lien travail	Toujours	143	(58,6)
	Parfois	93	(38,1)
	Jamais	8	(3,3)
Lien généraliste	Oui	46	(18,9)
	Non	198	(81,4)
Visibilité réseau	Oui	115	(47,1)
	Non	129	(52,9)

Tableau 1 : récapitulatif des résultats des principales variables

Nom des variables	Modalités	Médecins/ Infirmières Effectif (pourcentage)		Préventeurs Effectif (pourcentage)	
Difficulté aptitude	Toujours	8	(6,0)		
	Souvent	48	(36,1)		
	Parfois	73	(54,9)		
	Jamais	4	(3,0)		
Rôle IPRP	Oui			54	(84,4)
	Non			10	(15,6)
Abord sujet FE	Oui	150	(74,6)	43	(70,5)
	Non	51	(25,4)	18	(29,5)
Participation action collective	Oui	133	(54,5)	7	(10,9)
	Non	111	(45,5)	57	(89,1)
Contexte	Demande employeur	86	(64,7)	3	(42,9)
	Prévention primaire	72	(54,1)	5	(71,4)
	Repérage entretiens	41	(30,8)	1	(14,3)
	Accident du travail	13	(9,8)	0	(0,0)
	Risque routier	45	(33,8)	4	(57,1)
	Campagne nationale	23	(17,3)	0	(0,0)
Thème	Légal	86	(64,7)	2	(28,6)
	Santé	111	(83,5)	4	(57,1)
	Accident du travail	93	(70,0)	5	(71,4)
	Aider collègue	86	(64,7)	4	(57,1)
	Ébriété au travail	98	(73,7)	4	(57,1)
	Risque routier	101	(75,9)	6	(85,7)
	Lien travail	59	(44,4)	4	(57,1)
	RDR	42	(31,6)	2	(28,6)
Évaluation efficacité	Oui	40	(29,9)	0	(0,0)
	Non	94	(70,1)	7	(100)
Partenaires extérieurs	Oui	71	(53,0)	4	(57,1)
	Non	63	(47,0)	3	(42,9)
Sensibilisations collectives efficaces	Oui	208	(85,2)	48	(75,0)
	Non	36	(14,8)	16	(25,0)
Sensibilisations employeurs utiles	Oui	235	(96,3)	62	(96,9)
	Non	9	(3,7)	2	(3,1)
Campagnes nationales utiles	Oui	138	(56,6)	31	(48,4)
	Non	106	(43,4)	33	(51,6)
Réactions négatives	Oui	156	(63,4)	20	(31,3)
	Non	90	(36,6)	44	(68,7)
Besoin formation	Oui	167	(68,4)	46	(71,9)
	Non	77	(31,6)	18	(28,1)

2.2. Caractéristiques des répondants :

2.2.1. Profession :

Dans le **tableau 1**, on observe une bonne représentativité des différentes professions : 137 médecins du travail (soit 44,2% des répondants), 109 infirmières en santé au travail (35,2%) et 64 préventeurs (20,6%).

Nous avons comparé les réponses aux variables principales des médecins à celles des infirmières. Le **tableau 2**, regroupant les résultats significatifs, est disponible en **annexe 8**.

Nous avons trouvé quelques différences entre les deux groupes : Il y a statistiquement plus de femmes ($p < 0,0001$) et de personnes entre 20 et 50 ans ($p < 0,0001$) chez les infirmières. Elles sont plus nombreuses à être « tout à fait d'accord » avec l'item « prévention des répercussions des conduites addictives » ($p = 0,0323$), ainsi qu'avec le travail sur l'aspect culturel des conduites addictives ($p = 0,0206$). Elles abordent de façon plus systématique le sujet de l'alcool lors des consultations ($p = 0,0405$). Concernant les actions de prévention collective, les infirmières font plus souvent suite à des demandes de l'employeur ($p = 0,0497$), elles évoquent plus fréquemment le rôle du travail dans l'apparition des conduites addictives lors de ces actions ($p < 0,0001$) et évaluent significativement plus leurs actions que les médecins ($p = 0,0236$). Elles estiment que les campagnes nationales sont plus utiles ($p = 0,0204$) et déclarent recevoir plus de réactions négatives lors de l'abord du sujet que les médecins ($p = 0,0557$).

Concernant les médecins, ils utilisent plus fréquemment le RPIB en cas de consommation estimée problématique ($p = 0,0278$) et recherchent plus souvent une composante professionnelle ($p = 0,0222$). Ils ont aussi un meilleur lien avec le médecin généraliste que les infirmières ($p < 0,0001$).

2.2.2. Sexe :

D'après le **tableau 1**, il y'a une majorité de femmes (80%) chez les médecins et infirmières. Chez les préventeurs, la répartition homme/femme est plus équilibrée (respectivement 54,7% et 45,3%).

Parmi les médecins et infirmières, nous avons comparé les réponses des femmes à celles des hommes. Le **tableau 3**, regroupant les variables significatives, est disponible en **annexe 8**.

D'après nos résultats, les femmes sont statistiquement plus jeunes que les hommes ($p < 0,0094$). Dans la question 10, elles sont significativement plus « tout à fait d'accord » avec la proposition « veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer, soit accentuer des conduites addictives » ($p = 0,0322$) et « plutôt d'accord » avec le travail sur l'aspect culturel des conduites addictives ($p = 0,0146$) que les hommes. Elles sont plus nombreuses à aborder systématiquement le sujet de l'alcool lors de leurs consultations ($p = 0,0003$). Lorsqu'elles participent à des actions collectives, les femmes évoquent davantage les thèmes suivants : « comment aider un collègue » ($p = 0,0552$), « comment gérer un état d'ébriété au travail » ($p = 0,0442$) et le « rôle du travail dans l'apparition des conduites addictives » ($p = 0,0378$).

Concernant les hommes, ils ont un meilleur lien avec le médecin généraliste que les femmes ($p=0,0512$) et ils déclarent recevoir plus de réactions négatives à l'abord du sujet que ces dernières ($p=0,0443$).

2.2.3. Âge :

Tableau 4 : Répartition des répondants par âge

Tranches d'âge	Nombre de répondants médecins/infirmières (pourcentage)	Nombre de répondants préventeurs (pourcentage)
20-29 ans	8 (3,3)	17 (26,6)
30-39 ans	39 (15,9)	20 (31,3)
40-49 ans	48 (19,5)	16 (25,0)
50-59 ans	103 (41,9)	11 (17,2)
Plus de 60 ans	48 (19,5)	0 (0,0)

D'après le **tableau 1**, parmi les médecins et infirmières, la majorité des répondants a plus de 50 ans (61,4%). Chez les préventeurs, 57,9% des répondants ont entre 20 et 40ans. 42,1% ont entre 40 et 59ans. Aucun préventeur n'a plus de 60ans. Le **tableau 4** montre le détail de la répartition des répondants par âge.

Nous avons voulu comparer les principales variables en fonction de l'âge des répondants chez les médecins et infirmières. Les résultats significatifs sont résumés dans le **tableau 5 en annexe 8**.

Il en ressort que les 20-50 ans sont significativement plus des femmes ($p=0,0094$) et des infirmières ($p<0,0001$) que les 50 ans et plus. Les plus jeunes ont plus de difficultés à aborder le sujet ($p=0,0020$). Lors des actions collectives, ils abordent plus souvent le thème « réduction des risques » ($p=0,0374$).

Les 50 ans et plus appartiennent plus souvent à un service autonome ($p=0,0452$). Leur lien avec le médecin généraliste est meilleur ($p=0,0543$) ainsi que leur visibilité du réseau ($p=0,0543$). Ils ont plus souvent déjà participé à une action collective ($p=0,0068$). Pour cette population, les actions collectives font plus souvent suite à un repérage de conduites addictives lors des entretiens ($p=0,0021$). Ils abordent plus fréquemment le thème « aider un collègue » ($p=0,0378$). Leurs actions sont plus souvent destinées à l'encadrement et aux salariés ($p=0,0237$) alors que les 20-50ans les destinent significativement plus aux salariés seuls.

2.2.4. Type de service :

Tableau 6 : Répartition des 310 répondants par type de service

Type de services	Nombre de répondants médecins/infirmières (pourcentage)	Nombre de répondants préventeurs (pourcentage)
Interentreprise	189 (76,8)	63 (98,4)
Autonome	32 (13,0)	1 (1,6)
Fonction publique hospitalière	8 (3,3)	0 (0,0)
Fonction publique territoriale	6 (2,4)	0 (0,0)
Fonction publique d'état	5 (2,0)	0 (0,0)
MSA	6 (2,4)	0 (0,0)

Comme le montre le **tableau 6**, la majorité des médecins et infirmières font partie d'un service inter-entreprises (76,8%). 13% font partie d'un service autonome. 10,1% font partie de la fonction publique d'état, hospitalière, territoriale ou de la MSA.

La quasi-totalité des préventeurs fait partie d'un service inter-entreprises (98,4%).

Nous avons comparé les résultats des principales variables en fonction du type de service auxquels appartenaient les répondants médecins et infirmières. Les résultats significatifs sont présentés dans le **tableau 7 en annexe 8**.

Nous avons trouvé que les répondants exerçant en service autonome sont significativement plus âgés ($p=0,0452$) et proviennent plutôt de Midi-Pyrénées ($p=0,0113$). Ils sont plus susceptibles d'avoir un projet de service ($p=0,0001$) et abordent plus souvent le sujet des conduites addictives sans substances ($p=0,0021$).

Ceux exerçant en fonction publique/MSA proviennent plutôt de Midi-Pyrénées et ont moins souvent de projet de service et de groupe de travail ($p<0,0001$). Ils participent significativement moins à des actions collectives de prévention ($p=0,0114$) et sont moins aidés par l'organisation de campagnes nationales ($p=0,0070$).

Concernant les services inter-entreprises, les groupes de travail y sont le plus fréquents ($p<0,0001$), mais les répondants sont moins susceptibles d'y appartenir ($p=0,0084$).

2.2.5. Département :

Tableau 8 : Répartition par départements

Départements	Nombre de répondants médecins/infirmières (pourcentage)	Nombre de répondants préventeurs (pourcentage)
Ariège	4 (1,6)	1 (1,6)
Aude	15 (6,1)	4 (6,3)
Aveyron	8 (3,2)	3 (4,7)
Gard	23 (9,3)	3 (4,7)
Haute-Garonne	72 (29,3)	15 (23,4)
Gers	4 (1,6)	1 (1,6)
Hérault	42 (17,1)	8 (12,5)
Lot	9 (3,7)	6 (9,4)
Lozère	2 (0,8)	0 (0,0)
Haute-Pyrénées	14 (5,7)	8 (12,5)
Pyrénées-Orientales	25 (10,2)	1 (1,6)
Tarn	12 (4,9)	11 (17,2)
Tarn-et-Garonne	16 (6,5)	3 (4,7)

Le **tableau 1** montre que parmi les médecins et infirmières, la répartition entre Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon est équilibrée (respectivement 56,5% et 43,5%). Parmi les préventeurs, une majorité des répondants provient de Midi-Pyrénées (75%). Le **tableau 8** montre la répartition des répondants par départements.

Nous avons comparé les résultats des principales variables en fonction du de la région à laquelle appartenaient les médecins et infirmières. Les résultats significatifs sont présentés dans le **tableau 9 en annexe 8**.

Il en ressort que les services de Languedoc-Roussillon ont plus souvent un projet de service ($p=0,0009$) et un groupe de travail ($p=0,0032$) sur le thème des conduites addictives. Il n'y a cependant pas de différence significative concernant la participation aux groupes de travail entre Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon ($p=0,4631$). Les répondants de Languedoc-Roussillon abordent plus le sujet de l'alcool ($p=0,0129$) et trouvent plus utile d'interroger les salariés sur leur consommation de drogues illicites hors cannabis ($p=0,0038$). Ils utilisent également plus d'autoquestionnaires ($p=0,0224$) et connaissent plus le RPIB ($p<0,0001$). Par contre il n'y a pas de différence significative concernant l'utilisation du RPIB entre les deux régions ($p= 0,1191$).

Les infirmières de Languedoc Roussillon trouvent leurs protocoles plus utiles que celles de Midi-Pyrénées ($p=0,0248$). Les actions collectives des répondants de Languedoc-Roussillon sont plus fréquemment réalisées dans un contexte de prévention primaire ($p=0,0120$) et celles de Midi-Pyrénées sont plus fréquemment réalisées dans un contexte de risque routier ($p=0,0439$).

2.2.6. Formation :

Comme le montre le **tableau 10**, parmi les médecins et infirmières, 66,3% des répondants ont reçu au moins une formation. 30,5% ont suivi la formation ANPAA sur 3 jours et 25,6% la formation RPIB. Environ 1/3 n'ont reçu aucune formation (33,7%). Parmi les réponses « autres », les réponses les plus fréquentes sont : formation AFOMETRA (8), formation continue (7), formation en interne (6), formation ANPAA en 1 jour (5). Concernant les préventeurs, la grande majorité n'a reçu aucune formation (82,8%).

Tableau 10 : Répartition par formation des 310 répondants (plusieurs réponses possibles)

Type de formation	Nombre de répondants médecins/infirmières (pourcentage)	Nombre de répondants préventeurs (pourcentage)
Non je n'ai suivi aucune formation	83 (33,7)	53 (82,8)
Formation ANPAA sur 3 jours	75 (30,5)	4 (6,3)
Formation RPIB	63 (25,6)	1 (1,6)
D.U. d'addictologie	8 (3,3)	0 (0,0)
D.E.S.C. d'addictologie	0 (0,0)	0 (0,0)
Autre (précisez)	65 (26,4)	8 (12,5)

Nous avons cherché à établir une comparaison entre les médecins et infirmières ayant reçu une formation et ceux n'ayant pas été formés. Les résultats significatifs sont présentés dans le **tableau 11 en annexe 8**.

Nous avons trouvé un certain nombre de différences entre les deux groupes : les répondants formés participent significativement plus que les autres aux groupes de travail ($p=0,0005$). Ils sont significativement plus « tout à fait d'accord » avec la proposition « Veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer, soit accentuer des conduites addictives » ($p=0,0307$) ainsi qu'avec le travail sur l'aspect culturel des consommations ($p=0,0508$). Ils abordent plus systématiquement le sujet du tabac ($p=0,0023$), de l'alcool ($p=0,0077$) et des médicaments ($p=0,0061$) que les non formés. Ils utilisent plus d'autoquestionnaires ($p=0,0015$), connaissent mieux le RPIB ($p<0,0001$) et l'utilisent plus ($p=0,0002$). Ils ont également une meilleure connaissance du réseau de prise en charge ($p=0,0016$). Les infirmières formées trouvent leurs protocoles plus utiles que celles qui ne sont pas formées ($p=0,0372$). Les répondants formés participent plus aux actions collectives de prévention ($p=0,0036$), abordent davantage les thèmes de la santé ($p=0,0373$) et de l'état d'ébriété au travail ($p=0,0130$) et sont plus convaincus de l'efficacité des

sensibilisations collectives ($p=0,0241$). Les répondants formés ont cependant plus de difficultés à aborder le sujet que les non formés ($p=0,0240$).

Les personnes non formées déclarent davantage avoir besoin de formation ($p=0,0002$).

2.2.7. Projet de service :

Le **tableau 1** montre qu'environ la moitié (49,6%) des médecins et infirmières appartiennent à un service dans lequel il existe un projet de service sur le thème des conduites addictives. Les préventeurs répondants appartiennent majoritairement à des services qui n'ont pas de projet de service sur ce thème (59,4%).

Nous avons comparé les médecins et infirmières appartenant à un service où il existe un projet de service sur le thème des conduites addictives à ceux appartenant à un service où il n'en existe pas. Les résultats significatifs sont présentés dans le **tableau 12 en annexe 8**.

L'existence d'un projet de service sur le thème des conduites addictives est plus fréquent en Languedoc-Roussillon ($p=0,0009$) et dans les services autonomes et interentreprises ($p=0,0002$). Il est presque inexistant en fonction publique/MSA ($p=0,0002$). Dans les services qui ont un projet de service, les médecins et infirmières sont plus enclins à être « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec l'item « prévention des répercussions des conduites addictives sur le travail » ($p=0,0369$). Ils abordent également plus souvent le sujet du cannabis ($p=0,0294$), utilisent plus d'autoquestionnaires ($p<0,0001$), font plus de statistiques ($p=0,0154$). Ils connaissent plus fréquemment l'existence du RPIB ($p<0,0001$) et l'utilisent plus ($p=0,0412$). Ils recherchent davantage une composante professionnelle en cas de conduites addictives ($p=0,0197$). Ils participent davantage aux actions collectives de prévention ($p=0,0146$) et les trouvent plus efficaces ($p=0,0303$). Dans ces actions collectives, les thèmes de la santé ($p=0,0052$), de l'état d'ébriété au travail ($p=0,0331$) et du rôle du travail dans l'apparition des conduites addictives ($p=0,0217$) sont davantage abordés. Enfin, les infirmières trouvent leur protocole plus utile ($p=0,0409$).

2.2.8. Existence d'un groupe de travail :

Comme le montre le **tableau 1**, environ la moitié des médecins et infirmières répondants appartiennent à un service dans lequel il existe un groupe de travail sur le thème des conduites addictives (52,8% de « oui »). Le constat est similaire pour les préventeurs (51,6% de « oui »).

Tableau 13 : Détail des participants au groupe de travail

Médecin du travail	Infirmier(e) en santé au travail	IPRP/ préventeur	Psychologue du travail	Assistant(e) sociale	Assistant(e) santé au travail	Membre du CHSCT	Direction du SST/de l'entreprise/ de la collectivité	Partenaires extérieurs (type ANPAA, etc.)	Autre
156 (95,1)	150 (91,5)	83 (50,6)	40 (24,4)	25 (15,2)	35 (21,3)	5 (3,0)	6 (3,7)	31 (18,9)	6 (3,7)

Le **tableau 13** montre la répartition des participants au groupe de travail : le médecin du travail (95,1%) et l'infirmière en santé au travail (91,5%) en font

quasi systématiquement partie. Viennent ensuite les préventeurs dans la moitié des cas (50,6%), les psychologues du travail (24,4%) et les assistantes en santé au travail (21,3%).

Nous avons comparé les réponses aux principales variables des médecins et infirmières faisant partie d'un service où il existe un groupe de travail sur le thème des conduites addictives aux réponses de ceux faisant partie d'un service où il n'existe pas de groupe de travail. Les résultats significatifs sont présentés dans le **tableau 14 en annexe 8**.

L'existence d'un groupe de travail sur le thème des conduites addictives est plus fréquent en Languedoc-Roussillon ($p=0,0032$), dans les services autonomes et interentreprises ($p<0,0001$) et lors de l'existence d'un projet de service sur ce thème ($p<0,0001$). Ils sont presque inexistantes en fonction publique/MSA. Dans les services qui ont un groupe de travail, les médecins et infirmières sont plus enclins à être « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec l'item « prévention des répercussions des conduites addictives sur le travail » ($p=0,0257$). Ils utilisent plus d'autoquestionnaires ($p<0,0001$), connaissent plus fréquemment l'existence du RPIB ($p<0,0001$) et l'utilisent plus ($p=0,0072$).

Ils abordent plus souvent le sujet des conduites addictives lors de la réalisation de la fiche d'entreprise ($p=0,0037$) et trouvent les sensibilisations collectives plus efficaces ($p=0,0291$).

2.2.9. Appartenance à un groupe de travail :

Parmi les médecins et infirmières ayant un groupe de travail dans leur service, 30,5% en font partie. Parmi les préventeurs, seuls 15,2% en font partie.

Nous avons comparé les réponses des médecins et infirmières faisant partie d'un groupe de travail sur le thème des conduites addictives aux réponses de ceux qui n'en font pas partie. Les résultats significatifs sont présentés dans le **tableau 15 en annexe 8**.

L'appartenance à un groupe de travail sur le thème des conduites addictives est plus fréquent en Languedoc-Roussillon ($p=0,0509$) et dans les services ayant un projet de service ($p<0,0001$). Les médecins et infirmières qui appartiennent à un groupe de travail sont plus formés ($p=0,0001$). Ils sont plus enclins à aborder le sujet de l'alcool ($p=0,0537$), du cannabis ($p=0,0093$) et des médicaments psychotropes ($p=0,0122$). Ils utilisent plus fréquemment des autoquestionnaires ($p=0,0002$) et le RPIB ($p=0,0150$), et font plus de statistiques ($p=0,0068$). Ils participent également plus souvent aux actions collectives ($p=0,0004$) et y abordent plus fréquemment les sujets suivants : comment aider un collègue ($p=0,0210$), le risque routier ($p=0,0217$) et le rôle du travail dans l'apparition des conduites addictives ($p=0,0158$). Enfin, ils ont une meilleure visibilité du réseau ($p=0,0133$).

2.3. Influence du type de prévention :

Ce chapitre repose sur la question n°10 : « Qu'entendez-vous par « prévention des conduites addictives » ? ». Comme le montre le **Tableau 1**,

pour les quatre propositions, la majorité des réponses se répartissent entre « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord ».

2.3.1. Prévention des répercussions :

D'après le **Tableau 1**, la proposition « Prévenir les répercussions des conduites addictives sur le travail » est celle qui reçoit le plus de « tout à fait d'accord » (68,3%).

Nous avons comparé les répondants médecins et infirmières étant « tout à fait d'accord » avec cette proposition à ceux ayant choisi une autre réponse sur l'échelle de Likert. Les résultats significatifs sont exposés dans le **tableau 16 en annexe 8**.

Ceux ayant répondu « tout à fait d'accord » à cette proposition sont significativement plus « tout à fait d'accord » avec toutes les autres propositions (respectivement $p < 0,0001$, $p = 0,0073$, $p = 0,0322$). Il s'agit significativement plus d'infirmières que de médecins ($p = 0,0185$). Ces répondants remplissent le dossier médical de façon plus systématique que les autres ($p = 0,0220$), cependant ils font moins de statistiques ($p = 0,0428$). Concernant la prévention collective, ils participent significativement moins aux actions collectives que les autres ($p = 0,0090$). Enfin ils déclarent avoir davantage besoin de formation que les autres ($p = 0,0067$).

2.3.2. Postes de sécurité :

Comme le montre le **Tableau 1**, la proposition « Je raisonne en termes de poste de sécurité : prévention des consommations sur les postes à risque » reçoit 50,4% de « tout à fait d'accord », 34,9% de « plutôt d'accord ». À noter, 12,2% de « plutôt en désaccord ».

Nous avons comparé les répondants médecins et infirmières étant « tout à fait d'accord » avec cette proposition à ceux ayant choisi une autre réponse sur l'échelle de Likert. Les résultats significatifs sont exposés dans le **tableau 17 en annexe 8**.

La seule différence significative retrouvée est que les répondants ayant répondu « tout à fait d'accord » à cette proposition sont plus souvent « tout à fait d'accord » avec la proposition « Prévenir les répercussions des conduites addictives sur le travail » ($p > 0,0001$). Nous n'avons pas trouvé de différences significatives de pratiques, individuelles ou collectives, entre les deux groupes.

2.3.3. Conditions de travail :

Le **Tableau 1** montre que la proposition « Veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer, soit accentuer des conduites addictives » reçoit 56,8% de « tout à fait d'accord » et 36,6% de « plutôt d'accord ».

Nous avons comparé les répondants médecins et infirmières étant « tout à fait d'accord » avec cette proposition à ceux ayant choisi une autre réponse. Les résultats significatifs sont exposés dans le **tableau 18 en annexe 8**.

Ceux ayant répondu « tout à fait d'accord » à cette proposition sont significativement plus nombreux en Midi-Pyrénées ($p = 0,0262$). Ils sont

également significativement plus formés que les autres ($p=0,0420$). Ils sont plus « tout à fait d'accord » avec les propositions « Prévenir les répercussions des conduites addictives sur le travail » ($p=0,0011$) et « Travailler sur l'aspect culturel de la consommation dans certains secteurs d'activités » ($p<0,0001$). Ils abordent plus systématiquement la consommation d'alcool que les autres ($p=0,0368$), recherchent plus souvent l'existence d'une composante professionnelle ($p=0,0001$), et ont un meilleur lien avec le médecin généraliste ($p=0,0199$). Enfin, ils abordent davantage le sujet lors de la réalisation de la fiche d'entreprise ($p=0,0049$).

2.3.4. Aspect culturel :

Enfin, la proposition « Travailler sur l'aspect culturel de la consommation dans certains secteurs d'activités » reçoit 36,3% de « tout à fait d'accord », 47,1% de « plutôt d'accord » et 13,3% de « plutôt en désaccord ».

Nous avons comparé les répondants médecins et infirmières étant « tout à fait d'accord » avec cette proposition à ceux ayant choisi une autre réponse. Les résultats significatifs sont exposés dans le **tableau 19 en annexe 8**.

Les répondants « tout à fait d'accord » sont significativement plus nombreux en Midi-Pyrénées ($p=0,0173$) et mieux formés ($p=0,0524$). Ils sont significativement plus « tout à fait d'accord » avec la proposition « Veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer, soit accentuer des conduites addictives » ($p<0,0001$). Enfin, ils abordent significativement plus la question des conduites addictives sans substances lors de l'interrogatoire. ($p=0,0190$).

2.4. La prévention individuelle :

2.4.1. L'abord du sujet en consultation :

2.4.1.1. Quels produits ?

Le **tableau 20** résume la fréquence d'abord du sujet en consultation par les médecins et infirmières en fonction du produit :

- Le tabac est quasi systématiquement abordé en consultation (92,7%).
 - L'alcool est abordé de façon systématique par 63,3% des répondants.
- La plupart de ceux qui ne l'abordent pas systématiquement l'abordent sur certains postes (22,0%) ou en fonction des caractéristiques de l'individu (8,6%)
- Les médicaments psychotropes sont abordés systématiquement par la majorité des répondants (62,4%). Ceux qui ne l'abordent pas de façon systématique l'abordent sur certains postes seulement (16,7%), au feeling (9%) ou selon les caractéristiques de l'individu (8,6%).
 - Concernant le cannabis, moins de la moitié des répondants l'évoquent de manière systématique (41,5%). Le reste des répondants l'évoquent sur certains postes (26,8%), selon les caractéristiques de l'individu (15%) ou au feeling (11,8%).
 - Les autres drogues illicites sont peu évoquées de manière systématique (28,9%). Certains l'évoquent sur certains postes (23,1%), d'autres au feeling (20,7%), ou selon les caractéristiques de l'individu (13,6%). 9,9% des répondants ne l'évoquent jamais.

- Enfin, les conduites addictives sans substances sont rarement évoquées de façon systématique (12,2%). La plupart des répondants l'évoquent au feeling (29%) ou jamais (29%).

Tableau 20 : Fréquence d'abord du sujet en fonction du produit

Produit	De façon systématique	Sur certains postes uniquement	Seulement si l'employeur l'envoie pour ça	Selon l'âge/ le profil/ l'apparence physique	Au feeling	Jamais
Tabac	227 (92.7%)	2 (0.8%)	1 (0.4 %)	6 (2.4 %)	7 (2.9%)	2 (0.8%)
Alcool	155 (63.3%)	54 (22.0%)	4 (1.6 %)	21 (8.6%)	10 (4.1%)	1 (0.4%)
Cannabis	102 (41.5%)	66 (26.8%)	9 (3.7%)	37 (15.0%)	29 (11.8%)	3 (1.2%)
Autres drogues illicites	70 (28.9%)	56 (23.1%)	9 (3.7%)	33 (13.6%)	50 (20.7%)	24 (9.9%)
Médicaments psychotropes	153 (62.4%)	41 (16.7%)	1 (0.4%)	21 (8.6%)	22 (9.0%)	7 (2.9%)
Addiction sans substances	29 (12.2%)	28 (11.8%)	8 (3.4%)	35 (14,7%)	69 (29,0%)	69 (29,0%)

2.4.1.2. Difficultés d'abord :

D'après le **Tableau 1**, 74,7% des répondants déclarent ne pas avoir de difficultés à aborder le sujet des conduites addictives (tous produits confondus). Seuls 25,3% évoquent des difficultés.

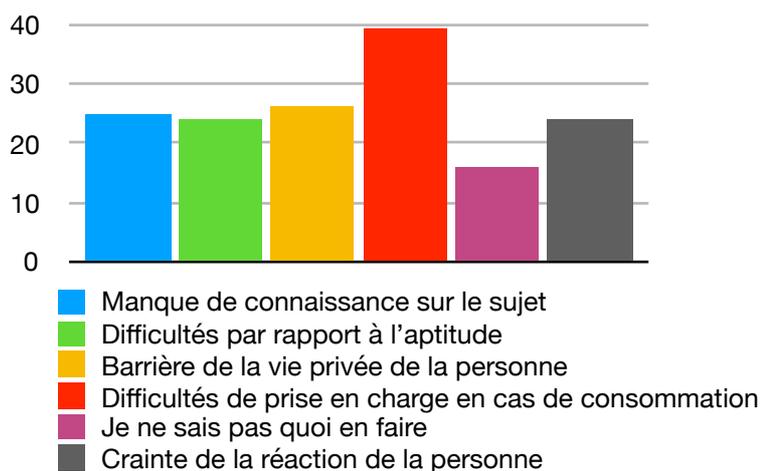
Nous avons comparé les réponses des répondants ayant des difficultés à aborder les sujets aux réponses de ceux qui n'en ont pas. Les résultats significatifs sont exposés dans le **tableau 21 en annexe 8**.

Les répondants qui ont des difficultés à aborder le sujet sont plus jeunes ($p=0,0020$) et moins formés ($p=0,0240$). Ils abordent moins souvent le sujet de l'alcool ($p=0,0041$), du cannabis ($p=0,0013$), des autres drogues ($p=0,0229$) et des conduites addictives sans substances ($0,0132$). Ils ont également plus de difficulté avec l'aptitude ($p=0,0156$). Concernant la prévention collective, ils abordent moins le sujet lors de la fiche d'entreprise ($p=0,0356$) et estiment plus souvent avoir besoin de formation ($p=0,0378$).

Le graphique 1 résume les raisons évoquées par les répondants ayant des difficultés à aborder le sujet tous produits confondus :

Ce qui ressort essentiellement est la difficulté de prise en charge en cas de consommation (64,5%). Viennent ensuite la barrière de la vie privée de la personne (41,9%), le manque de connaissance (40,3%), les difficultés par rapport à l'aptitude et la crainte de la réaction de la personne (38,7%)

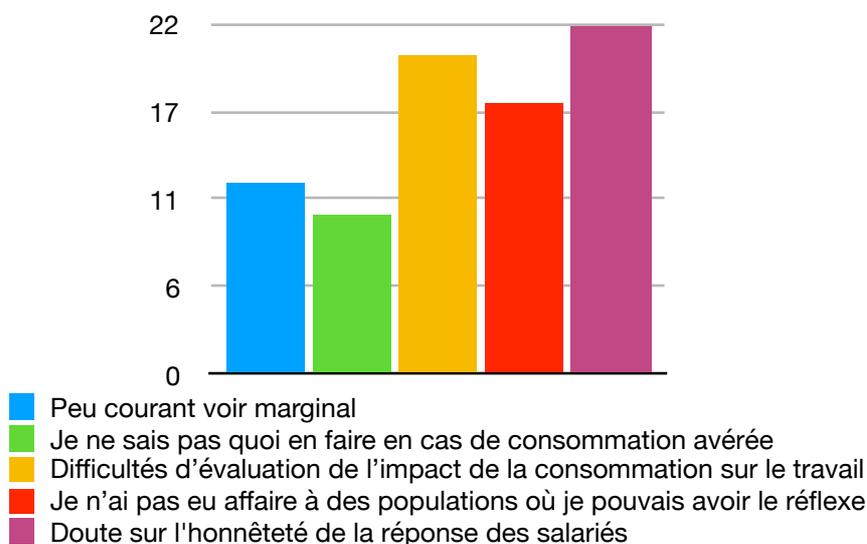
Graphique 1 : Raisons des difficultés à aborder le sujet (n=62)



2.4.1.3. Utilité du questionnement des drogues illicites :

D'après le **Tableau 1**, la grande majorité des répondants (87,3%) pensent qu'il est utile d'interroger les salariés sur leur consommation de drogues illicites (hors cannabis).

Graphique 2 : Raisons pour lesquelles le questionnement sur les drogues illicites paraît inutile (n=40)



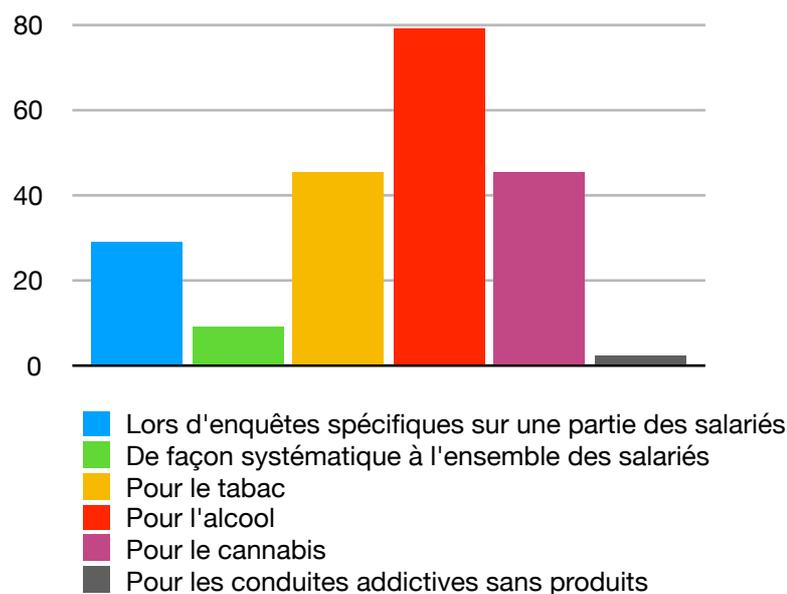
Le **graphique 2** représente les raisons invoquées par les 40 répondants qui ne pensent pas que cela soit utile : Les trois raisons les plus fréquemment évoquées sont : le doute sur l'honnêteté de la réponse des salariés (55%), la difficulté d'évaluation de l'impact de la consommation sur le travail (50%) et le type de population suivi (42,5%).

2.4.1.4. Utilisation d'autoquestionnaires :

D'après le **Tableau 1**, moins de la moitié des répondants déclarent utiliser des autoquestionnaires (45,9%).

Comme le montre le **graphique 3**, les autoquestionnaires sont utilisés essentiellement pour l'alcool (70,5%). Ils sont très rarement utilisés de façon systématique (8,0%).

Graphique 3 : circonstances d'utilisation des auto-questionnaires (n=112)



2.4.1.5. Le repérage précoce / intervention brève (RPIB) :

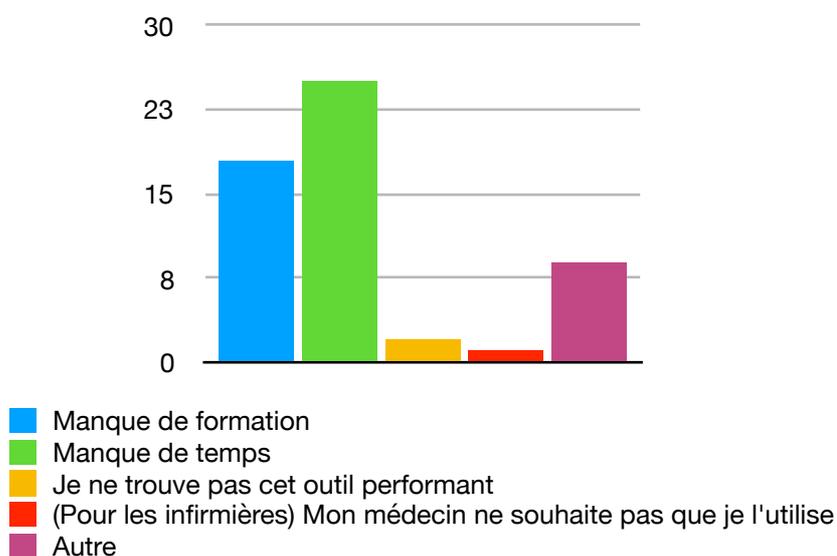
Connaissance :

D'après le **Tableau 1**, 64,3% des répondants déclarent connaître l'existence du RPIB et 35,7% ne le connaissent pas.

Utilisation :

Parmi ceux qui connaissent le RPIB, seuls 12,1% l'utilisent de façon systématique. Environ la moitié l'utilise uniquement en cas de consommation estimée problématique (49,0%). Enfin, 28,7% ne l'utilisent jamais.

Graphique 4 : Causes de la non-utilisation du RPIB (n=45)



Le **graphique 4** décrit les raisons évoquées par ceux qui connaissent le RPIB, mais ne l'utilisent jamais : les raisons principales sont le manque de temps (55,5%) et le manque de formation (40%).

2.4.2. La prise en charge :

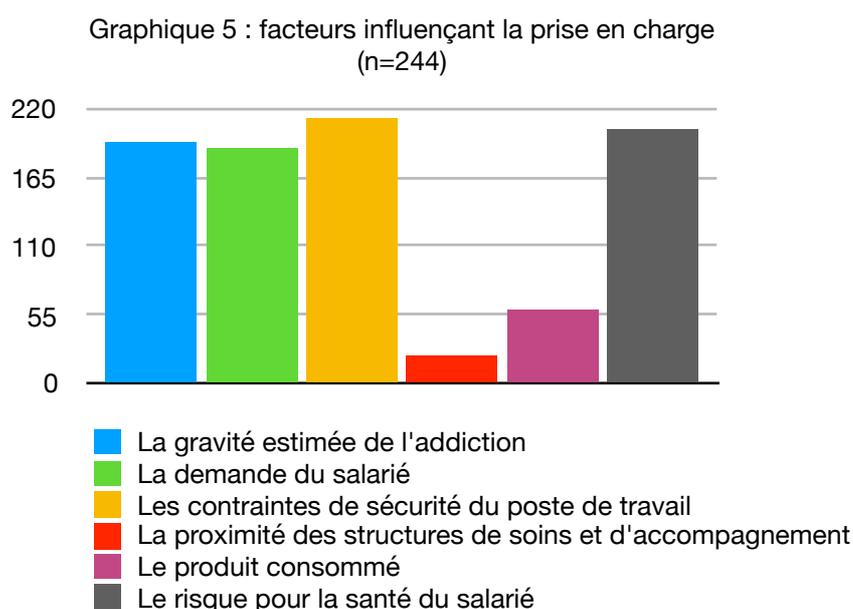
2.4.2.1. La recherche d'une composante professionnelle :

Comme le montre le **tableau 1**, en cas de conduite addictive d'un salarié, 143 répondants (soit 58,6%) affirment toujours rechercher une composante professionnelle. 38,1% n'en recherchent que parfois. 3,2% disent ne jamais en rechercher.

Nous avons comparé les réponses des répondants recherchant systématiquement une composante professionnelle aux réponses de ceux qui n'en recherchent pas systématiquement. Les résultats significatifs sont exposés dans le **tableau 22 en annexe 8**.

Lorsqu'un salarié présente une conduite addictive, les répondants qui recherchent systématiquement une composante professionnelle sont plutôt de sexe masculin ($p=0,0415$), médecins ($p=0,0150$), mieux formés ($p=0,0521$), et appartiennent plus souvent à un service qui a un projet sur ce thème ($p=0,0135$). Ils sont plus souvent « tout à fait d'accord » avec l'item « Veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer, soit accentuer des conduites addictives » ($p=0,0003$). Ils ont un meilleur lien avec le médecin traitant ($p=0,0193$). Ils estiment davantage que les sensibilisations collectives sont un bon moyen de prévention ($p=0,0093$). Enfin, lors de ces sensibilisations collectives, ils abordent plus souvent les thèmes de l'état d'ébriété au travail ($p=0,0115$) et du rôle du travail dans l'apparition de conduites addictives ($p=0,0024$).

2.4.2.2. Facteurs influençant la prise en charge :



Le **graphique 5** représente les facteurs influençant la prise en charge des salariés présentant une conduite addictive :

Les contraintes de sécurité du poste de travail sont majoritairement évoquées (212 répondants soit 86,9%). Vient ensuite le risque pour la santé du salarié pour 204 répondants (soit 83,6%), la gravité estimée de l'addiction pour 193 répondants (80,4%) et la demande du salarié pour 188 répondants (soit 78,3%).

Le type de produit consommé influence la prise en charge pour seulement 23,7% des répondants. La proximité des structures de soins et d'accompagnement influence peu la prise en charge (9,2%).

2.4.2.3. Le protocole (pour les infirmières) :

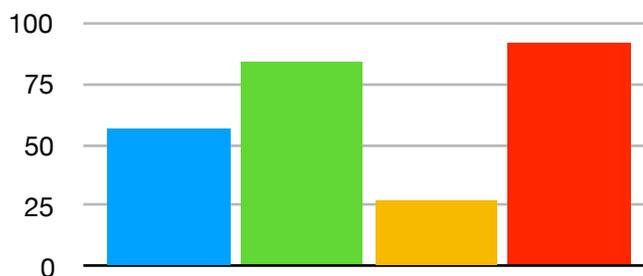
Comme le montre le **tableau 1**, seul 25 des infirmières (soit 22,9%) trouvent leur protocole utile pour la prévention des conduites addictives. 41,3% ne le trouvent pas aidant et 35,8% ne se prononcent pas.

2.4.2.4. L'aptitude (pour les médecins) :

8 médecins (soit 6,0%) déclarent « toujours » rencontrer des difficultés pour l'aptitude des salariés présentant une conduite addictive. 48 (soit 36,1%) en rencontrent « souvent », 73 (soit 54,9%) « parfois » et seulement 4 (soit 3,0%) n'en rencontrent « jamais ».

Le **graphique 6** résume les causes des difficultés avec l'aptitude (N=125) :

Graphique 6 : Causes difficulté aptitude
(n=125)



- Crainte des retombées médico légales en cas d'aptitude chez un salarié consommateur
- Inquiétude sur les conséquences sociales pour le salarié
- Peur de stigmatiser le salarié
- Balance risque social pour le salarié versus risque sécuritaire pour l'entreprise

La raison principale est la balance risque social pour le salarié versus risque sécuritaire pour l'entreprise avec 92 réponses soit 73,6% des répondants. Vient ensuite l'inquiétude sur les conséquences sociales de l'inaptitude pour le salarié avec 84 réponses soit 67,2% des répondants.

La crainte des retombées médico-légales en cas d'aptitude chez un salarié consommateur est également importante et représente 57 réponses soit 45,6% des répondants. Enfin la peur de stigmatiser le salarié est plutôt faible avec 27 réponses soit 21,6% des répondants.

Nous avons comparé les répondants ayant « toujours » ou « souvent » des difficultés avec l'aptitude et ceux qui en ont « parfois » ou « jamais ». Les résultats significatifs sont exposés dans le **tableau 23 en annexe 8**.

Les médecins ayant « toujours » ou « souvent » des difficultés avec l'aptitude ont plus souvent des difficultés d'abord du sujet ($p=0,0205$). Ils utilisent plus souvent le RPIB (0,0496). Ils ont une moins bonne visibilité du réseau ($p=0,0391$) et sont moins convaincus de l'efficacité des sensibilisations collectives ($p=0,0117$). Enfin, ils estiment davantage avoir besoin de formation ($p=0,0524$).

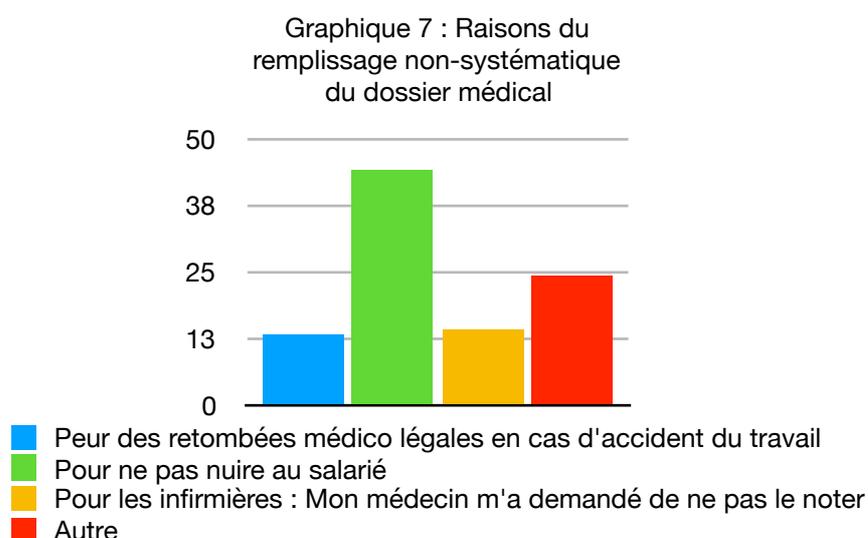
2.4.3. Utilisation des données :

2.4.3.1. Le dossier médical :

D'après le **tableau 1**, deux tiers des répondants (66%) notent systématiquement les consommations des salariés dans le dossier médical. 34% des répondants ne le notent pas de façon systématique.

Nous avons comparé les réponses des répondants notant de façon systématique les consommations dans le dossier médical aux réponses de ceux qui ne les notent pas de façon systématique. Les résultats significatifs sont exposés dans le **tableau 24 en annexe 8**.

Les répondants qui notent systématiquement les consommations des salariés dans le dossier médical sont plus « tout à fait d'accord » avec l'item « Prévenir les répercussions des conduites addictives sur le travail » que les autres ($p=0,0220$). Ils abordent également plus systématiquement le sujet de l'alcool ($p=0,0157$), du cannabis ($p=0,0266$) et des drogues illicites ($p=0,0314$) que les autres et utilisent plus fréquemment des autoquestionnaires ($p=0,0007$). Ils ont tendance à suivre plus souvent les campagnes nationales dans leur action de prévention collective ($p=0,0264$). Les thèmes de la santé ($p=0,0300$) et de la réduction des risques ($p=0,0575$) sont plus souvent abordés. Ils évaluent également plus souvent leurs actions collectives ($p=0,0390$).



Le **graphique 7** représente les raisons évoquées par les 84 répondants qui ne notent pas systématiquement les consommations dans le dossier médical :

La principale raison est d'éviter de nuire au salarié (44 répondants 52,4%). 15,5% évoquent la peur des retombées médico-légales en cas d'accident du travail.

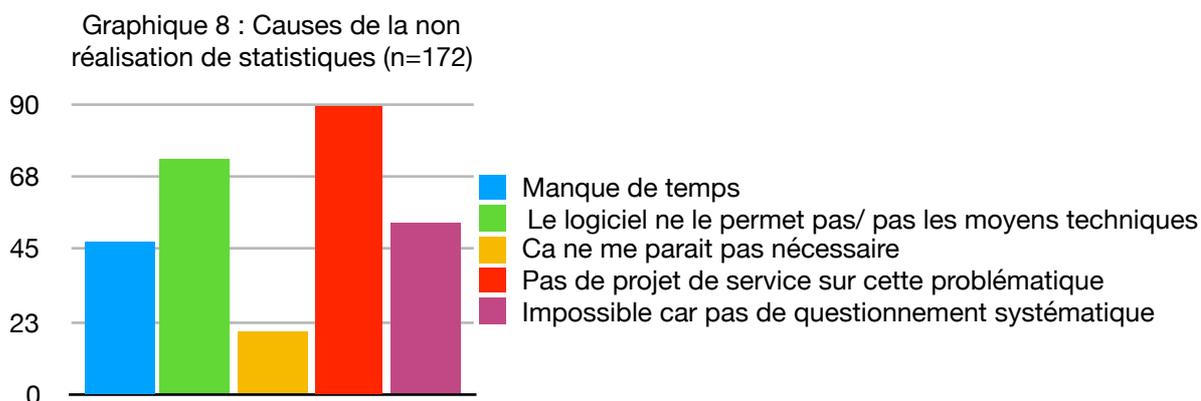
Parmi les réponses « autre » les plus fréquemment citées :

Pas noté quand la consommation est basse (5)
C'est le médecin qui choisit de le noter ou non (3)
Seulement si le salarié ne souhaite pas que cela soit mentionné (3)
 Crainte de l'utilisation des autres lecteurs du dossier (3) « crainte que d'autres collègues ne mettent inaptés certains salariés »
Utilisation d'un codage spécial (2)

2.4.3.2. Les statistiques :

D'après le **tableau 1**, la majorité (172) des médecins et infirmières n'ont jamais fait de statistiques collectives sur la consommation de leurs salariés. 66 en font parfois, dans le cadre d'une étude particulière sur une certaine population. Seuls 6 répondants en font de façon systématique.

Le **graphique 8** montre les raisons évoquées par les 172 répondants qui n'en font jamais :



La raison principale est l'absence de projet de service sur cette problématique avec 90 répondants soit 52,3%. La seconde est le manque de moyen technique avec 73 répondants soit 42,4%.

2.4.4. Le réseau :

2.4.4.1. Lien avec le médecin généraliste :

Comme le montre le **tableau 1**, 198 répondants estiment que leur lien avec le médecin traitant est insuffisant (81,1%).

2.4.4.2. Connaissance du réseau :

La moitié des répondants (52,9%) n'ont pas assez de visibilité sur le réseau de prise en charge des conduites addictives.

Tableau 25 : Comparaison de la visibilité du réseau entre les Hautes Pyrénées et le reste de Midi-Pyrénées.

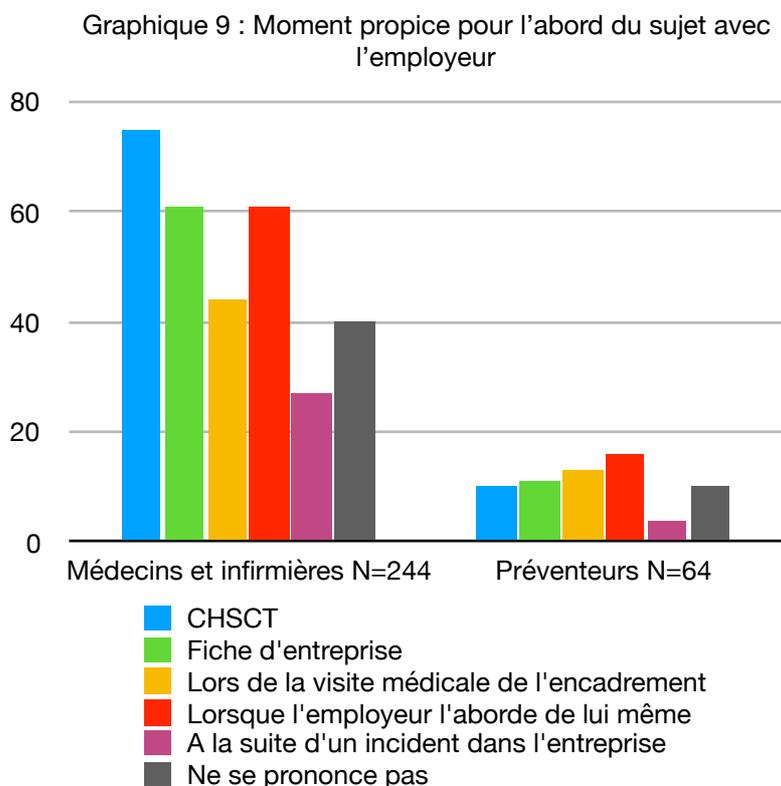
Département	Hautes-Pyrénées (n=14)	Reste de Midi-Pyrénées (n=125)	p=0,0096# (test exact de Fisher)
Bonne visibilité réseau			
Oui	11	51	
Non	3	74	

Dans le **Tableau 25**, nous avons voulu comparer la visibilité du réseau dans le département des Hautes-Pyrénées où existe un groupe régional de prévention des addictions (le GAPRAT 65) au reste du département Midi-Pyrénées. La visibilité du réseau est significativement meilleure dans les Hautes-Pyrénées que dans le reste de Midi-Pyrénées. (p=0,0096).

2.5. La prévention collective :

2.5.1. Abord du sujet avec l'employeur :

2.5.1.1. Moment propice :



D'après le **graphique 9**, selon les médecins et infirmières, le moment le plus propice pour aborder le sujet des conduites addictives avec l'employeur est lors d'un CHSCT (75 répondants soit 30,7%), viennent ensuite la fiche d'entreprise et « lorsque l'employeur l'aborde de lui-même » avec chacun 61 répondants (soit 25,0%). Un certain nombre de répondants profitent de la visite

médicale de l'encadrement pour aborder le sujet (44 répondants soit 18,0%). Enfin 27 répondants (soit 11,1%) pensent que le meilleur moment pour aborder le sujet est un incident dans l'entreprise.

Pour les préventeurs, le moment le plus propice pour aborder le sujet avec l'employeur est lorsque celui-ci l'aborde de lui-même (16 répondants soit 25,0%). Vient ensuite la visite médicale de l'encadrement (20,3%), la fiche d'entreprise (11 répondants soit 17,2%) et le CHSCT (15,6%).

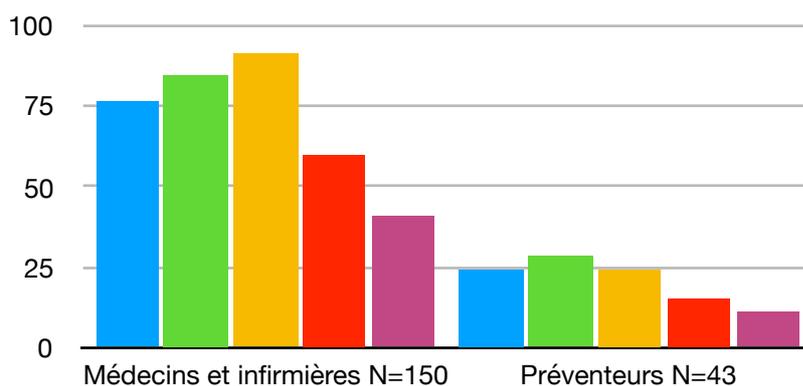
2.5.1.2. La fiche d'entreprise :

Le trame de votre fiche d'entreprise contient-elle le risque "conduites addictives" ?	Nombre de réponses (médecins et infirmières)	Nombre de réponses (préventeurs)
Je n'ai pas de trame	10	5
Oui, pour tous les corps de métier	47	10
Oui, pour certains corps de métier	20	2
Non	124	43

61,7% des médecins et infirmières et 71,7% des préventeurs indiquent que le risque « conduites addictives » ne figurent pas dans la trame de la fiche d'entreprise.

Comme le montre le **Tableau 1**, 150 des médecins et infirmières (soit 74,6%) et 43 des préventeurs (soit 70,5%) abordent parfois le sujet avec l'employeur lors de la réalisation de la fiche d'entreprise. Ces chiffres ne tiennent compte que des répondants ayant déjà réalisé une fiche d'entreprise au cours de leur carrière, les autres n'étant pas inclus dans la question.

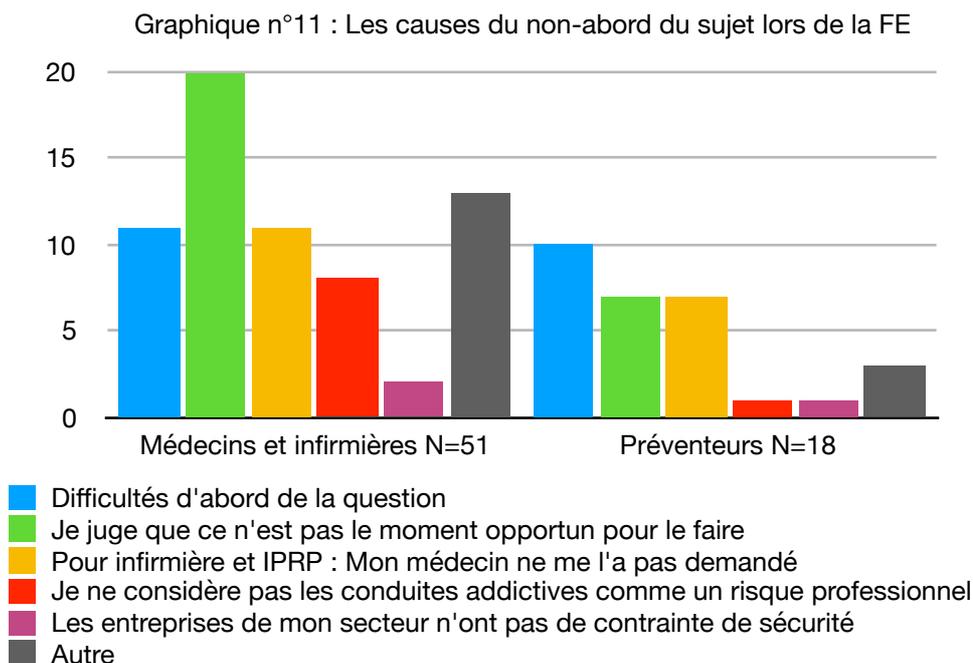
Graphique n°10 : Circonstances d'abord du sujet lors de la fiche d'entreprise (plusieurs réponses possibles)



- Si l'employeur l'aborde
- Si j'ai repéré des problèmes (ou si mon médecin à repéré des problèmes)
- Je l'intègre dans le risque routier
- Je l'intègre dans les RPS
- Je l'aborde systématiquement

D'après le **graphique 10**, lors de la réalisation de la fiche d'entreprise, la majorité des médecins et infirmières qui l'abordent l'intègrent dans le risque routier (91 répondants soit 60,7%). Une grande partie des répondants l'abordent s'ils ont repéré des problèmes en amont (56,7%) ou si l'employeur l'aborde de lui-même (50,7%). Seulement 60 répondants l'intègrent dans le RPS (soit 40,0%). Peu l'abordent de façon systématique (41 répondants soit 27,3%).

Concernant les préventeurs, ils l'abordent essentiellement si le médecin du travail a repéré des problèmes (28 répondants soit 65,1%), si l'employeur l'aborde (24 répondants soit 55,8%) ou en l'intégrant dans le risque routier (24 répondants soit 55,8%).



Comme le montre le **graphique n°11**, parmi les médecins et infirmières qui n'abordent pas le sujet lors de la fiche d'entreprise, la principale raison est qu'ils ne jugent pas ce moment opportun (20 répondants soit 39,2%). Les préventeurs citent plutôt la difficulté d'abord de la question (10 répondants soit 55,6%).

2.5.2. Action collective de prévention :

2.5.2.1. Avis des répondants sur l'efficacité :

D'après le **Tableau 1**, 208 médecins et infirmières (85,2%) trouvent les actions de prévention collectives efficaces. Du côté des préventeurs, 48 les trouvent efficaces (soit 75%).

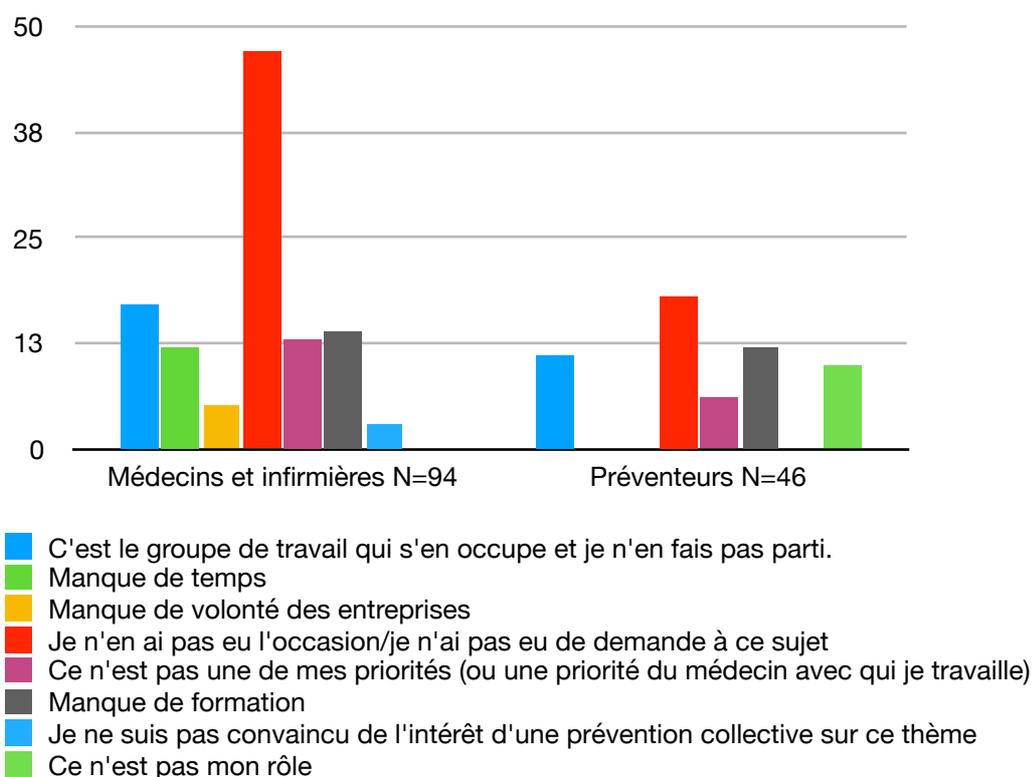
2.5.2.2. Participation :

Parmi les médecins et infirmières, 133 (soit 54,5%) déclarent avoir déjà participé à une action de prévention collective sur le thème des conduites addictives.

Parmi les préventeurs, seulement 7 (10,9%) ont déjà participé à une action.

Le **graphique n°12** présente les raisons évoquées par les répondants qui n'ont jamais fait d'actions collectives :

Graphique 12 : Raison principale évoquée par les répondants qui n'ont jamais participé à une action collective



La raison principale évoquée par les répondants, médecins et infirmières (50,0%) ou préventeurs (39,1%) est l'absence d'occasion ou de demande à ce sujet. 26,1% des préventeurs et 14,9% des médecins et infirmières évoquent un manque de formation.

Nous avons comparé les répondants ayant déjà participé à une action collective et ceux qui n'ont jamais participé à une de ces actions. Les résultats significatifs sont exposés dans le **tableau 26 en annexe 8**.

Les répondants qui ont déjà participé à une action collective sont plus âgés ($p=0,0068$), plutôt en service interentreprise ou autonome ($p=0,0044$), mieux formés ($p=0,0036$) et appartiennent plutôt à des services ayant un projet de service sur le sujet des conduites addictives ($p=0,0146$). Ils appartiennent plus souvent à un groupe de travail sur le sujet ($p=0,0013$).

Lors des entretiens individuels, ils interrogent davantage les salariés sur leur consommation de cannabis ($p=0,0030$), d'autres drogues illicites ($p=0,0357$), de médicaments ($p=0,0480$) et sur les addictions sans substances ($p=0,0110$). Ils font plus de statistiques ($p=0,0081$), ont une meilleure visibilité du réseau ($p=0,0164$), abordent plus souvent le sujet lors de la réalisation de la fiche d'entreprise ($p=0,0078$) et sont plus convaincus de l'efficacité des sensibilisations collectives ($p=0,0415$).

Étant donné la faible participation des préventeurs aux actions collectives (7 répondants), uniquement le groupe médecins et infirmières sera analysé lors des prochains chapitres concernant les détails de ces actions.

2.5.2.3. Contexte :

Dans le **tableau 1**, on observe que, le plus souvent, les actions collectives auxquelles participent les médecins et infirmières sont organisées à la demande de l'employeur (64,7%). Vient ensuite la prévention primaire (54,1%) puis le risque routier (33,8%), les actions suite au repérage de problèmes au cours des entretiens individuels (30,8%) et les campagnes nationales (17,3%).

Plus de la moitié des répondants (138 soit 56,6%) affirment que l'organisation de campagnes nationales les aide dans la prévention des conduites addictives.

2.5.2.4. Thème :

Les thèmes abordés lors des actions collectives sont les suivants (du plus fréquent au moins fréquent) :

- Le risque pour la santé (83,5%);
 - Le risque routier (75,9%);
 - Comment gérer un état d'ébriété au travail (73,7%);
 - Le risque d'accident du travail (70%);
 - Risque légal et comment aider un collègue (ex aequo 64,7%);
- Plus rare, le rôle du travail dans les conduites addictives est évoqué par 44,4% des répondants. Enfin, 31,6% des répondants abordent les conseils pour une consommation « responsable ».

2.5.2.5. Destinataires de l'action :

Graphique 13 :
Destinataires
actions
collectives
(n=134)

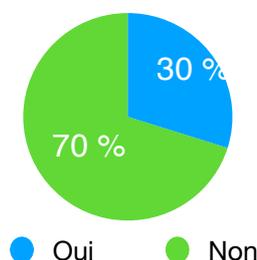


Comme le montre le **graphique 13**, la majorité des répondants (99 soit 74%) adressent leurs actions autant à l'encadrement qu'aux salariés. 16% les adressent uniquement aux salariés et 10% uniquement à l'encadrement.

D'après la question n°54, la quasi-totalité des répondants trouve qu'il est important de sensibiliser les employeurs (235 répondants soit 96,3%).

2.5.2.6. Évaluation des actions :

Graphique 14 :
Evaluation des
actions (n=134)



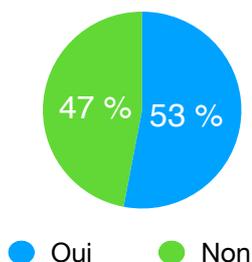
Le **graphique 14** montre que 40 (soit 30%) des répondants déclarent avoir évalué l'efficacité d'au moins une de leur action. 94 (soit 70%) n'ont jamais évalué l'efficacité de leurs actions.

D'après la **question n°48** (disponible en **annexe 7**), les raisons évoquées par les répondants qui n'évaluent jamais leurs actions sont les suivantes :

- 55 estiment manquer de moyens techniques (58,5%)
- 50 citent le manque d'indicateurs (53,2%)
- 47 manquent de temps (50%)
- Enfin, 8 déclarent avoir perdu l'entreprise de vue (8,5%).

2.5.2.7. Partenaires extérieurs :

Graphique 15 :
Appels à des
partenaires
extérieurs
(n=134)



D'après le **graphique 15**, 71 répondants (53%) ont déjà fait appel à des partenaires extérieurs pour leurs actions collectives. 63 n'en ont jamais sollicité.

D'après la **question n°50** (disponible en **annexe 7**), le partenaire le plus sollicité est sans conteste l'ANPAA avec 47 réponses soit 66,2% des répondants. Viennent ensuite les addictologues privés (22,5%), les forces de l'ordre (15,5%) et plus rarement les mutuelles (12,7%), la CARSAT (9,9%), les associations d'anciens consommateurs (9,9%) et la DIRECCTE (5,6%).

Parmi les réponses autres, 4 répondants citent le GAPRAT, 4 également citent des structures hospitalières.

D'après la **question n°51** (disponible en **annexe 7**), 71 répondants (soit 98,6%) ont trouvé le partenariat utile. Seul 1 répondant était insatisfait.

Enfin, concernant ceux qui ne font pas appel à des partenaires extérieurs, la **question n°52** (disponible en **annexe 7**), nous informe que les deux raisons principales sont le manque de visibilité des aides disponibles (23 répondants soit 36,5%), et la complexité/lenteur de la démarche (22 répondants soit 34,9%). 14 répondants n'ont pas trouvé cela nécessaire (22,2%) et 12 n'ont pas eu l'idée de le faire (19,0%).

2.6. Les réactions négatives :

D'après le **tableau 1**, une majorité de médecins et infirmières (156 répondants soit 63,4%) ont déjà été confrontés à une réaction négative suite à l'abord du sujet des conduites addictives.

D'après la **question n°56** (disponible en **annexe 7**), parmi les 156 répondants affirmant avoir été victimes d'une réaction négative, 54 en ont reçu plutôt de la part des salariés (32,1%), 35 de la part d'employeurs et de salariés (22,4%). Très peu en ont reçu de la part d'employeurs (5 soit 3,2%). Chez les préventeurs, la majorité n'a jamais été confrontée à des réactions négatives (44 répondants soit 68,7%).

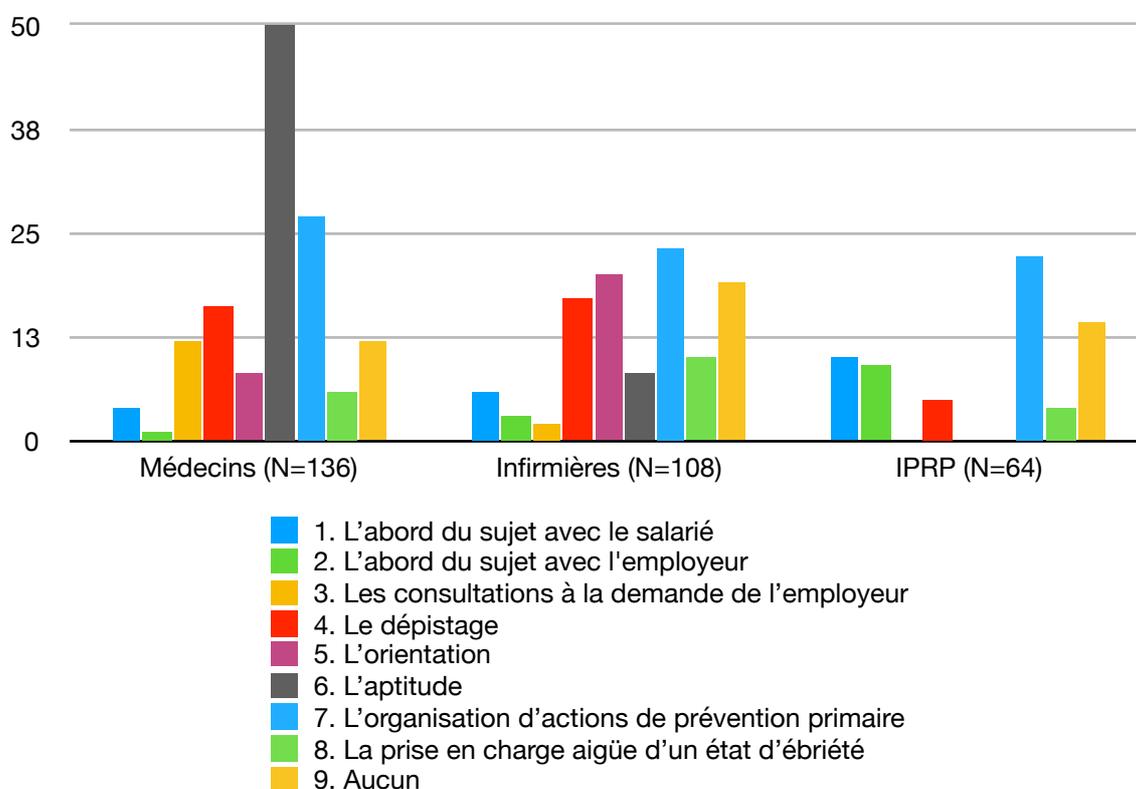
Nous avons comparé les réponses des médecins et infirmières ayant déjà été confrontés à des réactions négatives aux réponses de ceux qui n'y ont jamais été confrontés. Les résultats significatifs sont exposés dans le **tableau 27 en annexe 8**.

Les répondants confrontés à des réactions négatives sont plutôt des hommes ($p=0,0495$). Ils abordent plus souvent le sujet lors de la fiche d'entreprise ($p=0,0365$).

Le fait d'avoir été confronté à des réactions négatives n'influe pas sur l'abord du sujet en consultation ni sur le type de prévention ($p>0,05$).

2.7. Le frein principal :

Graphique 16 : Frein principal



Comme le montre le **graphique 16**, pour les médecins le frein principal est de loin l'aptitude (50 répondants soit 36,8%) suivie de l'organisation d'actions de prévention primaire (19,9%).

Pour les infirmières, les freins principaux sont l'organisation d'actions de prévention primaire (21,3%), l'orientation (18,5%) et le dépistage (15,7%). Pour les préventeurs, le frein principal est l'organisation d'actions de prévention primaire (34,4%).

2.8. Le besoin de formation :

D'après le **Tableau 1**, la majorité des médecins et infirmières déclarent avoir besoin de formation (167 répondants soit 68,4%). Les résultats sont quasiment similaires chez les préventeurs avec 46 répondants déclarant avoir besoin de formation (soit 71,9%).

On notera aussi que les répondants sont presque unanimes (96,4%) pour dire que la sensibilisation des employeurs est également importante pour la prévention des conduites addictives.

La **question n°59** (disponible en **annexe 7**) était une question ouverte et demandait aux répondants ce qu'ils attendaient d'une éventuelle formation. Voici les résultats principaux :

- Pour les médecins :

Mise à jour des connaissances	17
Réseau local (connaissance/lien/mise en place)	12
Convaincre sevrage/accompagnement/PEC	11
Outils de dépistage (interprétation, élaboration)	7
Formations drogues illicites	6
Aide aptitude poste à risque	6
Retours d'expérience	5
Comment aborder le sujet de façon pertinente	5
Aide action collective	5
Outils prévention individuelle et collective	4
Outil pour harmonisation des pratiques/statistiques	3
Médico-légal	3

- Pour les infirmières :

Améliorer connaissances	23
Réseau local (orientation, mise en place)	15
Communication/ être plus à l'aise/abord du sujet	13
Conduite à tenir/PEC	12
Repérage, dépistage	7
Action en milieu de travail (mise en place, support)	6
Outils	4
RPIB	3
Législation	3

- Pour les préventeurs :

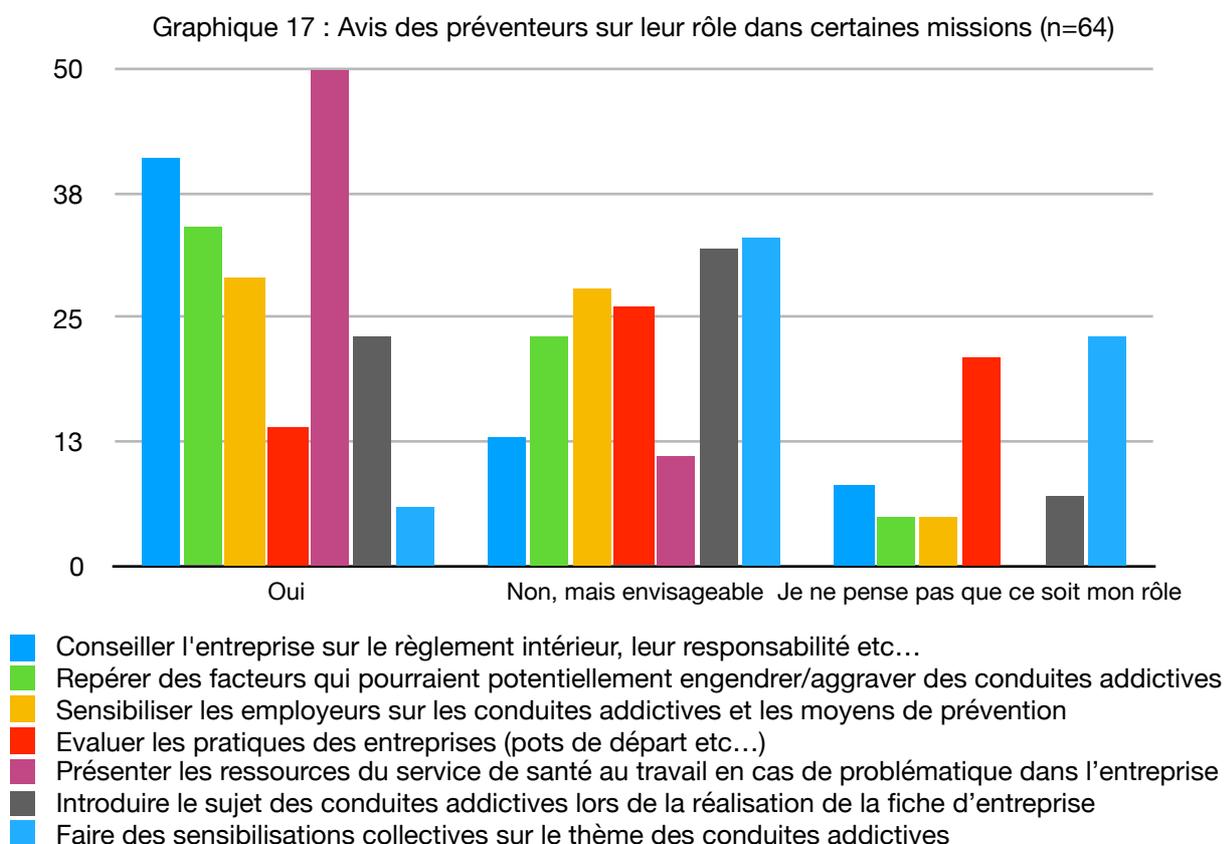
Connaissances de base	15
Aborder le sujet en entreprise	11

Moyen de prévention primaire/secondaire	6
Aide au repérage des situations à risque, des signes d'alertes	5
Législation	5
Réponses concrètes pour l'employeur	3

2.9. Implication des préventeurs :

D'après le **Tableau 1**, parmi les préventeurs, la grande majorité des répondants (84,4%) pense avoir un rôle à jouer dans la prévention des conduites addictives.

Le **graphique 17** résume l'implication des préventeurs dans un certain nombre d'actions :



- La majorité des préventeurs sont impliqués dans la présentation des ressources du service de santé au travail (50 répondants soit 82,0%). Les 11 répondants non impliqués sont prêts à envisager de le faire.

- Les préventeurs sont également en majorité impliqués dans le conseil de l'entreprise sur le règlement intérieur et leur responsabilité (41 répondants soit 66,1%). 13 (21,0%) sont prêts à l'envisager. 8 (12,9%) pensent que ce n'est pas leur rôle.

- 34 des préventeurs (54,8%) repèrent les facteurs qui pourraient potentiellement engendrer/aggraver des conduites addictives. 23 (37,1%) sont prêts à l'envisager. 5 (8,1%) pensent que ce n'est pas leur rôle.

- 29 préventeurs (46,8%) s'occupent de la sensibilisation des employeurs sur les conduites addictives et les moyens de prévention. 28 (45,1%) sont prêts à l'envisager. 5 (8,1%) pensent que ce n'est pas leur rôle.

- 23 préventeurs (37,1%) l'abordent lors de la réalisation de la fiche d'entreprise. Une majorité des préventeurs seraient prêts à l'envisager (32 soit 51,6%). 7 (11,2%) pensent que ce n'est pas leur rôle.

- Peu de préventeurs sont impliqués dans l'évaluation des pratiques des entreprises (14 répondants soit 23,0%). 26 (42,6%) sont prêts à l'envisager. 21 (34,4%) pensent que ce n'est pas leur rôle.

- Enfin, la participation a des actions collectives est rare (6 répondants soit 9,7%). 33 (53,2%) sont prêts à l'envisager. Mais 23 répondants (37,1%) pensent que ce n'est pas leur rôle.

DISCUSSION

1. Forces et faiblesse de l'étude :

1.1. Pré étude :

1.1.1. Forces :

L'originalité de l'étude repose sur la participation des infirmières en santé au travail mais également des intervenants en prévention des risques professionnels. A notre connaissance, aucune étude similaire n'a été menée en France.

Une des force de notre pré-étude était la diversité des répondants au niveau sociodémographiques (âge, département, type d'exercice, formation). Nous avons pu obtenir la saturation des données grâce à la taille de l'échantillon. L'âge des médecins est presque comparable à la population générale des services de santé au travail d'Occitanie : d'après les données de la DREES [27], l'âge moyen des médecins du travail en Occitanie est de 55,1ans en 2017 contre 52 ans dans notre pré étude.

1.1.2. Faiblesses :

L'entrevue implique une dynamique conversationnelle au cours de laquelle le chercheur et le répondant sont en interaction susceptible de générer trois biais : les biais liés au dispositif de l'enquête, les biais associés à leur situation sociale respective et les biais qui sont rattachés au contexte de l'enquête [26].

- Biais liés au dispositif de l'enquête :

Comme dans toute enquête par entretien, il existe un biais d'information. En effet, il n'y a aucun moyen pour vérifier que les enquêtés font ce qu'ils disent et il peut exister un biais de prévarication (omission d'informations voir mensonges) et un biais de mémorisation (oubli de l'information).

Dans notre enquête, il existe également un biais de recrutement : deux médecins et une infirmière ont refusé de participer à l'enquête soit par manque d'intérêt, soit par manque de temps. Deux répondants, un médecin et un préventeur étaient connus de l'enquêtrice avant les entretiens. Cela a pu influencer leurs réponses. Enfin, la répartition entre répondants de Midi-Pyrénées et de Languedoc Roussillon n'est pas équilibrée, en effet la plupart des répondants sont de la même région que l'enquêtrice donc Midi-Pyrénées.

Un autre biais lié au dispositif de l'enquête est qu'une partie des entretiens a été réalisée en face à face et l'autre partie par entretien téléphonique. Les entretiens téléphoniques étaient prévus à l'avance, sur des horaires qui arrangeaient les répondants. Cependant, la modification du cadre de la communication a pu modifier la relation entre l'enquêtrice et l'enquêté.

- Biais associés à la situation sociale respective :

La relation entre l'enquêtrice, interne en médecine du travail, et l'enquêté était probablement différente en fonction de la profession de celui-ci :

Les médecins, exerçant la même fonction, ont pu se sentir plus à l'aise voir prendre une position de formateur ou au contraire ressentir la peur d'être jugé sur leurs pratiques.

Les infirmières, souvent d'âge plus proche de l'enquêtrice, avaient probablement plus de facilité à se confier et à exprimer simplement leurs pensées.

Les préventeurs, plus éloignés du domaine médical, ont souvent exprimé de l'inquiétude lors de la proposition de participation à l'étude même si tous ont finalement accepté. La différence entre les deux métiers a pu provoquer plus de difficulté dans la communication.

- Biais liés au contexte de l'enquête :

Les entretiens avaient lieu sur le lieu de travail de l'enquêté, dans un bureau fermé, parfois entre deux consultations ou à la fin des consultations. Le manque de temps et les interruptions téléphoniques ont pu nuire à la qualité de l'entretien.

- Biais d'interprétation :

Les entretiens ont été analysés uniquement par l'enquêtrice. Une double analyse aurait été souhaitable pour renforcer la validité des résultats et limiter la subjectivité de l'interprétation.

1.2. Questionnaire :

1.2.1. Forces :

La force principale de notre questionnaire était qu'il a été précédé d'une enquête par entretiens. Cela nous a permis d'identifier les éléments pertinents à rechercher et de proposer des questions fermées. Les réponses étant plus guidées, cela limitait les erreurs de saisie et facilitait l'interprétation des résultats.

Nous avons obtenu un bon taux de réponses : 47% de répondants.

Concernant le recrutement, les médecins répondants semblaient comparables à la population générale des médecins du travail au niveau socio-démographique :

Sexe :

Selon la DREES ^[27], l'Occitanie comptait, en 2017, 306 femmes médecins du travail (70%) et 131 hommes (30%). Dans notre étude, 97 femmes (71%) et 40 hommes (29%) ont participé, ce qui est similaire aux chiffres de la région.

Âge :

La moyenne d'âge des répondants au questionnaire ne peut être calculée précisément, car les résultats sont sous forme de tranche d'âge. Cependant nous avons calculé la moyenne pondérée en prenant le milieu de chaque tranche d'âge (exemple : 34,5 pour la tranche 30-39ans etc...). Nous avons trouvé une moyenne d'âge de 55,3 ans, très proche de l'âge moyen des médecins du travail en Occitanie selon la DREES ^[27] qui était de 55,1 ans en 2017.

Région :

Concernant la répartition par région en 2017, il y'avait 238 médecins du travail en Midi-Pyrénées (54,5%) contre 199 en Languedoc Roussillon (45,5%) selon la DREES [27].

Dans le questionnaire, la répartition est quasiment similaire avec 80 médecins en Midi-Pyrénées (58,4%) contre 57 en Languedoc Roussillon (41,6%).

Type de service :

Concernant le type de service, la grande majorité des répondants médecins et infirmiers (76,8%) proviennent de service inter-entreprises, ce qui semble correspondre à la réalité du terrain, même si aucune données publiées là dessus n'a été trouvé.

Formation :

Enfin, concernant la formation, d'après les données de l'ANPAA, en Midi-Pyrénées 89 médecins ont reçu la formation ANPAA sur 3 jours. Selon la DREES [27], il y'a 238 médecins du travail sur la région, cela correspond donc à 37,4% de médecins formés par l'ANPAA en Midi-Pyrénées.

Parmi les médecins répondants au questionnaire, 43 sur 137 (31,4%) ont reçu la formation ANPAA sur 3 jours. La différence n'est pas significative ($p=0,2408$).

1.2.2. Faiblesses :

Biais de déclaration :

Comme dans toute étude par questionnaire, il peut y avoir un biais de déclaration malgré la garantie d'anonymat.

Biais de sélection :

Du fait de l'utilisation d'un questionnaire par internet, nous avons sélectionné des personnes ayant un point d'accès au réseau et confortables avec l'utilisation d'internet.

L'utilisation des listes de la DIRECCTE pour l'envoi du lien pour le questionnaire a entraîné un sous-recrutement des professionnels appartenants à la fonction publique et la MSA : la généralisation des résultats à cette population doit être prudente.

Les infirmières de service inter entreprise sont surreprésentées par rapport à la population générale. En effet, selon les données de la DIRECCTE, en 2016 le ratio médecin/infirmière dans un service inter entreprise était environ de 2,3/1. Dans notre questionnaire, il est de 1,1/1.

Les préventeurs proviennent exclusivement de services inter-entreprises (sauf 1). Les résultats de ce questionnaire ne sont donc pas généralisables aux préventeurs des autres types de service.

Malheureusement, nous manquons de données socio-démographiques concernant les infirmières en santé au travail et les préventeurs ce qui ne nous permet pas de comparer davantage la population du questionnaire à leur population générale. Il faudra donc être prudent quant à la généralisation des résultats pour ces 2 populations.

Biais de méthodologie :

Tout d'abord, un grand nombre de participants n'ont pas été jusqu'au bout du questionnaire (98 soit 24%). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce phénomène : questionnaire trop long, manque de temps des répondants, manque d'intérêt, mauvaise compréhension des questions...

Ensuite, deux questions ont été mal formulées :

- Le choix d'une échelle de Likert pour la question n°10 est discutable : en effet les résultats sont peu interprétables car les répondants sont majoritairement « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec toutes les propositions. D'ailleurs, les répondants ayant répondu « tout à fait d'accord » avec « Prévenir les répercussions des conduites addictives » sont significativement plus « tout à fait d'accord » avec toutes les autres propositions. Un classement aurait probablement été préférable. Cependant ce choix avait été réalisé en amont en ayant conscience du risque. En effet, nous craignons que le fait d'établir un classement leur demandant de prioriser certaines de leurs pratiques ne freine les répondants et cause l'abandon du questionnaire.

- La question n°47 sur l'évaluation des actions était probablement mal formulée. En effet, on observe une grande différence de réponses entre les entretiens et le questionnaire : les résultats obtenus dans le questionnaire (30%) semblent irréalistes. Notre hypothèse est que certains répondants ont probablement considéré la réalisation d'un questionnaire de satisfaction à la fin de l'action comme une évaluation de l'action.

Enfin, nous n'avons pas pris en compte la « spécialisation » des préventeurs (technicien, ergonomes, psychologue du travail...), ce qui peut potentiellement influencer leur pratique et donc entraîner un facteur de confusion.

2. Freins, leviers, pistes d'amélioration :

2.1. Résumé des freins :

Le tableau suivant résume les principaux freins retrouvés dans la pré-étude et dans le questionnaire. Nous détaillerons ensuite chacun de ces freins et discuterons des leviers trouvés et des pistes d'amélioration des pratiques.

Freins	
Liés aux professionnels de santé ou au service de santé au travail	- Manque de formation
	- Abord du sujet trop aléatoire
	- Rôle ambivalent de la médecine du travail
	- Manque de pluridisciplinarité
	- Manque de recueil de données, d'études
	- Liés au service de santé au travail
	- Liés au ressenti des acteurs de la prévention : frustration, fatalisme
Liés aux entreprises	- Manque d'implication des entreprises
	- Tabou sur le rôle de l'entreprise dans l'apparition de conduites addictives

2.2. Les freins liés aux professionnels de santé ou au service de santé au travail et les pistes d'amélioration :

2.2.1. Le manque de formation :

Nous avons fait l'hypothèse d'un manque de formation des acteurs de la santé au travail sur le sujet des conduites addictives. Effectivement, dans la pré-étude, le manque de formation est le 3e frein le plus évoqué, aussi bien par les médecins, les infirmières et les préventeurs.

Dans le questionnaire, parmi les médecins et infirmières, 66,3% des répondants ont reçu au moins une formation. 30,5% ont suivi la formation ANPAA sur 3 jours et 25,6% la formation RPIB. Environ un tiers n'a reçu aucune formation (33,7%). Parmi les préventeurs cependant, seulement 17,2% ont reçu une formation. Pour les médecins, ces chiffres sont meilleurs que ceux retrouvés dans l'enquête menée par l'INPES en 2009 [21] dans laquelle seulement un tiers des médecins se déclarait formé en addictologie.

Le manque de formation concerne :

- Les outils tels que le RPIB que de nombreux répondants ne connaissent pas (35,7%). Parmi ceux qui le connaissent, 40% ne l'utilisent pas par manque de formation.

- Certains produits tels que les drogues illicites avec lesquels certains répondants ne sont pas à l'aise « *je n'ai pas cette culture-là* » (...) « *c'est loin de moi et je n'y pense pas* » Médecin n°1.

- Mais également les actions collectives, car 26,1% des préventeurs et 14,9% des médecins et infirmières qui ne participent pas à des actions collectives évoquent comme raison principale le manque de formation.

La majorité des médecins et infirmières déclarent avoir besoin de formation (68,4%). Les résultats sont quasiment similaires chez les préventeurs (71,9%). Ce besoin de formation concerne davantage les personnes non formées ($p < 0,05$). Cependant, 65% des répondants ayant reçu une formation pense que celle-ci n'est pas suffisante.

Leviers et pistes d'amélioration :

La formation est le levier le plus fréquemment cité dans la pré-étude. Ceci est confirmé par le questionnaire : en effet, selon l'analyse statistique, les médecins et infirmiers formés (peu importe le type de formation) abordent plus systématiquement le sujet du tabac ($p < 0,05$), de l'alcool ($p < 0,05$) et des médicaments ($p < 0,05$), utilisent plus d'autoquestionnaires ($p < 0,05$), connaissent mieux le RPIB ($p < 0,0001$) et l'utilisent plus ($p < 0,05$). Ils ont également une meilleure connaissance du réseau de prise en charge ($p < 0,05$) et participent plus aux actions collectives de prévention ($p < 0,05$).

La formation des différents acteurs est donc un levier important pour améliorer les pratiques de prévention aussi bien individuelle que collective.

Voici ce que recherchent principalement les répondants dans une formation :

Les médecins souhaitent une mise à jour de leurs connaissances, une meilleure connaissance du réseau, des conseils pour convaincre les salariés d'une prise en charge, des outils pour le dépistage, une formation sur les drogues illicites et de l'aide pour l'aptitude sur les postes à risque.

Pour les infirmières les résultats sont presque similaires, en dehors de l'aide pour l'aptitude. Elles souhaitent en outre apprendre à mieux communiquer afin d'être plus à l'aise dans l'abord du sujet.

Enfin, les préventeurs sont principalement en demande de connaissances de base sur le sujet, de façons de l'aborder en entreprise ainsi que de moyens de prévention primaire et secondaire.

2.2.2. Abord du sujet trop aléatoire :

● En entretien individuel :

- Abord du sujet non systématique :

Nous avons émis l'hypothèse que les données sur les conduites addictives n'étaient pas systématiquement recueillies et que les méthodes d'interrogatoire et de prévention étaient différentes en fonction du produit consommé.

Ces deux hypothèses ont été confirmées dans notre étude. En effet, déjà dans la pré-étude nous remarquons que si la question du tabac était posée quasi systématiquement, celle du cannabis ou des drogues illicites était beaucoup plus rare, voire inexistante, soit par inquiétude par rapport à l'aptitude – «*est ce qu'on peut garder la réponse en maintenant l'aptitude ?* » Médecin 5 – soit par manque de connaissances, ou encore à cause des représentations des professionnels de santé – «*je me dis à tort qu'on est dans un département encore protégé* » Médecin n°11. La plupart des répondants ne posent pas la question des addictions sans substances, essentiellement par manque de temps.

Dans le questionnaire, cette tendance est confirmée : le tabac est abordé systématiquement par 92,7% des répondants. On passe à 63,3% de questionnement systématique pour l'alcool, 62,4% pour les médicaments psychotropes, 41,5% pour le cannabis, 28,9% pour les autres drogues et seulement 12,2% pour les addictions sans substances. On constate une légère amélioration depuis 2009 [21], surtout en ce qui concerne l'alcool. Mais le questionnement systématique reste insuffisant en dehors du tabac.

Cette absence d'abord systématique du sujet peut être en partie expliquée par la difficulté ressentie dans l'abord du sujet par 25,3% des répondants ainsi que par le manque de formation : les répondants formés abordent plus fréquemment le sujet que les autres ($p < 0,05$).

- Peu d'utilisation des outils :

Auto-questionnaires :

Moins de la moitié des répondants déclarent utiliser des auto-questionnaires. Seuls 8% de ces répondants les utilisent de façon systématique. Quand ils sont utilisés, c'est essentiellement pour l'alcool.

Une étude datant de 2001^[28] avait pourtant démontré la bonne faisabilité des auto-questionnaires AUDIT et DETA en médecine du travail quand ils étaient distribués en salle d'attente, avant la consultation. Nous n'avons pas trouvé d'études concernant l'utilisation d'autoquestionnaires pour les autres substances psychoactives en santé au travail. Pour le cannabis, l'HAS^[29] recommande d'utiliser le questionnaire CAST.

RPIB :

En 2013, une étude^[30] confirmait la faisabilité de l'AUDIT en médecine du travail pour le repérage d'une consommation à risque d'alcool. Cette étude suggérait également l'efficacité du RPIB en santé au travail comparé à la distribution d'une plaquette d'information.

Cependant, dans notre étude, un tiers des médecins et infirmières (35,7%) ne connaissent pas le RPIB. Parmi ceux qui le connaissent, seuls 12,1% l'utilisent de façon systématique. Environ la moitié l'utilise uniquement en cas de consommation estimée problématique (49,0%) et 28,7% ne l'utilisent jamais.

Les répondants de Languedoc-Roussillon connaissent plus souvent le RPIB que ceux de Midi-Pyrénées ($p < 0,0001$). Il est intéressant de noter qu'entre 2012 et 2017, l'ANPAA dispensait des formations RPIB en Languedoc-Roussillon, mais pas en Midi-Pyrénées, ce qui peut expliquer cet écart¹. D'ailleurs, la formation améliore significativement la connaissance et l'utilisation du RPIB. ($p < 0,0001$). La présence d'un groupe de travail et/ou d'un projet de service sur la prévention des conduites addictives améliore également incontestablement l'utilisation du RPIB ($p < 0,05$)

● **En entreprise :**

- Fiche d'entreprise et document unique :

L'abord du sujet des conduites addictives fait également défaut en entreprise.

En effet, seuls 27,3% des médecins et infirmières l'abordent de façon systématique lors de la réalisation de la fiche d'entreprise. 26,4% des médecins et infirmières et 29,5% des préventeurs ayant déjà fait une fiche d'entreprise n'ont jamais abordé le sujet avec l'employeur lors de la réalisation de celle-ci ou lors de l'aide au document unique.

La principale raison pour les médecins et infirmières est qu'ils ne jugent pas ce moment opportun. Parmi les préventeurs, 55,6% l'expliquent par une difficulté d'abord de la question. La difficulté d'abord du sujet joue un rôle également chez les médecins et infirmières, car ceux qui ont des difficultés à aborder le sujet des conduites addictives abordent moins souvent le sujet dans la fiche

¹ Information obtenue par mail auprès de François Auriol, responsable régional formation de l'ANPAA Occitanie.

d'entreprise ou le document unique ($p < 0,05$).

Au contraire, l'existence d'un groupe de travail dans le service ($p < 0,05$) et le fait d'être « tout à fait d'accord » avec la proposition « Veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer, soit accentuer des conduites addictives » ($p < 0,05$) favorise l'abord du sujet lors de la fiche d'entreprise ou du document unique.

Il est intéressant de noter que 25% des médecins et infirmières pensent que le meilleur moment pour aborder le sujet en entreprise est lorsque l'employeur le fait de lui-même et 11,1% lors d'un incident dans l'entreprise. Concernant les préventeurs, ils sont 25% à penser que le moment le plus propice est lorsque l'employeur l'aborde de lui-même et 20,3% lors de la visite médicale de l'encadrement.

Pourtant l'objectif de la fiche d'entreprise et du document unique est d'identifier l'ensemble des risques auxquels les salariés sont exposés dans un objectif de prévention primaire. Selon l'INRS [31], il y a bien lieu d'inscrire le risque lié aux pratiques addictives dans le document unique d'évaluation des risques professionnels.

- Actions en milieu de travail :

85,2% des médecins et infirmières et 75% des préventeurs pensent que les actions de prévention collective sont efficaces dans la prévention des conduites addictives. Pourtant, seule la moitié des médecins et infirmières (54,5%) et à peine 10,9% des préventeurs ont déjà participé à une action de prévention collective sur ce thème. En 2008 en région PACA [20], 48% des médecins avaient déclaré avoir déjà participé à une action de prévention collective sur la thématique des addictions. Il y'a donc eu peu d'évolution depuis 10 ans.

La raison principale évoquée est l'absence d'occasion ou de demande à ce sujet. Cela montre la difficulté des services de santé au travail à agir en amont, à faire de la prévention primaire.

Les médecins et infirmières qui ont déjà participé à une action sont plus âgés ($p < 0,05$), ceci est probablement lié à l'expérience. La formation ($p < 0,05$), l'existence d'un projet de service ($p < 0,05$) et l'appartenance à un groupe de travail ($p < 0,05$) améliorent la participation à des actions collectives.

Leviers et pistes d'amélioration :

Les leviers identifiés pour l'abord du sujet, en entreprise comme en consultation, sont principalement la formation et une bonne dynamique de service sur le sujet (groupe de travail et projet de service).

L'abord du sujet devrait être systématique pour chaque salarié, comme le suggèrent les recommandations de la SFMT en 2013 [22], quelque soit son âge ou son poste de travail. Pour cela, il est recommandé d'utiliser des questionnaires validés quand ils existent et de proposer une intervention brève si nécessaire. Il est également précisé que le caractère licite ou illicite de la substance consommée ne doit pas guider l'évaluation.

Il est intéressant de noter que dans la pré-étude, plusieurs médecins déclarent utiliser la trame de l'enquête EVREST pour questionner le salarié. Dans cette trame figure le café et le tabac. Un répondant indique y avoir

rajouté l'alcool. Un levier pour un abord du sujet plus systématique serait peut-être d'ajouter les autres substances psychoactives dans ces enquêtes, largement utilisées par les médecins du travail. Cela permettrait également un recueil des données de consommation à l'échelle nationale. L'organisation de campagnes nationales de prévention comme le mois sans tabac aide également les professionnels à aborder le sujet.

De la même façon, en entreprise, ce risque devrait être évoqué de façon systématique. Selon l'INRS [31], la réalisation du DUER est une bonne occasion pour l'employeur d'élaborer des indicateurs en collaboration avec les services de santé au travail et de mettre en place un comité de pilotage des pratiques addictives afin de programmer les mesures de prévention collective et individuelle à mettre en œuvre. La fiche d'entreprise pourrait également être une bonne occasion de mettre en place ces dispositifs.

Les instances publiques, via le PRST 3 [24], mettent désormais l'accent sur la prévention primaire et collective des conduites addictives. Cela devrait encourager les services de santé au travail à intégrer cette problématique dans leur projet de service et à créer des groupes de travail sur la question pour permettre un abord du sujet systématique ainsi que l'organisation d'actions collectives de prévention primaire.

2.2.3. : Rôle ambivalent de la médecine du travail :

Il y a une ambiguïté de la pratique de la médecine du travail entre l'objectif affiché par la loi – éviter toute altération de la santé du fait du travail – et l'outil dont elle dispose – la fiche d'aptitude [32]. La médecine du travail a donc un rôle de prévention ainsi que de contrôle de l'aptitude. D'après les résultats de notre étude, plusieurs freins en résultent :

- Visions divergentes des acteurs de la santé au travail sur le lien entre les conduites addictives et le travail ainsi que sur leur propre rôle dans la prévention.

Dans la pré-étude, nous avons interrogé chaque enquêté sur sa vision du lien entre le travail et les conduites addictives. Nous avons pu regrouper les réponses en 3 grands thèmes :

La moitié des répondants (15) y voyaient un lien double : les conduites addictives ont des répercussions sur le travail et le travail peut influencer les conduites addictives. L'autre moitié des répondants ne faisait le lien que dans un sens unique : soit uniquement des répercussions sur le travail (8) ou bien uniquement du travail qui influençait les conduites addictives (6).

Dans le questionnaire, les résultats étaient moins francs. Parmi les médecins et infirmières, « *Prévenir les répercussions des conduites addictives* » a reçu 68,3% de « *tout à fait d'accord* », « *je raisonne en termes de postes de sécurité : prévention des consommations sur les postes à risque* » en a reçu 50,4%, « *veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer soit accentuer des conduites addictives* » 56,8% et « *travailler sur l'aspect culturel de la consommation dans certains secteurs d'activité* » seulement 36,3% .

Actuellement, la majorité des professionnels reconnaissent donc volontiers un lien dans les deux sens : les conduites addictives perturbent la capacité de

travail, mais les difficultés au travail ou la culture de métier ont aussi un rôle dans l'apparition ou l'aggravation de phénomènes addictifs.

Malgré tout, on observe que la prévention des répercussions des conduites addictives est la proposition ayant reçu le plus de « tout à fait d'accord » et que la moitié des répondants raisonnent « en termes de poste de sécurité ». On perçoit qu'il subsiste un raisonnement « sécuritaire », centré sur l'aptitude, pour préserver l'entourage du salarié (responsabilité juridique de l'employeur, responsabilité envers les tiers).

Nous avons fait l'hypothèse que la pratique des professionnels de santé peut dépendre de la représentation sociale qu'ils se font du lien entre conduites addictives et travail. Nous avons donc tenté de déterminer si cela influençait la pratique des répondants :

Il est intéressant de noter que les répondants « tout à fait d'accord » avec la proposition « Veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer, soit accentuer des conduites addictives » recherchent significativement plus souvent l'existence d'une composante professionnelle. Ils ont un meilleur lien avec le médecin généraliste et abordent également plus souvent le sujet lors de la réalisation de la fiche d'entreprise. Notre hypothèse est donc confirmée : les répondants admettant un lien avec les conditions de travail sont donc plus enclins à faire de la prévention primaire et recherchent davantage le lien avec le travail.

- Orientation de la prévention sur les postes « à risque » :

Plusieurs interviewés questionnent davantage les salariés sur leur consommation d'alcool, de cannabis et de drogues illicites sur les postes à risque. L'orientation du salarié dépend aussi du poste de travail « *Ouais, quelqu'un qui va travailler dans un bureau toute la journée derrière un écran pour moi c'est moins grave.* » Infirmier n°1.

Le constat est similaire dans le questionnaire. En effet la présence de contraintes de sécurité sur le poste, citée par 86,9% des répondants, est le critère principal de prise en charge en cas de conduites addictives d'un salarié, devant le risque pour la santé du salarié cité par 83,6% des répondants.

Pourtant, d'après le baromètre santé de 2010 [4], la consommation de substances psychoactives ne concerne pas uniquement les postes à risque. C'est même le contraire pour les femmes, pour lesquelles la consommation d'alcool est plus fréquente parmi les cadres. La démarche de prévention de certains professionnels reste donc centrée sur la sécurité et le contrôle de l'aptitude.

D'ailleurs, le frein principal pour les médecins est de loin l'aptitude (36,8%). Les difficultés liées à l'aptitude sont dues principalement à l'enjeu pour le salarié : la balance risque social pour le salarié versus risque sécuritaire pour l'entreprise est citée par 73,6% des répondants et l'inquiétude sur les conséquences sociales de l'inaptitude pour le salarié par 67,2%. Un répondant de la pré-étude exprime également le problème éthique lié au double positionnement du médecin « *Oui la responsabilité éthique, morale et... parce que l'expertise c'est pas le souci ça, mais si on est clairement positionné en tant qu'expert, y'a pas de problème. Et pareil en tant que conseiller. Mais c'est l'imbroglia des deux. En fait éthiquement ça pose souci.* » Médecin 4

- Inquiétude par rapport au risque médico-légal.

Dans la pré-étude plusieurs répondants évoquaient la responsabilité du médecin en cas d'accident du travail lié à une conduite addictive et indiquaient ne pas remplir le dossier médical : « *On me demande parfois de pas remplir l'item. Alors que le salarié dit oui. Parce si tu veux, si après y'a un accident du travail... que tu ouvres le dossier, que tu vois consommation « oui » et que t'as rien fait derrière, t'es dans la merde.* » Infirmière 4.

Ceci se confirme dans le questionnaire : parmi les médecins et infirmières ne remplissant pas le dossier médical, 15,5% évoquent la peur des retombées médico-légales en cas d'accident du travail. De plus, 45,6% des médecins ayant des difficultés avec l'aptitude évoquent la crainte des retombées médico-légales en cas d'aptitude chez un salarié consommateur.

Par ailleurs, de récents écrits, discutables, de l'académie de médecine [23] sont venus renforcer ces inquiétudes en écrivant que le médecin du travail devait être « garant de l'absence de consommation » du salarié ce qui semble, d'une part, irréaliste et, d'autre part, loin du rôle préventif de la santé au travail et même du rôle des soignants en général.

- Vision individuelle du risque :

Plusieurs répondants de la pré-étude, traitent le sujet des conduites addictives uniquement comme un problème individuel, lié au salarié : « *Pour moi c'est plus des gens qui ont des problèmes d'addictions personnelles ou privées et donc ces problèmes d'addictions vont intervenir euh par de l'absentéisme ou des problèmes de conduite, de comportement au travail et c'est pour ça que nous, en tant que médecins du travail, on va être sollicités par les collectivités.* » Médecin 7.

Même constat dans le questionnaire : la majorité des trames de fiches d'entreprise ne contiennent pas le risque de conduites addictives. Lorsque le sujet est abordé, il est intégré majoritairement dans le risque routier (cité par 60,7%) plutôt que dans les risques psychosociaux (cité par 40%) ce qui démontre une orientation plutôt individuelle et « sécuritaire » de la question, orientée sur les conséquences des conduites addictives sur la conduite plutôt que sur le lien avec le travail. Concernant les thèmes des actions collectives, si les risques pour la santé (83,5%), la conduite (75,9%), les accidents du travail (70%) et légaux (64,7%) y sont fréquemment abordés, moins de la moitié des répondants indiquent aborder le rôle du travail dans les conduites addictives (44,4%).

Leviers et pistes d'amélioration :

Un levier serait donc de définir clairement le rôle des services de santé au travail dans la prévention des conduites addictives au niveau de la loi et des recommandations.

Plusieurs rapports ont déjà indiqué les difficultés engendrées par le cumul des missions de prévention et de contrôle : le rapport Issindou [33] suggère de séparer l'aptitude de la santé au travail « Ce contrôle de l'aptitude pour les postes de sécurité entre alors dans un cadre de médecine de contrôle et doit clairement être séparé de la médecine du travail qui exerce la surveillance médicale des salariés. » De plus, le rapport Gosselin [34] souligne que « le

contrôle de l'aptitude médicale au poste de travail ou à l'emploi n'apporte aucun résultat significativement différent de ceux obtenus dans d'autres pays par des systèmes de surveillance de la santé des salariés quelquefois très éloignés du nôtre. Il n'a empêché ni la catastrophe sanitaire de l'amiante, ni la véritable explosion des troubles musculosquelettiques, ni même le développement inquiétant des pathologies psychosociales ». Enfin, rappelons l'article R4127-100 du Code de santé publique [35] qui précise qu'un « médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne. »

Dans le livre « Se doper pour travailler », Q. Durand Moreau et M.O. Lalot [36] expliquent que « le médecin du travail n'a pas vocation à s'approprier le rôle disciplinaire de l'employeur, mais à comprendre les déterminants des consommations chez le patient-salarié. ». Le rôle du médecin du travail ne consisterait pas à contrôler l'aptitude mais plutôt à « ancrer la prévention à l'analyse du travail réel et aux usages tels qu'ils existent et non tels qu'ils sont fantasmés ou sélectionnés (...) pour instruire l'ensemble de ces questions : quels produits, pour quelles fonctions, avec quels mode de consommation, pour répondre à quels besoins, avec quels effets, dans quels contextes, avec quel seuil de tolérance des équipes, de l'encadrement, et quelles normes de travail? » [37].

Le décret de modernisation de la médecine du travail de 2016 [38] a abandonné l'aptitude pour certains postes, mais l'a conservé pour les postes considérés « à risque ». Comme nous avons pu le voir au travers des résultats de cette étude, ce sont précisément ces postes qui posent des difficultés aux professionnels de santé au travail. Cette mesure ne semble donc pas suffisante pour améliorer la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Selon nous, seule la séparation de la santé au travail et du contrôle de l'aptitude permettrait d'appréhender les conduites addictives de façon sereine, avec une prévention primaire orientée sur le collectif de travail, la recherche de facteurs favorisants et leur prévention.

2.2.4. Manque de pluridisciplinarité :

2.2.4.1. Externe au service de santé au travail :

- Rapport avec le médecin généraliste

Dans la pré-enquête, plusieurs répondants évoquent le manque de lien avec les confrères : « (...) *Ah oui c'est réellement un frein, la relation qu'on a avec le confrère c'est réellement un frein.* » Médecin n°3.

81,4% des infirmières et médecins estiment que le lien avec le médecin généraliste concernant les conduites addictives est insuffisant.

En 2008, une enquête réalisée par un service de santé au travail interentreprises révélait que les médecins de soins ne connaissent pas les services de santé au travail de leur région (70 %), qu'ils ont rarement — ou jamais — des échanges avec le médecin du travail de leurs patients (71 %) [21]. Il y'a probablement un manque de formation des médecins à la santé au travail : en effet, au cours des 6 années de formation initiale en médecine, seules 9 heures en moyenne sont consacrées à la santé au travail [39].

Selon l'étude « Regards croisés » [21], la loi ne facilite pas la coopération entre les professions lorsqu'elle interdit aux médecins du travail l'accès au

dossier médical personnel. Selon eux, cela a considérablement nui à l'image de la profession et a entretenu le doute sur l'indépendance des décisions du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur, alors même qu'il est tenu au secret médical, à l'instar de l'ensemble des personnels médicaux soignants et non soignants.

- Mauvaise connaissance du réseau local

Nous avons fait l'hypothèse que les médecins du travail et les infirmières peuvent parfois se trouver démunis face à l'orientation de salariés en difficulté avec des produits ainsi que de la méconnaissance des partenaires potentiels à la prévention individuelle ou collective.

En effet, 52,9% des médecins et infirmières répondants au questionnaire n'ont pas assez de visibilité sur le réseau de prise en charge des conduites addictives

D'ailleurs, parmi les participants ayant déjà participé à une action collective, la moitié (47%) n'a jamais fait appel à des partenaires extérieurs. La question n°52 nous informe que les deux principales raisons sont le manque de visibilité des aides disponibles (36,5%) et la complexité/lenteur de la démarche (34,9%).

De plus, la connaissance et la mise en place d'un réseau local sont en 2e position de la demande des médecins et des infirmières en matière de formation.

Leviers et pistes d'amélioration :

L'amélioration de la connaissance des services de santé au travail par les médecins généralistes est nécessaire pour favoriser les échanges. Cela peut passer par une formation initiale plus importante.

Concernant l'accès au dossier médical, la recommandation n°6 du rapport Lecocq propose l'accès au dossier médical partagé : « Ils pourront dans ce cadre rénové mieux faire partager leur diagnostic relatif au lien entre santé et travail, apparaître comme référent en la matière auprès des médecins de ville et s'impliquer davantage dans la veille sanitaire » ^[40]. Nous pouvons donc espérer un accès au dossier médical partagé dans les années à venir et à partir de là, peut-être, une meilleure relation avec les médecins généralistes.

La présence d'un réseau local est également citée comme levier plusieurs fois dans la pré-étude. Dans le questionnaire, on remarque que la visibilité du réseau est effectivement significativement meilleure dans les Hautes-Pyrénées, région où est installé le GAPRAT 65 ^[41], que dans le reste de Midi-Pyrénées (p=0,0096). L'existence d'un groupe local de prévention des conduites addictives semble donc améliorer la visibilité du réseau.

2.2.4.2. Au sein du service de santé au travail :

- Manque de confiance entre médecins :

Certains médecins ne remplissent pas le dossier médical de façon systématique. La raison principale est de protéger le salarié (54,4%). Dans les choix « autre », 3 répondants expriment leur crainte sur le fait que le dossier circule et un exprime très clairement la crainte des réactions des autres

collègues : « crainte que d'autres collègues ne mettent inaptes certains salariés ».

Ceci reflète un manque de confiance entre médecins du travail, qui peut s'expliquer par l'absence de recommandations claires sur la question de l'aptitude en cas de consommation, ce qui peut effectivement entraîner des divergences de pratique et donc des décisions différentes en fonction des médecins. Ceci est d'ailleurs expliqué par un médecin dans la pré-étude « *Nous c'est vraiment à chaque fois, quoi j'en suis persuadé hein, que deux personnes à deux moments différents, avec la même pathologie, avec la même problématique, pour l'un on va pouvoir le mettre apte, pour un autre on pourra le mettre inapte.* » Médecin 5

- Les compétences des infirmières ne sont pas toujours utilisées :

Depuis les réformes de 2011, une partie du suivi systématique des salariés a été délégué aux infirmières de santé au travail sous protocole écrit.

Dans la pré-étude, des infirmières se plaignaient de la place que leur médecin leur accordait dans la prévention des conduites addictives. En effet, l'une d'elles déclarait ne pas avoir l'autorisation de pratiquer le RPIB malgré sa formation « *je le fais en cachette* » infirmière 4, une autre déplorait devoir orienter les salariés systématiquement au médecin du travail « *Et bien tristement parce que je pense qu'on a des compétences et que euh...et que le rapport infirmier est souvent plus facile dans ce genre de euh...d'échange plutôt que par le médecin parce que y'a encore cette notion d'aptitude/d'inaptitude* » Infirmière 7.

Dans le questionnaire, ces résultats ressortent peu : un seul répondant a répondu ne pas pratiquer le RPIB, car « mon médecin ne souhaite pas que je l'utilise ». 14 infirmières ne notent pas les consommations des salariés sur le dossier médical à la demande du médecin du travail.

- La particularité des services autonomes :

Dans la pré-étude, une infirmière de service autonome soulève le problème du manque de pluridisciplinarité dans ce type de service : « *Déjà le frein dans cette entreprise c'est qu'on travaille pas en pluridisciplinarité.* » Inf 6. En effet, en service autonome le pôle médical est séparé du pôle HSE et donc des autres intervenants. Selon les entreprises, ces deux pôles collaborent plus ou moins bien.

- Des préventeurs trop rarement sollicités :

Une de nos hypothèses était que les IPRP sont encore peu impliqués dans la prévention collective des conduites addictives en milieu de travail. Cela n'est pas totalement confirmé. En effet, dans le questionnaire, 84,4% des préventeurs estiment avoir un rôle à jouer dans la prévention des conduites addictives. D'ailleurs, une majorité joue déjà un rôle : dans la présentation des ressources du service de santé au travail (82,0%), dans le conseil envers l'entreprise sur le règlement intérieur et leur responsabilité (66,1%), dans le repérage des facteurs qui pourraient potentiellement engendrer ou aggraver des conduites addictives (54,8%) et dans la sensibilisation des employeurs sur les conduites addictives et les moyens de prévention (46,8%).

Ils sont moins nombreux à aborder le sujet lors de la fiche d'entreprise (37,1%) ou à participer à des actions collectives (23%). Cependant, la majorité se dit prête à l'envisager (respectivement 51,6% et 53,2%). Environ un tiers des préventeurs considèrent que cela n'est pas de leur ressort.

Cependant, notre hypothèse est en partie confirmée quand on s'aperçoit que seuls la moitié des groupes de travail sur les conduites addictives ont un préventeur. De plus, une vaste majorité n'a reçu aucune formation (82,8%). Pourtant 71,9% des préventeurs pensent en avoir besoin.

D'ailleurs, si la formation proposée par l'ANPAA était également destinée aux préventeurs en Midi-Pyrénées depuis 2012, ce n'était pas le cas en Languedoc-Roussillon jusqu'en 2017. Cela démontre que ces acteurs sont encore peu inclus dans la prévention des conduites addictives.

Leviers et pistes d'amélioration :

Il est intéressant de noter que notre étude relève peu de différence entre les pratiques des médecins du travail et celle des infirmières et il n'y a pas de différence significative en termes de taux de formation. Les infirmières se sont donc déjà bien emparées du sujet et jouent un rôle très important dans la prévention des conduites addictives, notamment depuis la récente réforme de 2016 puisqu'elles s'occupent d'une partie des visites systématiques.

Concernant les préventeurs, notre étude montre qu'ils sont prêts à s'impliquer dans la prévention des conduites addictives. Cependant, très peu sont formés et ils sont nombreux à avoir des difficultés à aborder le sujet. Il semble important de former et d'inclure les préventeurs dans les groupes de travail si nous devons aller vers une prévention plus collective des conduites addictives et établir des liens avec les conditions de travail.

2.2.5. Manque de recueil et d'utilisation des données :

Dans la pré-étude, certains regrettaient le manque d'harmonisation des pratiques des médecins du travail et le manque d'indicateurs « *Et puis des fonctionnements différents selon...selon la pratique des médecins quoi.* » Inf 8 En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, l'abord du sujet est loin d'être systématique en dehors du tabac et les outils tels que les autoquestionnaires sont peu utilisés. De plus, les données récoltées ne sont pas systématiquement notées sur le dossier médical : en effet 29% ne les notent pas de façon systématique et 5% ne les notent jamais.

L'exploitation statistique est donc logiquement assez faible : 70,5% des médecins et infirmières n'en font jamais. Les raisons principales qu'ils évoquent sont : l'absence de projet de service sur cette problématique (52,3%) et le manque de moyens techniques (42,4%). Ceci confirme une de nos hypothèses : les médecins ne semblent pas assez outillés pour faire des statistiques.

Une des conséquences du manque de recueil de données est le manque d'indicateurs et donc d'évaluation des actions collectives en entreprise : dans le questionnaire, seuls 30% des répondants ont déjà évalué au moins une de leurs actions. Les raisons principales sont le manque de moyens techniques (58,5%), le manque d'indicateurs (53,2%) et le manque de temps (50%). Comme évoqué dans les faiblesses de l'étude, ce chiffre paraît élevé comparé

aux résultats de la pré-étude où seulement un répondant avait réussi à évaluer une de ses actions.

Il est également intéressant de noter que 41,3% des infirmières ne trouvent pas leur protocole aidant concernant les conduites addictives et 35,8% ne se prononcent pas. Pourtant, une démarche protocolisée serait probablement un levier pour l'harmonisation des pratiques et la collecte d'indicateurs.

Leviers et pistes d'amélioration :

La récolte de données permettant une exploitation statistique passe par une démarche protocolisée, avec la mise en place d'indicateurs. Pour cela, il est important d'utiliser les ressources de l'équipe pluridisciplinaire comme le conseillent les recommandations de 2013 [22].

La présence d'un projet de service et d'un groupe de travail pluridisciplinaire est un levier pour l'harmonisation des pratiques et l'exploitation statistique de données : l'existence d'un projet de service ainsi que l'appartenance à un groupe de travail étaient significativement associées à une meilleure exploitation statistique des données. La présence d'un projet de service améliore également l'utilité perçue des protocoles infirmiers. En outre, les répondants qui produisent des statistiques sont plus susceptibles de participer à des actions collectives.

D'autre part, plus de la moitié des répondants citent un manque de moyens techniques. Une réflexion sur les moyens mis à disposition des équipes en termes de logiciel de recueil de données et d'exploitation statistique semble donc nécessaire.

2.2.6. Liés au service de santé au travail :

- Investissement du service de santé au travail :

Dans la pré-étude, deux répondants regrettaient le manque d'implication de leur service dans la prévention des conduites addictives «*Les addictions ne sont pas le premier thème euh...chéri du service.* » Infirmière 4. Dans le questionnaire, seule la moitié des répondants (49,6%) appartiennent à un service dont le projet de service inclut la prévention des conduites addictives.

Concernant les groupes de travail sur les conduites addictives, le constat est presque similaire : seulement la moitié des répondants appartiennent à un service où il existe un tel groupe de travail (52,8%).

- Manque de temps :

Le manque de temps est essentiellement cité pour la prévention individuelle lors des consultations. En effet, la principale raison de la non-utilisation du RPIB en consultation pour ceux qui le connaissent est le manque de temps (55,5%). Pour l'exploitation statistique, 27,3% citent le manque de temps. Néanmoins, pour ce qui est de la participation aux actions collectives, peu de répondants citent le manque de temps (12,8%).

Leviers et pistes d'amélioration :

Pour rappel, selon l'article L4622-14 ^[42] du Code du travail, le service de santé au travail interentreprises élabore, au sein de la commission médico-technique, un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service et qui s'inscrit dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens ; le projet est soumis à l'approbation du conseil d'administration.

Comme nous l'avons déjà évoqué, la présence d'un projet de service sur le thème des conduites addictives est un véritable levier pour la prévention, aussi bien individuelle que collective. En effet, au niveau individuel, cela améliore l'abord du cannabis ($p < 0,05$), l'utilisation d'autoquestionnaires ($p < 0,0001$), l'exploitation statistique ($p < 0,05$), la connaissance du RPIB ($p < 0,0001$) et son utilisation ($p < 0,05$) ainsi que la recherche de composante professionnelle ($p < 0,05$). De plus, les infirmières trouvent leur protocole plus utile ($p < 0,05$). Au niveau collectif, il y'a davantage d'actions collectives de prévention ($p < 0,05$) et le rôle du travail dans l'apparition des conduites addictives ($p < 0,05$) est davantage abordé.

L'implication du service est donc essentielle à l'amélioration des pratiques des acteurs de la prévention. En Hautes-Pyrénées, certains services se sont associés au sein d'un groupe pluridisciplinaire de prévention des conduites addictives, le GAPRAT 65 ^[41], qui propose des interventions à destination des entreprises. Un autre groupe similaire s'est récemment constitué dans le Comminges, appelé GAPRAT Comminges. Ceci ne peut que renforcer l'échange et l'harmonisation des pratiques. Cela semble également une bonne solution pour atteindre les plus petites entreprises.

2.2.7. Lié au ressenti des acteurs de la prévention :

Cette donnée, liée aux émotions et au ressenti des répondants est exclusivement retrouvée dans la pré-étude.

Plusieurs répondants évoquent la frustration liée au manque de suivi des salariés après l'orientation : « *La frustration qu'on peut avoir pour orienter un salarié c'est qu'après on sait pas si il y est allé...c'est ce qui a été dit, le retour, ce que l'on peut faire nous la prochaine fois qu'on le verra...* » Infirmier n°8.

D'autres ne se sentent pas écoutés par les salariés « *tant qu'il y a pas la menace de supprimer l'aptitude, de mettre l'aptitude entre parenthèses, je pense qu'ils sortent d'ici, la plupart, et puis ça leur passe complètement au-dessus de la tête.* » Médecin 6

Un répondant exprime également sa frustration suite à l'échec d'une action qu'il a menée sur le tabac : « C'est là qu'on voit qu'on baisse les bras quoi. » Médecin 13.

Ces contre-attitudes sont fréquentes en addictologie. Le Dr Gache en 2000 ^[43], expliquait « Ces réactions, appelées contre-attitudes, prennent source dans la relation que les soignants entretiennent avec l'alcool, dans leur relation avec leur vécu des phénomènes de dépendance et dans leur manière de considérer leur rôle de soignant. »

Leviers et pistes d'amélioration :

Selon le même auteur, « le fait de prendre conscience de ses contre-attitudes et de ses préjugés, de les élaborer, de pouvoir les verbaliser, peut transformer la relation que nous avons avec les patients en général et les

alcooliques en particulier. ». Pour cela, il propose la participation à des groupes de pairs afin de pouvoir échanger sur ces ressentis. La formation est également indispensable pour pouvoir comprendre les mécanismes de l'addiction. Il propose notamment de se former au modèle motivationnel de Prochaska et DiClemente [44] et aux mécanismes cognitifs de l'apprentissage afin de se débarrasser de ses contre attitudes.

Enfin, concernant la frustration liée au manque de suivi des salariés, cela est probablement lié au manque de collaboration avec les confrères, notamment les médecins généralistes.

2.3. Les freins liés aux entreprises et les pistes d'amélioration :

2.3.1. Manque d'implication des entreprises :

Le frein le plus fréquemment cité dans la pré-étude était le manque d'implication des entreprises. Pourtant, dans le questionnaire, les actions collectives auxquelles participent les médecins et infirmières sont organisées majoritairement à la demande de l'employeur (64,7%). De plus, seulement 5 des répondants médecins et infirmières (5,3%) qui n'ont jamais participé à une action collective évoquent comme raison principale le manque d'implication des employeurs.

En pratique, les grosses entreprises développent souvent des actions de prévention, même si une répondante dénonce l'objectif – « *pure com'* » (Infirmière 4) – de certaines demandes d'action. Cependant, la difficulté pour atteindre les petites entreprises est évoquée dans la pré-étude – « *Pour les entreprises plus réduites, c'est un peu plus difficile. C'est un peu comme les RPS hein, on peut aller voir un employeur, lui dire que des salariés ont des difficultés, tant qu'il est pas vraiment confronté au problème il essaie de ne pas voir.* » Préventeur 8.

En droit européen, l'employeur est responsable de la santé et sécurité de ses salariés [45]. Ainsi, lorsqu'un accident survient, même en cas de mise en évidence d'une prise de substances psychoactives, l'employeur ne sera pas exonéré du coût de l'accident du travail pour le salarié lui-même. En outre, si des tiers sont touchés, l'employeur devra assumer la responsabilité de l'accident causé par son salarié envers ces individus. Ce risque financier amène les employeurs à focaliser leurs efforts de prévention sur les postes dits "de sécurité". Ce n'est donc pas uniquement un objectif de santé des salariés qui est poursuivi, mais aussi un investissement dans la maîtrise du risque financier qu'ils doivent assumer. Dans ce contexte, les mesures mises en place reposent souvent sur le dépistage individuel, le disciplinaire et l'orientation vers le médecin du travail. Il est rare que des mesures de prévention collectives avec prise en compte des facteurs de risque liés au travail soient mises en œuvre par les entreprises.

En revanche, les médecins du travail ont un objectif unique de préservation de la santé des salariés : ce sont donc eux qui doivent, au travers notamment de la fiche d'entreprise, alerter l'employeur et l'inciter à adopter une démarche de prévention vis-à-vis de ce risque, quel que soit le poste. Comme nous l'avons vu plus haut (notamment dans le chapitre 2.2.2.) ceci est encore peu fait, du moins rarement dans un contexte de prévention primaire.

Leviers et pistes d'amélioration :

Il incombe avant tout à l'employeur de veiller à protéger la santé physique et mentale de ses salariés. Il est important que les entreprises s'emparent de la thématique des conduites addictives, et ce dans une optique de prévention, même s'il est admis que les entreprises ayant des postes de travail particulièrement sensibles puissent aussi mettre en place des mesures d'ordre disciplinaire dans leur règlement intérieur. À noter que ces mesures de vigilance dans l'entreprise sont citées dans les rares études comme un facteur protecteur vis-à-vis de la consommation de SPA : Frone et Trinidad [6, 46] montrent que les consommations de SPA durant la journée de travail sont diminuées chez les employés qui perçoivent leur encadrement comme susceptible de repérer qu'ils ont consommé et de réagir à cette consommation.

Ainsi, la formation des employeurs semble essentielle comme l'indiquent les répondants de façon presque unanime dans le questionnaire (96,4%). Les services de santé au travail, lors de l'évaluation des risques dans la fiche d'entreprise ou lors du CHSCT, peuvent aider l'employeur à identifier les pratiques d'entreprises néfastes pour la santé des salariés et susceptibles d'entraîner l'apparition de conduites addictives.

2.3.2. Tabou sur le rôle de l'entreprise :

Dans la pré-étude, plusieurs infirmières et préventeurs soulignent qu'il existe un tabou sur le rôle de l'entreprise dans l'apparition de conduites addictives – « *Et voir même un...une certaine vexation* » Préventeur 6.

Ce tabou semble également présent chez les acteurs des services de santé au travail. En effet, même si la plupart des médecins et infirmières recherchent au moins parfois une composante professionnelle (58,6% toujours, 38,1% parfois) en cas de conduites addictives d'un salarié en consultation individuelle, moins de la moitié évoquent le rôle du travail dans l'apparition des conduites addictives lors de leurs actions en milieu de travail (44,4%). Cela démontre que même s'ils sont conscients de la possibilité d'un lien avec le travail, l'évocation de ce lien est plus difficile en entreprise. Cette difficulté est d'ailleurs évoquée par Gladys Lutz [47] «aujourd'hui, malgré quinze ans de politiques publiques volontaristes et les enseignements de l'histoire de la santé au travail et de la psychopathologie du travail, il reste tabou, voir subversif, de chercher à mesurer les ressources pharmaco-chimiques utilisées par les travailleurs et les dirigeants pour atteindre leurs résultats et rester en santé. ». Ce tabou peut, en partie, être expliqué par le manque d'indicateurs et donc de données à partager avec l'entreprise – « *Déjà pour l'aborder dans une entreprise je pense qu'il faut avoir suffisamment de, de, de... d'indicateurs et d'informations pour pouvoir l'aborder et enclencher une démarche.* » Préventeur 1.

Comme nous l'avons vu en introduction, une addiction est la rencontre d'un individu avec un produit et un environnement. Il ne s'agit donc pas de rendre le travail seul responsable des conduites addictives des salariés, mais de le prendre en compte comme un facteur environnemental potentiellement inducteur, aggravant ou encore protecteur. Plusieurs études ont montré le lien entre consommation de produits psycho-actifs et conditions de travail, notamment le stress, les horaires difficiles (irréguliers, intenses ou de nuit), le harcèlement ou encore la culture d'entreprise [6]. La baromètre 2010 [4] nous

indique que certaines catégories socio professionnelles sont plus consommatrices que d'autres. Il semble donc légitime de la part des professionnels de la santé au travail de faire le lien avec le travail auprès des employeurs, mais aussi de poursuivre la recherche, comme le suggère les recommandations de la SFMT [22] « Il est recommandé aux médecins du travail d'agir comme des cliniciens du travail, des scientifiques en quête de déterminants collectifs objectifs qui interagissent avec des comportements individuels de consommation observés. »

Leviers et pistes d'amélioration :

La recherche systématique de composante professionnelle est davantage effectuée par les médecins ($p < 0,05$), les personnes formées ($p = 0,0521$) et lorsqu'il existe un projet de service ($p < 0,05$). Il existe un lien fort avec le fait d'être tout à fait d'accord avec l'item « Veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer, soit accentuer des conduites addictives » ($p = 0,0003$).

Le rôle du travail dans l'apparition de conduites addictives est très significativement plus évoqué par les infirmières ($p < 0,0001$) que par les médecins lors des actions collectives. La présence d'un projet de service influence également positivement l'abord de ce sujet ($p < 0,05$) ainsi que l'appartenance à un groupe de travail ($p < 0,05$).

Encore une fois, la formation et la présence d'un projet de service sont les leviers principaux identifiés.

Le manque de recueil de données, donc d'indicateurs, et de facteurs de risque clairement établis est un frein à la prise de conscience des employeurs. Il est important d'explorer les interactions entre contexte professionnel et conduites addictives afin de cibler et orienter la prévention. C'est d'ailleurs un des objectifs du PRST 3 [24] « Analyser les situations de travail susceptibles de favoriser des pratiques addictives (...). Promouvoir le débat entre acteurs de l'entreprise sur les pratiques addictives en milieu professionnel et diffuser des bonnes pratiques en matière de prévention collective, incluant des mesures d'organisation du travail».

2.4. Le déni chez les salariés :

Dans la pré-étude, le déni des salariés était le 2e frein le plus fréquemment cité – « *Les cas les plus difficiles c'est quand le salarié veut continuer à travailler et qu'il est dans le déni.* » Médecin 4. Si cette donnée est plus difficile à repérer dans le questionnaire, nous pouvons néanmoins noter que la raison principale du non-questionnement sur les drogues illicites est le « doute sur l'honnêteté de la réponse des salariés » pour 55% des répondants.

Le déni est fréquent en addictologie. Le Dr Charon le décrit comme « une protection contre l'angoisse liée à la prise de conscience de la réalité d'un diagnostic difficile et de ses graves conséquences personnelles et sociales, ainsi que par la perspective probable de la nécessité de l'arrêt «à vie» de toute consommation d'alcool» [48].

En santé au travail, on peut se demander si la notion d'aptitude ne freine pas les salariés dans leur relation avec le médecin du travail, notamment concernant la consommation de substances psychoactives. En effet, la relation des salariés avec le médecin du travail est particulière en deux points : d'une

part le médecin du travail est imposé au salarié et d'autre part, le médecin du travail, pour les postes « à risque », doit se positionner sur l'aptitude du salarié. Ainsi, en 2011, Bachet [49] s'interrogeait sur la relation entre salarié et médecin du travail « Comment le salarié pourrait-il donner des renseignements sur son état de santé à un médecin qui peut les utiliser ensuite contre son maintien dans l'emploi ? ». Dans une étude sur la relation entre salariés et services de santé au travail menée dans un service de santé au travail de Marseille en 2014 [51], seuls 2,3% des salariés interrogés déclaraient cacher leurs addictions au médecin du travail. Cependant, il est précisé dans la discussion qu'il convient de rester circonspect sur ce résultat : « il est évident que les travailleurs, ne souhaitant pas informer le médecin du travail d'une addiction éventuelle, ne répondent pas sincèrement à la question ». Nous n'avons pas trouvé d'autre étude sur la confiance du salarié envers le médecin du travail concernant les conduites addictives.

Une revue de la littérature sur le déni datant de 2016 [50] nous explique que le déni n'émane pas seulement du soigné, il est « craint, mais aussi induit par les soignants ». Il explique que le déni est une « co-construction entre soigné et soignant » dont l'origine n'est jamais exclusive à l'un ou à l'autre. D'après les résultats de notre étude, certains professionnels de santé au travail ont des difficultés à aborder le sujet, certains peuvent même présenter des contre-attitudes. De plus, nous avons vu que l'aptitude est une difficulté majeure pour les médecins notamment concernant les enjeux pour le salarié.

Tout cela entraîne une relation peu propice à la confiance et favorise très probablement le déni, co-construit par les salariés et les professionnels de santé.

Leviers et pistes d'amélioration :

Dans son rapport de 2006, la MILDT [52] posait la question de « quelles attitudes préconiser face à ces conduites de consommation dans le cas où elles ne sont pas évoquées par le salarié au cours d'un examen de santé ? ». Selon eux, il convient de passer par un questionnement systématique de tous les salariés ainsi que de diffuser les outils d'aide à l'évaluation tels que les autoquestionnaires.

Un questionnement systématique des salariés permettrait sans doute de lever le tabou sur cette question, que ce soit du côté du salarié qui se sentirait moins visé personnellement par la question que du côté du médecin qui se sentirait plus à l'aise.

Cependant, une réflexion sur la relation entre professionnels de santé au travail et salariés semble nécessaire pour comprendre tous les enjeux du déni concernant les conduites addictives en entreprise.

2.5. Résumé des leviers :

Le tableau ci-dessous résume les leviers retrouvés dans notre étude. Les politiques publiques et les services de santé au travail ont un grand rôle à jouer dans l'amélioration des pratiques des professionnels de la santé au travail.

Leviers et pistes d'amélioration

Liés aux politiques publiques	Séparation de la prévention et du contrôle
	Organiser des campagnes nationales de prévention
	Recommandations sur la prévention collective
	Rendre le réseau plus visible
Liés aux professionnels de santé ou au service de santé au travail	Améliorer la formation
	Abord systématique du sujet en consultation et en entreprise
	Harmonisation des pratiques et statistiques : Projet de service, groupe de travail
	Améliorer les protocoles des infirmières
	Former et faire participer les préventeurs
	Améliorer la communication entre les médecins du travail et les confrères
	Inclusion du risque dans la fiche d'entreprise
	Actions en milieu de travail
Liés aux entreprises	Formation des employeurs
	Inclusion systématique du risque dans le DUER
	Lutter contre l'aspect culturel de la consommation

CONCLUSION :

La médecine du travail évolue depuis quelques années vers une pratique pluridisciplinaire et préventive. Elle reste cependant très marquée par la notion d'aptitude inventée en 1946.

La prévention de la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu du travail n'a été introduite qu'en 2011 en tant que mission légale des services de santé au travail. Il était donc opportun de faire un point sur les pratiques actuelles des professionnels de santé au travail.

D'après notre étude, le principal frein des médecins du travail reste l'aptitude. En effet, l'aptitude individuelle de chaque salarié entretient une vision globale dans le monde du travail : l'addiction est une problématique individuelle du salarié importée dans l'entreprise. Cette vision entrave le questionnement de l'entreprise sur sa responsabilité et sur la prévention collective à mettre en place. Mais elle entrave également la mise en place, par les professionnels de santé au travail eux-mêmes, de véritables projets de prévention primaire des conduites addictives dans une optique de préservation de la santé des salariés.

Toutefois, plusieurs leviers ont été identifiés au travers de notre étude : la formation des professionnels de santé et l'existence d'un projet de service ou d'un groupe de travail sont indéniablement associés à une meilleure implication des médecins et des infirmières dans des actions préventives individuelles et collectives. Une meilleure visibilité du réseau de partenaires en addictologie est également associée à une augmentation des actions collectives en entreprise. Or la visibilité est meilleure dans le département où existe localement un groupe pluridisciplinaire (GAPRAT), où collaborent professionnels de santé au travail et de soins.

Les politiques actuelles de promotion de la qualité de vie au travail, portées notamment par le PRST 3, encouragent les entreprises et les professionnels de santé au travail à envisager le développement de conduites addictives comme un risque professionnel généré par l'entreprise. Cette vision devrait amener les professionnels de santé au travail, y compris les intervenants en prévention des risques professionnels, à parler systématiquement des conduites addictives dans les fiches d'entreprise et le document unique en tant que risque lié au travail pour tous les salariés.

Parallèlement, le suivi individuel de l'état de santé de tous les salariés devrait aborder la question des conduites addictives de manière systématique, avec récolte et exploitation collective des indicateurs. La pluridisciplinarité des services de santé au travail et la délégation aux infirmières, sur protocole, d'une partie du suivi de l'état de santé des salariés sont des leviers qu'il faut absolument utiliser dans ce sens.

De nouvelles réformes sont annoncées en santé au travail, poursuivront-elles la tendance déjà engagée vers l'abandon de l'aptitude ? Cette mesure permettrait, selon nous, de réorienter les ressources des services de santé au travail vers une prévention primaire des conduites addictives, orientée sur le collectif de travail, la recherche de facteurs favorisants et leur prévention.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Goodman A. « Addiction: definition and implications », Br J Addict 85, 1990, pp. 1403-1408.
2. American Psychiatric Association «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition», 2013.
3. Reynaud M., Karila L. et al. « Traité D'Addictologie (2E Édition)», 2016.
4. Beck F., Guignard R., Richard J.B. «Usages de drogues psychoactives en France. Analyses du baromètre santé Inpes», La documentation Française, 2014, 256p.
5. Redonnet B. «Consommation de drogues illicites en milieu professionnel : état des lieux des connaissances et des recherches menées en France », OFDT, 2010, 13p.
6. Palle C. « Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel », OFDT, 2015, 13p.
7. Laumon B. et al. « Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) », OFDT, 2011.
8. Orriols L. et al. «Prescription medicines and the risk of road traffic crashes: a french registry-based study », PLOS Medicine, 2010, n° 7, pp. 1-9.
9. Metz B., Marcaux F. « Alcoolisation et accidents du travail », Revue Alcool, 1960, pp. 531-542
10. Gouy Paillet J. « Enquête addictions et travail », BTP Santé Prévention Centre Est, 2012, 13 p.
11. Frone M.R. « Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessments of alcohol and illicit drug use », Journal of Applied Psychology, 2008, Vol. 93, n° 1, pp. 199-206.
12. Foster W.H. et Vaughan R.D. « Absenteeism and business costs: does substance abuse matter? », Journal of Substance Abuse Treatment, 2005, Vol. 28, n° 1, pp. 27-33.
13. Beck F., « Résultats du Baromètre santé 2010 : Liens entre usages de substances psychoactives (SPA) et milieu professionnel », INPES (document PowerPoint). Document accessible via < <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/resultats-barometres-spa.pdf> >.
14. Lutz G. « Pratiques addictives en milieu de travail : impasses du concept et nouvelles perspectives », Psychotropes, 2015 vol. 21, no. 1, pp. 13-34
15. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, JORF du 18 janvier 2002, page 1008. Accessible via < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905>>.

16. Article R. 4623-14 du Code du travail. Accessible via <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000018492995&dateTexte=&categorieLien=cid>>.
17. Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF n°0170 du 24 juillet 2011 page 12677. Accessible via <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024389212&categorieLien=id>>.
18. Article L4622-2 du Code du travail. Accessible via <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=46A5C85A01EEFEF857869B36F7E4F689.tplgfr26s_1?idArticle=LEGIARTI000024396438&cidTexte=LEGITEXT000006072050&categorieLien=id&dateTexte=20120807>.
19. Hache P., Valladeau A.S., Gayet C. « Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention. », Édition INRS ED 6147, 2013, 31 p.
20. Hamant C. « Les médecins du travail face aux conduites addictives. Résultats de l'enquête sur les pratiques des médecins du travail en service interentreprises face aux consommations de produits psychoactifs des salariés suivis. Enquêtes et résultats », CIRDD Rhône-Alpes, 2010, 6 p. Document accessible via <http://pieros.orsra.fr/pdf/Etude1101_psante.pdf>.
21. Ménard C., et al., « Médecine du travail/médecins généralistes : regards croisés. », Inpes, coll. Etudes Santé, 2011, 192p.
22. Société française alcoologie, Société française de médecine du travail « Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. » Alcoologie et Addictologie; 2013, 35 (1) : 61-92.
23. Goullé J.P., Morel F., « Addictions en milieu professionnel », Académie nationale de médecine, Paris. Rapport 10 octobre 2017. Accessible via <<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/10/17.10.10-GOULLE-rapportv-17.10.13-AK1.pdf>>.
24. Plan régional Santé au travail 3 Occitanie, « Axe N°1 : Donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention. Transversalité santé au travail-santé publique, action 2.11 : prévenir les pratiques addictives en milieu professionnel. » - Document en ligne. Accessible via <<http://www.prst-occitanie.fr/r/58/pratiques-addictives-en-milieu-professionnel/>>.
25. Phelep. J.Y., « Introduction aux sciences sociales », Educagri Editions, 2009 - 184 pages.
26. Imbert, G., « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 102, no. 3, 2010, pp. 23-34.

27. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
Accessible via <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>.
28. G. Demortière, F. Pessione, P. Batel., « Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'auto questionnaires : intérêt, faisabilité, limites. » Doc Méd Travail INRS, 2001; 86; pp. 193-200.
29. Haute Autorité de santé (HAS) « Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. ». Décembre 2014. Document accessible via <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf>.
30. Michaud P., Kunz V., et al., « Efficiency of brief interventions on alcohol-related risks in occupational medicine », *Global Health Promotion*. 2013 ; 20 (Suppl. 2) : 99-105.
31. Hache P., « Pratiques addictives et évaluation des risques professionnels : comment inscrire ce risque dans le document unique ? » Réf santé trav. Juin 2017, n°150 : 113-115.
32. Rosenfeld F., « Le médecin du travail peut-il assurer la protection de la santé du salarié sans lui nuire ? » *Éthique et Santé* 2006 ; 3 : 106-110.
33. Issindou, M., Ploton, C., Fantoni-Quinton, S. et al. « Rapport du groupe de travail aptitude médecine du travail », 2014-142R. Mai 2015. Document accessible via <http://www.actuel-rh.fr/sites/default/files/article-files/rapport_issindou.pdf>.
34. Gosselin H., « Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives », Rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Janvier 2007.
35. Article R4127-100 du Code de santé publique. Accessible via <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912980&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>
36. Durand-Moreau Q, Lalot M.O., « La clinique médicale du travail pour comprendre les addictions : l'histoire d'un conseiller financier aux prises avec l'alcool », *Se doper pour travailler*. ERES, 2017, pp. 243-258.
37. Crespin R., Lhuillier D., et Lutz. G., « Introduction », *Se doper pour travailler*. ERES, 2017, pp. 7-18.
38. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, « Décret n°2016-1908 du 27 Décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail », JORF n°0302 du 29 décembre 2016 texte n° 65. Accessible via <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/27/ETST1633599D/jo/texte>>.
39. Dellacherie C., Frimat P., Leclercq G., « La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir - Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions », Août 2010. Accessible via <<http://>

www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000434.pdf>.

40. Lecocq C., Dupuis B., Forest H., « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », Rapport fait à la demande du premier ministre, Août 2018. Accessible via < https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport_de_mme_charlotte_lecocq_sur_la_sante_au_travail_-_28.08.2018.pdf >.
41. Cauhape M.L., Bidegain I., « Le GAPRAT 65 : présentation d'un groupe pluridisciplinaire au service de la prévention des addictions dans le monde du travail », Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2012, Volume 73, n° 3 p. 495
42. Article L4622-14 du Code du travail. Accessible via < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000024391712&dateTexte=&categorieLien=cid> >.
43. Gâche P., « Prise en charge du patient alcoolodépendant : préjugés et contre-attitudes. » Rev. Méd. Suisse 2000. Volume -4.20815
44. Haute Autorité de Santé « Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente » Service des bonnes pratiques professionnelles, octobre 2014. Document accessible via < https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf >.
45. Article L4121-1 du Code du travail. Accessible via < https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A0AD0CC0E8A97109EA3C16AD8C5722E6.tplgfr29s_2?idArticle=LEGIARTI000035640828&cidTexte=LEGITEXT000006072050&categorieLien=id&dateTexte=> >.
46. Frone M.R. et Trinidad J.R., « Relation of supervisor social control to employee substance use: considering the dimensionality of social control, temporal context of substance use, and substance legality », Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2012, Vol. 73, n° 2, pp. 303-310.
47. Lutz, G., « Les fonctions professionnelles des consommations de substances psychoactives », *Se doper pour travailler*. ERES, 2017, pp. 205-224.
48. Charon F., Van Woensel G., « Le déni: un symptôme de l'alcoolisme », Revue de la Médecine Générale, 2000, N° 170
49. Bachet D., « Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail », Actes de la recherche en sciences sociales, vol. 188, no. 3, 2011, pp. 54-69.
50. Menecier P. and al. « Le déni en alcoologie, à travers ce qu'il n'est pas. » Drogues, santé et société, vol. 15, no 2, octobre 2016

51. Barotto F., Martin F., "Services de santé au travail : qu'en pensent les salariés ? » Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement Volume 76, Issue 5, October 2015, Pages 431-438
52. MILDT, « Conduites addictives et milieu professionnel » Rapport établi dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008.

ANNEXES :

Table des matières :

Annexe 1 : Guides d'entretiens.....	107
Annexe 2 : Résumé des caractéristiques des personnes interviewées :	110
Annexe 3 : Interview du médecin n°4	112
Annexe 4 : Interview de l'infirmière n°8.....	122
Annexe 5 : Interview du préventeur n°3.....	128
Annexe 6 : Page de présentation du questionnaire en ligne :	139
Annexe 7 : Questionnaire complet et nombre de réponses :.....	140
Annexe 8 : Tableaux statistiques dans leur ordre d'apparition dans le texte (n°2, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26 et 27) :	154

Annexe 1 : Guides d'entretiens.

Guide d'entretien médecins du travail et infirmières :

1. Caractéristiques du répondant :

Sexe

Age

Depuis combien d'années exercez-vous ?

Formation initiale ou reconversion ? Si reconversion : quelle spécialité à l'origine ?

Exercez-vous en service interentreprise, service autonome, fonction publique

De combien d'ETP infirmières disposez-vous ? IPRP ? (Ou avec combien de médecins du travail travaillez-vous?)

Suivi d'une formation pour la prévention des conduites addictives ? Laquelle ?

2. Lien conduites addictives - travail

- Pour vous, quel est le lien entre conduites addictives et travail ?
-les problématiques principales

3. Prévention individuelle primaire :

- (Pour les infirmières) Avez-vous un protocole de questionnement sur les consommations des salariés ?

- Comment abordez-vous le sujet des conduites addictives lors de vos consultations ?

-Dans quelles situations interrogez-vous les salariés sur leur consommation de tabac/alcool/médicaments/drogues illicites ?

-Interrogation ciblée ou systématique

-De quelle manière ? (RPIB, quantification, utilisation d'autoquestionnaires validés...)

- Quelles sont les difficultés rencontrées personnellement à ce dépistage ?

- A contrario, quels sont les facteurs facilitant cet abord ?

- Que faites-vous des données récoltées ?

- Logiciel

- Statistiques

- Une fois que la conduite addictive est dépistée, quelle est votre prise en charge ?

- Examen complémentaire

- Suivi

- Orientation

- (Pour les médecins) Aptitude ?

- Pouvez-vous me décrire une situation difficile à laquelle vous avez été confronté dans votre carrière ?

4. Prévention collective :

- Avez-vous déjà organisé une ou des actions de prévention des conduites addictives en entreprise ?
 - Dans quel contexte ?
 - Seul ou en équipe pluri ?
- Sous quelle forme ?
 - outils de communication,
 - interactivité,
 - Quel message principal
- Impliquez-vous la direction de l'entreprise dans votre action ?
- Avez vous déjà mené une action en collaboration avec des partenaires extérieurs

5. Freins et leviers

- Selon vous, quels sont les principaux freins à la prévention des conduites addictives
- D'après vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer votre prise en charge ?

Guide d'entretien IPRP

1. Caractéristiques du répondant :

Sexe

Âge

Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'intervenant en prévention des risques professionnels ?

Parcours professionnel

Exercez-vous en service interentreprise, service autonome, fonction publique

Avec combien de médecins du travail travaillez-vous?

Suivi d'une formation pour la prévention des conduites addictives ? Laquelle ?

2. Lien conduites addictives - travail

- Pour vous, quel est le lien entre conduites addictives et travail ? (les problématiques principales)

3. Rôle

- Selon vous, quelle est la place des IPRP dans la prévention des conduites addictives ?

4. Prévention collective :

- Avez-vous déjà mené une action de prévention collective concernant les conduites addictives ?

- Dans quel contexte ?
- Seul ou en équipe pluri ?

- Sous quelle forme ?
 - outils de communication,
 - interactivité,
 - Quel message principal
- Avez vous déjà mené une action en collaboration avec des partenaires extérieurs ?

5.Freins :

- Selon vous, quels sont les principaux freins à la prévention des conduites addictives ?
- D'après vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer votre prise en charge ?

Annexe 2 : Résumé des caractéristiques des personnes interviewées :

Médecins	Âge	Sexe	Département	Service	Formation
1	58	Femme	Midi-Pyrénées	Interentreprise	RPIB
2	50	Femme	Midi-Pyrenées	Autonome	ANPAA
3	54	Homme	Midi-Pyrenées	Autonome	Aucune
4	50	Homme	Midi-Pyrenées	Interentreprise	ANPAA + RPIB
5	39	Femme	Midi-Pyrenées	Interentreprise	ANPAA
6	55	Femme	Midi-Pyrenées	Interentreprise	Autre formation (1)
7	47	Femme	Midi-Pyrenées	Fonction publique territoriale	ANPAA
8	59	Femme	Midi-Pyrenées	MSA	ANPAA
9	51	Femme	Midi-Pyrenées	Fonction publique d'état	Aucune
10	35	Homme	Midi-Pyrenées	Interentreprise	ANPAA
11	55	Femme	Midi-Pyrenées	Interentreprise	ANPAA
12	60	Homme	Languedoc Roussillon	Inter entreprise	ANPAA
13	63	Homme	Lenguedoc Roussillon	Autonome	Autre formation (2)

(1) Formation antérieure destinée aux médecins généralistes

(2) Non précisé

Infirmières	Âge	Sexe	Département	Service	Formation
1	43	Homme	Midi Pyrénées	Inter entreprise	Aucune
2	55	Femme	Midi Pyrénées	Autonome	ANPAA
3	38	Femme	Midi Pyrénées	Inter entreprise	Aucune

Infirmières	Âge	Sexe	Département	Service	Formation
4	38	Femme	Midi Pyrénées	Inter entreprise	ANPAA + RPIB
5	52	Femme	Midi Pyrénées	Inter entreprise	ANPAA
6	44	Femme	Midi Pyrénées	Autonome	Autre formation (1)
7	48	Femme	Languedoc Roussillon	Inter entreprise	RPIB
8	53	Femme	Languedoc Roussillon	Inter entreprise	ANPAA + RPIB

(1) Non précisé

Préventeur	Âge	Sexe	Département	Service	Formation
1	27	Homme	Midi Pyrénées	Inter entreprise	Aucune
2	46	Femme	Midi Pyrénées	Inter entreprise	ANPAA
3	35	Femme	Midi Pyrénées	Inter entreprise	Autre formation (1)
4	52	Homme	Midi Pyrénées	Inter entreprise	ANPAA
5	23	Femme	Midi Pyrénées	Inter entreprise	Aucune
6	40	Femme	Midi Pyrénées	Fonction publique territoriale	ANPAA
7	49	Femme	Languedoc Roussillon	Inter entreprise	Aucune
8	58	Homme	Languedoc Roussillon	Inter entreprise	Aucune

(1) inclus dans formation initiale psychologue du travail

Annexe 3 : Interview du médecin n°4

Pour vous quel est le lien entre les conduites addictives et le travail ?

Il est mixte dans les deux sens en fait hein. Le salarié addict apporte sa pathologie dans le collectif de travail et inversement le monde du travail peut être aussi source de pathologies addictives.

Donc le lien est indubitablement fort. Oui.

Quelles sont les problématiques principales pour vous ?

Bah un le risque d'accident dans l'immédiat. Deux en fonction du poste, les risques inhérent au poste. Deux le risque, euh pas les accidents, le... si rien n'est fait pour aider le salarié et son collectif d'aller vers une situation socio médico-professionnelle de plus en plus inquiétante et peut être sans retour à un moment donné pour le salarié jusqu'à la perte, dégradation de son état de santé forcément, perte du poste de travail, et de là bah niveau social, dégradation... Jusqu'au syndrome de Diogène en fait, ce que j'ai déjà vu malheureusement. J'ai un cas présent en tête en effet, un salarié qui se retrouve cloîtré chez lui dans un... à vivre dans un tas d'immondices, en plus plus aucun lien avec personne avec perte évidemment de son travail et complètement désinséré de la société. C'est le cas le plus inquiétant que j'ai eu.

Donc voilà les difficultés que ça peut entraîner.

Après pour l'entreprise effectivement y'a un coût en matière de productivité, un coût social, un coût humain, un coût euh... un coût financier, un coût voilà. L'entreprise aussi est affectée. Le collectif de travail lui aussi est affecté parce que effectivement euh bah c'est un glissement progressif en fait hein. Comme le sujet est assez tabou, au départ entre guillemets on couvre la personne et finalement plutôt que de la couvrir on la laisse végéter dans la situation, dans une dégradation qui est progressive et inexorable en fait. Voilà.

Je sais pas si c'était bien la question à l'origine, mais...(rires)

Oui, oui, oui.

Faut me fermer un peu les questions hein, ou le champ d'expression parce que sinon je...

Bah non c'est le but, c'est des questions ouvertes, même si vous partez sur un autre sujet, c'est pas grave, c'est le but.

Bon très bien alors.

Donc là on va parler de la prévention individuelle, comment vous abordez le sujet avec les salariés ?

Alors euh...Comment..Tout dépend...Y'a pas deux cas de figure identiques...Tout dépend si c'est le salarié qui introduit la question ou si c'est moi-même qui par certains faisceaux de présomption qui pourrait me faire penser que le salarié est sujet à des difficultés avec l'addiction euh...Et tout dépend également du risque auquel est exposé le salarié à travers son poste. Un grutier, un travailleur en hauteur, un commercial qui fait 35000km par an dans sa voiture...En tout cas il est abordé, avec d'emblée toute la complexité éthique. Est ce que je suis le conseiller ou est ce que je suis l'expert en fait, c'est l'injonction éthique paradoxale qu'on impose dans l'activité médecin du travail. Donc je suis expert : ah le salarié boit je vous interdis de reprendre le poste jusqu'à ce que tout soit clarifié. Je suis conseiller : très bien le salarié me fait une confiance, je le maintiens au poste avec des conseils, je le confie au médecin traitant, je le revois à

distance...C'est c'est avant tout un problème éthique en fait, avant d'être un problème médico technique.

D'accord, lors de vos entretiens vous posez la question systématiquement ?

Non pas systématiquement, parce que je peux être aussi un peu naïf, les salariés qui me semble jeunes, en bonne santé ou qui me semble pas, qui me semble au premier abord pas forcément avoir de problème d'addiction donc le problème n'est pas systématiquement abordé.

En fait hein, non soit c'est le salarié qui ouvre la discussion, donc euh, j'estime à ce moment que s'il ouvre la discussion c'est qu'il a besoin de quelque chose. Sinon d'un conseil, du moins d'une aide peut-être. Euh...Ou sinon effectivement au regard de certains, comment dire, des petits signes, de consommation, soit dans le discours, soit dans l'apparence physique, effectivement j'ouvre un peu le..., j'essaie d'aller chercher l'échange.

D'accord, sur l'alcool, sur la drogue, sur...

Alors euh, sur les deux, sur les deux hein, c'est pas forcément une question de produit en fait, c'est plus une question de pathologie addictive en fait.

Sur l'héroïne je pose rarement la question hein parce que les héroïnomanes on en voit peu chez nous ou alors je suis vraiment complètement naïf, et puis en général ils sont très vite désinsérés ou pas insérés du tout donc euh.

En général c'est l'alcool et le cannabis. En général. Dans les populations qu'on rencontre en fait.

Ou le chocolat essentiellement.

D'accord, et est-ce que vous rencontrez des difficultés dans le dépistage des conduites addictives ?

Alors au dépistage lui-même non en fait hein, on a un interrogatoire, un examen clinique, un examen complémentaire, on a des liens avec le médecin traitant ou le spécialiste, euh...c'est pas le problème du dépistage, c'est le...Que faire après que les choses soient dépistées. Comment agir en fait hein.

D'accord, donc justement si quelqu'un vous parle d'un problème de conduites addictives, quelle est la prise en charge ?

Alors la prise en charge à quel point de vue, médicale vous voulez dire ?

Vous, qu'est ce que vous faites oui

Bon déjà faut informer le salarié, euh...être d'emblée clair avec lui, savoir en quelle casquette on pose en fait, est-ce qu'on a la casquette de l'expert ou la casquette du conseiller. Enfin le salarié est libre de s'exprimer effectivement, euh, mais il faut qu'il y ait en amont il connaisse bien le...euh c'est de la pure honnêteté intellectuelle et éthique. Euh...Parce qu'on est vraiment dans...euh...la plupart du temps, du moins au début, sur du déclaratif, le salarié dit ce qu'il veut, ce qu'il a envie de dire en fait, il enveloppe plus ou moins et voilà. On est vraiment sûrs du déclaratif. À ce moment-là, la moindre des choses en amont c'est d'être clair avec le salarié, voilà. Euh..et de poser les choses avec lui. Euh...effectivement on va être son conseiller, mais quelquefois en regard des contraintes qu'il peut y avoir sur le poste de travail on doit avoir à se positionner aussi en tant qu'expert. Pour le protéger lui, mais aussi pour protéger son collectif de travail.

D'accord, donc ce qui est difficile un peu, en tant que médecin du travail, c'est de faire la part des choses entre la prévention et le contrôle finalement?

On est pas médecins de contrôle, mais on nous demande des missions d'expertise, c'est pas un contrôle, mais on doit se positionner, mettre un avis d'aptitude, d'inaptitude sur des critères d'expertise en fait hein, des critères médicaux, et paramédicaux.

D'accord, est ce que ça vous est déjà arrivé de mettre des inaptitudes ? Euh... Comment vous faites au niveau de l'aptitude ?

Y'a pas deux cas de figure identiques, y'a pas deux cas de figure... Les choses sont claires et posées quand c'est un employeur qui m'envoie le salarié : docteur je vous l'envoie parce qu'on pense tous qui picole faut faire quelque chose. Là euh... Effectivement euh... le débat est facilement posé sur la table du bureau, sur le bureau de consultation hein euh... Et on explique au salarié le contexte : bah voilà tout le monde pense savoir que... vous prenez ou pas quelque chose, qu'est ce qu'on fait? en fait hein. Après, tout dépend du cas de figure du salarié. Soit euh... Soit il est dans un déni complet, en fait, de la situation. Déjà il faut avérer les choses, effectivement on a des moyens aujourd'hui soit par l'entretien soit par simple entretien soit par examen paraclinique de... d'attester que le salarié ai une consommation addictive ou à risque soit... à ce moment-là bah on confie au médecin traitant, on confie au médecin traitant, on est pas soignant nous et on, on peut prescrire des examens complémentaires et on pose ou pas une contre-indication temporaire au poste. Ça peut aller jusque là. C'est pas une aberration.

D'accord vous me dites que parfois l'employeur vous envoie des salariés pour suspicion de conduites addictives, ça arrive souvent ?

Oui oui tout à fait oui, souvent.

Est-ce que en général le salarié est au courant de pourquoi il vient ?

Pas toujours, mais en tout cas lorsque l'employeur m'appelle préalablement : je vais vous l'envoyer parce que je crois qu'il picole, j'explique à l'employeur que y'a aucun soucis, moi je vais le recevoir, j'aborderai la problématique avec lui et pour que les choses se passent le mieux possible, pas pour moi hein en consultation, mais pour lui, le salarié, pour l'employeur et pour le collectif de travail, il est conseillé en amont d'en parler avec le salarié. Et de dire... de le recevoir et de lui dire : écoutez-moi en tant qu'employeur j'ai une inquiétude par votre... quant à votre état de santé, j'ai l'impression, certains éléments objectifs pourraient me faire penser que vous avez un souci peut-être d'addiction, je suis pas médecin, je vous envoie au médecin du travail pour que vous en discutiez avec lui, point. Voilà ce que je conseille à l'employeur. Il le fait ou il le fait pas.

S'il le fait tant mieux, euh... s'il le fait pas moi j'aborde, j'explique au salarié : bah voilà votre employeur vous envoie, vous savez pourquoi? Bah voilà je vous le dis, il semble., il semble inquiet pour votre état de santé, par une éventuelle prise de substances plus ou moins licites ou.. donc voilà. Qu'est ce que vous en pensez? Point.

OK, donc vous m'avez dit que parfois vous envoyez au médecin traitant,

Toujours, la plupart du temps

Comment vous le contactez ?

A minima par courrier, que je donne au salarié, on a obligation de respect du secret médical en fait. Donc euh je donne toujours...J'explique toujours au salarié que je rédige à la main, enfin pas à la main, sur un courrier que je rédige pendant la consultation avec le salarié, que je remets au salarié dans une enveloppe non cachetée. Donc il peut en prendre connaissance. J'explique pourquoi au salarié je lui remets ce document, ce que j'en entends et euh voilà.

D'accord, de façon générale y'a une bonne collaboration avec le médecin généraliste?

Oui, ce qui peut manquer c'est la collaboration du salarié, si y'a un problème de conduite addictive et si il y'a un problème de déni ou de non...C'est plutôt ça. Parce que il est libre le salarié de se soigner ou pas. C'est-à-dire que l'addiction c'est une maladie, comme l'épilepsie ou le diabète, les personnes sont libres de se soigner ou pas. Sous réserve de respect de la loi. Règlement intérieur, code de santé publique, code de la route, etc.,mais il est libre de pas se soigner bien évidemment.

D'accord, si on passe sur la prévention collective, vous avez déjà fait des actions de prévention en milieu de travail?

Oui oui.

En entreprise toujours, la plupart du temps, pour un objectif de gens qui se connaissent bien, qui sont concernés par les mêmes problématiques, en fait. Euh...En général bon l'effectif que j'ai en ce moment ce sont des médico-social, des EHPAD, des cliniques, d'anciennes cliniques, voilà c'est l'effectif que j'ai. Alors pas de bâtiment, pas beaucoup de bâtiment finalement. J'ai peu d'industrie, c'est plus du médico-social. Et qui est pas épargné hein, par l'alcool, par les..cannabis.

Quand je parle du contexte, est-ce que c'est vous qui engagez l'action, est-ce que c'est l'employeur, etc.

On est à disposition et/ou on suggère. Voilà. Quand on a identifié un risque voilà dans l'industrie effectivement on a des ateliers sur des risques chimiques, risques liés au bruit, je vais pas lui suggérer un risque de vaccination...Fin de de, un atelier contre la vaccination de l'hépatite B.

En fait c'est en fonction du risque qu'on a pu identifier en consultation, à travers les collectifs dans le travail, à travers les consultations avec les salariés en fait.

Comment ça se passe c'est vous ou votre équipe qui organisez ces actions ?

Là on est vraiment plus dans du médical, c'est pathologies addictives, c'est l'alcool donc c'est moi qui le gère et mon infirmière.

Après pour tout ce qui est risque lié au bruit euh poussières...Quand c'est plus technique c'est la TPRP, plus ou moins avec l'infirmière qui euh...qui met les ateliers en place. Enfin c'est moi qui élabore l'outil avec eux, mais ensuite c'est avec l'outil que...C'est eux qui le présentent en entreprise en fait, si c'est plus dans leur compétence.

Mais là pour l'alcool c'est l'infirmière ou moi qui nous répartissons les tâches.

OK, vous pouvez me décrire un peu les actions que vous avez menées ?

La plupart du temps ce sont des ateliers. Des ateliers, euh alors avec des intitulés différents selon l'entreprise, mais ça s'appelle en général « alcool au travail », c'est des ateliers en fait qui dure une à deux heures. Donc ça, c'est des affiches qu'on remet au chef d'établissement qui placarde ça sur les murs avec la date le jour et voilà.

Donc ça reprend, donc si vous voulez dans le contenu : les différents types de consommation donc les différents produits, effets possibles sur la santé de l'individu et/ou du collectif de travail, c'est toujours en lien avec le collectif de travail hein, aspects éthiques moraux et légaux de l'addiction, comment aider une personne addictive, mais également état d'ébriété au travail. Parce qu'on fait un distinguo entre état d'ébriété et addiction, c'est pas du tout la même chose en fait. Ça peut être lié, mais pas toujours en fait hein. Donc on fait des choses très pratiques en fait hein, très pratique. Qu'est ce que je fais si j'ai connaissance d'un collaborateur que je sais en état d'addiction ou de consommation ponctuelle et qu'est ce que je fais si un matin je vois arriver mon collègue en état d'ébriété. En fait, c'est des choses basées sur l'éthique, le médical et réglementation. Et surtout qu'est ce que je ne fais pas, genre le laisser repartir au volant. Mais c'est des choses très concrètes hein.

Est-ce que vous arrivez à évaluer vos actions ?

Euh... En fait euh évaluer les actions, (soupir)....Belle utopie, euh...belle utopie. Alors bah on a des questionnaires d'évaluation après l'atelier, mais c'est pas ça qui évalue.

En fait il faudrait évaluer à distance alors soit sur chaque situation effectivement de cas qu'on va identifier soit collectivement sur la consommation générale. Euh...Non je suis pas en mesure d'évaluer aujourd'hui. J'ai pas les moyens d'évaluer en fait, hein.

Pas les moyens dans quel sens ?

En fait il faudrait faire une étude prospective en fait sur un instant T. Je sais pas un, 6 mois, 10 mois, 1 an, voir la consommation générale des produits ...Très sincèrement...

-Interruption par coup de téléphone-

Bon donc on en était à l'évaluation des actions, ça vous semble difficile...

Oui, utopique très sincèrement. Parce que là on est vraiment dans une problématique...

On fait un travail de prévention, souvent tertiaire, souvent dans l'urgence et euh... (soupir) on a déjà du mal à participer aux enquêtes qui sont organisées type SUMER ou autre vous savez. Ça l'évaluation ça reste un, surtout sur une période aussi longue.. Euh j'aurai du mal depuis mon poste, depuis mon bureau et depuis mon euh..à la mettre en place très sincèrement.

Mais c'est vrai que vous avez raison théoriquement, c'est le seul moyen de savoir si on est vraiment efficace en fait, et de changer nos méthodes ça c'est évident, c'est évident.

Mais (soupir), faut réussir à nous entendre.

OK, quand vous organisez une action de prévention collective, vous impliquez la direction ?

Oui oui oui. Oui, oui.

Et bien en fait on a deux types d'ateliers. On en a un qui se destinait plus aux cadres et responsables hiérarchiques et... tout dépend de la taille de la structure en fait...et l'autre qui était plus commun où y'avait les deux à la fois les salariés et... On avait fait un atelier qui était spécifique aux cadres. Directeurs et cadres intermédiaires. Justement par rapport à la réglementation, qu'est-ce que je peux faire, qu'est-ce que je suis en droit de faire ou pas ? Et ensuite par rapport à la conduite à tenir pratique, la mise en place de procédure...

Mais sinon la plupart du temps on demande et on préfère que les responsables, du moins les N+1, soient présents effectivement. Voilà pour ceci.

Juste pour revenir sur la prévention individuelle, les données qu'est ce que vous en faites, vous avez un logiciel ?

Oui oui on a un logiciel.

Vous en faites des statistiques ?

Non, alors on a un problème d'outil. Au jour d'aujourd'hui on a un outil qui ne nous permet pas de faire, qui est très complet dans la saisie, mais qui nous permet pas de faire des statistiques en temps réel.

Et moi médecin du travail, qui ai rempli l'année précédente mon dossier pour chaque salarié bien comme il faut, l'entreprise me demande des données : non je peux pas le traiter.

Voilà il faut que je passe par des intervenants qui pourront peut être, sous un certain délai, et sous certains critères, sous certaines conditions avec certains éléments seulement me faire une restitution. Donc non, les statistiques.

Alors nous, on a développé, dans mon équipe on est les seuls à faire ça, en fait on développe des outils accessoires parallèles qui nous permettent, mais en matière de RPS, d'avoir bah, c'est une dizaine de questions. Donc c'est un outil qui permet vraiment en temps réel, par rapport à un tableau Excel d'avoir une photographie, même un film du RPS. Même en matière d'étiologie hein en fait, c'est-à-dire qu'on arrive à interroger le salarié sur du...a prendre en considération tous les arrêts maladie, qui serait en lien selon les salariés avec son activité professionnelle. Mais qui ne sont pas considérés, étiquetés comme accident du travail ou maladie professionnelle. En fait, c'est un peu le type MCP. On interroge à la fois sur l'existence d'un arrêt maladie, sur l'existence d'une prise de traitement en lien ou à cause du travail et le symptôme ou pathologie en fait. Voilà donc pour avoir ça j'ai développé des outils parallèles.

Donc non, pour répondre à votre question, aujourd'hui non pas de statistiques. Et c'est dommage.

Est-ce que vous pouvez me décrire une situation difficile à laquelle vous avez été confronté par rapport aux conduites addictives ?

Euh bah...la plus difficile... bah (soupir) d'un point de vue éthique le gars qui a fini en syndrome de Diogène reclus chez lui dans un tas d'immondices, fin, un monsieur sympathique qui travaillait dans une fonderie, qui avait 15 ans de boîte. Il était scieur industriel. Donc il sciait, toute la journée il passait des pièces, il a jamais été en état d'ébriété. Par contre euh...Voilà.

Bah du coup malgré plusieurs tentatives, on a, avec l'employeur hein avec la collaboration du CHSCT, employeur, médecin traitant, on a même pris pour lui une consultation à l'hôpital vous savez en prévention addiction, etc.C'est même quelqu'un de l'entreprise qui l'a amené à la consultation. Rien à faire. Y'avait proposition de prise de sang de suivi par l'assistante sociale, par les spécialistes...Rien à faire. Donc il a fini par partir. Abandon de poste.

Donc lui c'était difficile d'un point de vue éthique. C'était difficile de le retirer du poste parce que je savais qu'il allait se jeter sous un train ou finir dans un fossé quoi, mais finalement il est parti de lui même et euh...la difficulté de le laisser au poste aussi parce que le gars il avait jamais eu un seul accident de travail donc euh, mais il aurait pu...Un seul accident il aurait pu se couper la tête en fait. Donc c'était plus éthique. Éthique euh...Là je l'ai laissé au poste. Après on avait trouvé un...C'est difficile c'est pas une grande structure donc à un moment donné on a pu le positionner sur un autre poste, mais il a fini par euh..partir. Après euh...

Une infirmière aussi que j'ai vue en visite d'embauche. La cinquantaine qui sentait très bon, hyper bien présentée tout ça. Bon elle fumait comme un pompier, mais ça.. Donc à l'examen d'embauche RAS, je la note apte effectivement et ensuite j'apprends qu'il y'a eu des soucis au niveau de son poste. De comportement, troubles de l'humeur, de de fautes aussi en matière de prescription, fin de distribution de médicaments, et j'apprends par son employeur qu'en fait elle faisait le tour. En fait elle avait un problème d'addiction effectivement qui avait été suspecté très vite au niveau du travail, qu'elle faisait le tour des établissements, qu'elle tenait trois, six mois et voilà. Donc je pense que pour la visite elle avait tenu 3-4 jours sans boire, euh elle s'était parfumée, pomponnée pour paraître hyper clean euh...et le temps de la consultation, elle a réussi à maîtriser, enfin tout ce qu'il y avait à maîtriser mais que...Bon après je l'avais revu, l'employeur me l'avait adressée, euh là y'avait quand même un danger parce qu'elle commençait à laisser quand même traîner des aiguilles d'insuline, de dextro partout, y'avait un risque pour le..d'accident pour elle même, y'avait les escaliers, etc.Le collectif ça commençait à monter un peu en tension dans le collectif de travail donc euh j'ai du lui poser une contre-indication temporaire au poste, m'entretenir avec elle : écoutez aujourd'hui c'est plus possible. Je le lui ai donc remis un courrier : écoutez je sais pas ce qu'il se passe, mais il faut l'évaluer et se faire accompagner si besoin. Elle était donc partie voir son..son psychiatre et addictologue, finalement j'ai appris qu'il la suivait depuis des décennies, qu'il avait jamais rien pu faire. Et elle a fini par...Alors je l'avais pas mise inapte, mais par quitter le poste, je crois. Par démissionner ou quelque chose comme ça. Bon c'est malheureux hein, mais...

Et ensuite elle m'avait rappelé, « oui docteur vous vous rappelez de moi je suis madame, voilà on s'était vu je travaillais pour... et voilà si je trouvais un poste là si je reviens vous voir pour une visite d'embauche est-ce que vous laisserez passer en visite d'aptitude ? » J'ai dit « bah Mme est-ce que vous avez toujours les problèmes que vous aviez dont on avait parlé ? » elle m'a dit oui « est ce que vous vous êtes fait soigner, est-ce que vs soignants considèrent que vous êtes guérie ? » elle me dit non. Et ben voilà. Donc du coup je l'avais même pas vu en visite de réembauche d'ailleurs.

Mais euh c'était un peu difficile à l'époque pare que ça avait été un peu tendu hein. Ça avait été un peu tendu, mais y'avait un trouble de la personnalité, c'est une dame qui avait des soucis personnels (sourir), moi je me demande si elle était capable de s'en sortir aussi hein...

Voilà après... Les cas les plus difficiles c'est quand le salarié veut continuer à travailler et qu'il est dans le déni. En fait. C'est un cas éthique. Mais après...Mais bon c'est pas pour autant qu'il faut se laisser...Y'a un danger. Y'a un danger donc il faut...Il faut pas se laisser fléchir. Et surtout pas par empathie en fait. Il faut être empathique et à l'écoute, mais il faut pas laisser l'avis d'expertise se...comment dire...se laisser balayer. Comment dire...Il faut pas la position de l'expert se laisser balayer par l'empathie du médecin, pare que sinon je vois pas le salarié par rapport au collectif et puis on est pas crédible quoi, c'est pas ce qu'on attend de nous en fait.

D'accord, et quand quelqu'un est dans le déni comme ça, est ce que vous avez des outils ?

Et ben oui, oui. Bah tout dépend du poste. Un poste de comptable, si le monsieur il veut boire et que bon il reste assis devant son écran et qu'il y'a aucun danger, qu'il conduit pas dans le cadre de son activité je le laisse au poste hein, bah écoutez essayez de vous soigner si vous voulez. Je suis à votre disposition. À la rigueur, un médecin du travail, si y'a pas de risque, si cette conduite addictive n'est pas un risque surajouté par rapport à son métier, j'ai pas de raison de l'empêcher de travailler en fait, au contraire.

Par contre si le gars il est routier, s'il monte sur un échafaudage ou s'il fait 30000km par an au volant de sa voiture, là je vais devoir me positionner clairement en tant

qu'expert. Que je lui explique que tant que médicalement il est pas hors de danger je peux pas le laisser revenir au poste.

Comment vous vérifiez qu'il est hors de danger médicalement ?

Bah je demande l'avis du spécialiste.

Après on a aussi possibilité de faire des dosages, prises de sang euh...C'est l'avis des spécialistes, des confrères.

Ça vous arrive de suivre les gens avec des dosages sanguins ?

Arf oui. Là j'en ai vu un y'a pas longtemps, il était très gentil garçon, euh...Son employeur me l'envoie « bah docteur je vous l'envoie parce qu'il était...j'ai été le chercher sur le lieu de travail » Il est au service des alarmes vous savez « euh, mais il était bizarre il s'est endormi pendant tout le trajet, pendant deux heures de route, je suis allée le chercher parce que j'arrivais pas à comprendre ce qu'il me disait et je me demande s'il boit pas ». Très bien, gentil monsieur, il a pas l'air de boire hein. Y'a souvent des stigmates hein à partir d'un certain stade, pas toujours, mais...

Et le gars me dit « non, mais c'est parce que j'ai été opéré du dos » effectivement il a reçu une arthrodeuse enfin c'était terrible, « je souffrais tellement j'ai pris des médicaments, j'avais pas dormi la nuit, ce médicament-là il m'a shooté complètement et du coup j'ai eu une crise douloureuse hyperalgique et j'ai pas pu continuer à travailler j'ai appelé mon patron et je me suis endormi dans la voiture parce que j'ai pas dormi la veille ». Très bien. J'allais signer mon document donc apte, tout est logique, clair, cohérent, une explication, le gars a l'air à peu près clean. Mais je me souvenais de l'employeur qui m'avait dit, tiens je me demande s'il boit pas. Bon. Alors j'explique au salarié...écoutez avant de signer la fiche, quand même je suis un peu inquiet par rapport à ce que...certains éléments tout ça il faudrait vraiment que je vous fasse une prise de sang et qu'on évalue ensemble votre état de santé. Et je lui explique là effectivement cette prise de sang par rapport à une consommation...J'aborde le problème de la consommation d'alcool, il me dit « non non pas tant que ça, une ou deux bières par jour de temps en ... » écoutez on va vérifier au regard de l'enjeu qu'il y a, c'est pas le fait de boire une ou deux bières qui est dangereux, c'est le fait de l'associer à des médicaments. Et là je lui propose les CDT, je lui propose un bilan hépatique.

Et à ma GRANDE surprise quand même hein, à ma grande surprise les CDT étaient au plafond. Alors un gars qui est addict peut conduire, théoriquement, s'il est pas en état d'ébriété. Vous voyez la nuance. Mais là en l'occurrence l'employeur m'avait informé que peut être le gars buvait, effectivement y'avait, la personne me disait effectivement je consomme de l'alcool, les CDT montraient effectivement qu'il y avait une consommation un peu trop exacerbée. J'ai dit stop vous vous arrêtez quoi. Vous vous mettez en arrêt maladie, vous faites le point avec votre médecin traitant. Et on se revoit. Alors le gars avait été très étonné, mais il était pas, il aurait pu avoir une réaction très agressive, mais il était compliant. Il m'a dit « ah bon vous m'étonnez » et puis il a été lui aussi surpris concernant le taux de CDT « je comprends pas docteur ». Donc il s'était fait accompagner, bien évalué sa situation, réduit sa consommation. Je l'avais revu je sais plus quelques semaines après, CDT normalisées. C'était ça que je lui demandais en fait. CDT normalisées. C'était un bon cas de figure. Mais il a fallu introduire la notion de consommation quoi c'était un peu...Et lui interdire le retour au poste surtout ouais. C'est difficile, c'est difficile. On ne donne que des avis. C'est ce qu'on dit à chaque salarié : écoutez-moi j'ai un avis, si je pense blanc je vais pas vous dire gris, si je pense gris je vais pas vous dire blanc. Maintenant vous avez le droit d'être...De pas aller dans mon sens, d'avoir un avis différent, y'a pas de soucis, vous pouvez le contester même, mais je...On est obligé de poser sur notre fiche l'avis qu'intellectuellement on a élaboré quoi. On peut pas proposer autre chose que ce qu'on pense en tant qu'expert.

Avis d'expert dans le sens ou c'est un avis d'expertise qu'on nous demande. Non pas qu'on se prétende expert. Voilà.

D'accord. Donc là je repars sur le collectif. Vous avez déjà mené des actions avec des partenaires extérieurs ?

Alors des partenaires...Oui. Avec euh...Bah on a fait le projet FIRST vous connaissez FIRST? C'est une action sur la prévention routière à l'échelon régional en fait, bah là c'était il y'a 15 jours on a participé aussi, on a fait des ateliers. Donc un atelier euh..ou on propose un petit questionnaire vous savez sur la consommation, sur un PC. Euh...Un parcours, vous savez un parcours qui simule avec des lunettes qui simulent un état d'ébriété, c'est assez ludique. D'ailleurs on l'a introduit dans nos ateliers et après moi je fais une sorte d'ateliers un peu ouverts avec les salariés qui étaient là, de questions/réponses sur les problématiques liées à l'alcool et la conduite. Voilà. Donc voilà nos partenaires donc y'avait qui...Y'avait plusieurs personnes, partenaires, y'avait la prévention routière, y'avait la DIRECCTE aussi je pense qui y'était, la CARSAT aussi sans doute, y'avait ..Donc voilà.

Après sur les partenaires euh...Ils viennent pas souvent nous chercher donc euh.. Non pas d'autres partenaires à part la formation initiale. Voilà.

Pour conclure et résumer finalement pour vous quels sont les plus gros freins à la prévention des conduites addictives en tant que médecin du travail?

Bah l'éthique en fait. L'éthique. L'éthique et l'enjeu socioprofessionnel qu'il y a derrière. C'est à dire l'éthique parce qu'il faut qu'on ait un positionnement clair et que le salarié nous confie quelque chose en tant que conseiller et derrière on change de casquette on lui dit « maintenant tu retournes pas au poste ». C'est un frein en fait hein. Alors qu'il faudrait peut être qu'il y ait un médecin de contrôle et un médecin-conseil, mais c'est l'éternel débat hein. Mais c'est un frein. C'est un frein.

Et après c'est l'enjeu qu'il y a derrière après pour le salarié. Ça veut dire, on va prendre une décision, s'il arrive pas à se soigner on sait qu'il va descendre jusqu'à la fin et si on lui met le barrage, fin l'interdiction de reprendre son poste, c'est aussi un enjeu pour lui avec perte de salaire, avec un enjeu social, avec une souffrance exacerbée aussi et..C'est ça en fait les freins.

D'accord, c'est la responsabilité ...

Oui la responsabilité éthique, morale et... Parce que l'expertise, c'est pas le souci ça, mais si on est clairement positionné en tant qu'expert, y'a pas de problème. Et pareil en tant que conseiller. Mais c'est l'imbroglio des deux. En fait éthiquement ça pose souci. Mais bon c'est le job.

C'est le job.

OK, et est ce que vous voyez des leviers au contraire, des choses qui peuvent aider à la prévention des conduites addictives ?

Euh...A la prévention des conduites addictives euh...qu'est-ce qui pourrait aider euh...qu'est-ce qui pourrait aider, qu'est-ce qui pourrait aider euh...

Peut être euh...d'un point de vue médical, qu'on ai plus à disposition d'intervenants : des soignants, d'accompagnants, d'addictologues, de psychiatres, etc., qu'on est plus un réseau. Parce que souvent c'est souvent le trépied entreprise/ médecin du travail/médecin traitant hein c'est un trépied vous voyez il faut des liens entre ces trois intervenants, pour que ça marche en fait hein. Donc peut être que si on avait un réseau plus...Plus important de soignants avec des correspondants, des

compétences en interne vous savez, je trouve que ce serait plus facile pour aider les gens en fait. Alors on a des assistantes sociales d'un côté, on a...

Et ensuite des campagnes, alors nous à notre petit niveau, mais on a pas l'ANPAA vous savez ou l'INPES je sais pas. Faudrait que niveau communication ça vienne d'en haut. Que les ministères développent des campagnes de promotion de lutte contre les..vous voyez.

Comme en novembre le mois sans tabac par exemple

Par exemple! Et nous on a pas ces moyens-là. On a pas ces moyens-là et nous on deviendra partenaire pour décliner en interne. Parce que vous savez, ça, ça interesse qui? L'alcool là les entreprise, que les gens qui ont été confrontés hein. Et en fait on arrive...C'est la prévention tertiaire quoi. C'est à dire soit y'en a un qui a je sais pas, soit qui a eu un grave accident soit..Pour qu'on se dise : peut-être qu'on va faire intervenir la médecine du travail.

Donc euh une vraie prévention à travers la communication, mais qui prenne des... qui vienne d'en haut : le ministère du Travail et de la Santé.

Voilà.

Est-ce que vous voyez quelque chose à rajouter sur votre pratique ?

Euh...Alors effectivement les addictions c'est dur de les distinguer, c'est le corollaire du RPS en fait. RPS et addictions souvent c'est...c'est un tout. On peut pas la traiter... On peut pas la traiter séparément du RPS en fait. Faut la prendre dans sa globalité en fait. c'est la partie immergée de l'iceberg. La partie extrême et immergée de l'iceberg, l'addiction.

C'est les salariés plus vulnérables qui qui se...parfois, pas toujours, mais parfois pour des raisons qui peuvent être en lien avec leur environnement professionnel se mettent à devenir addicts ou à consommer...Donc euh...C'est un point d'appel, il faut creuser. De pas rester focalisé sur la personne. Pas voir un salarié qui boit, mais euh... qui fume, mais euh...creuser en profondeur. Voir ce qui se passe derrière tout ça et pourquoi en fait hein.

Et nous en tant que médecin du travail forcément on en revient à l'analyse des conditions de travail, de l'environnement de travail..

Si l'environnement de travail est malsain, ou mal adapté c'est pas forcément euh..Comment dire...c'est toujours plus facile de décrocher quand on a un environnement de travail qui est sain, adapté, dans lequel il n'y a pas de RPS vous voyez.

Même si c'est pas toujours le travail qui est la source ou la cause hein. Mais c'est plus facile.

Annexe 4 : Interview de l'infirmière n°8

Pour vous quel est le lien entre les conduites addictives et le travail?

Alors...quel est le lien?

Euh...le lien par rapport à mon activité, quand je rencontre ...ou plus général?

Le lien on va dire de cause à effet et les problématiques principales.

D'accord. Euh...Donc bon...donc comment. C'est vrai qu'on a un peu, de par la littérature et de par le travail que l'on a pu faire sur la thématique, c'est vrai qu'on peut voir dans tout ce qui est...toutes les problématiques de surcharge de travail, de pression temporelle de...engendrent...peuvent engendrer des consommations de... substances psychoactives.

Euh...essentiellement sur aussi des rythmes particuliers ou dans l'hôtellerie comme j'avais eu moi le premier signe c'était avec les coups de feu, les rythmes de nuit, les week-ends, où là donc avait été ...on avait pu donc voir des personnes en mésusage.

D'accord OK, après au niveau de la prévention individuelle, comment vous abordez le sujet avec les salariés ?

Alors euh...Avec les salariés donc depuis...nous avons donc euh notre logiciel métier donc il y'a le questionnement par rapport aux substances. Euh...Et euh...Bon, on a changé de logiciel l'année dernière et on a tenu donc à conserver et même à améliorer...enfin améliorer...à augmenter le panel de questions par rapport à cela. Auparavant donc sur le logiciel Stetho on avait euh..le tabac, l'alcool et autres substances. Et puis là avec le logiciel Préventiel donc on a...ajouté bon ce qui était aussi noté, mais on l'a rajouté : le cannabis, les autres drogues et les médicaments et autres. Parler d'addiction au travail, d'addiction...donc ou...cyber addiction enfin... Avec des questions « oui » « non » et puis donc c'est euh...c'est euh...prémonté avec une case où là on peut noter euh...les dires des salariés. Et puis ce que l'on a fait donc informatiquement, on a implanté les questionnaires euh FACE parce que bon il fallait en choisir un. On a choisi le FACE avec les médecins. Le Fagerstrom et le CAST. Et euh...ce sont des questions que je pose moi tout le temps. Essentiellement donc sur le...le tabac et puis du tabac je demande si Non parce que c'est « fumez-vous? » je crois la question et donc c'est...je demande si y'a que le tabac ou si c'est le cannabis et de là bon on développe la question.

Et donc alcool, tabac et cannabis puis si y'a autre chose.

OK ça marche, donc vous posez toutes les questions systématiquement et même les questionnaires FACE, CAST...?

Non, alors non. Les questionnaires c'est si il y a un mésusage à la déclaration euh...là de ce fait. Ou si la personne est intéressée parce que je demande « est-ce que vous avez la volonté de...est ce que vous avez essayé d'arrêter ? Est-ce que vous avez la volonté d'arrêter? Est-ce que... » donc là si...dans ce cas-là je pose les questions. Ou si il me parle de sa consommation de cannabis là je le fais oui. Mais Fagerstrom c'est pas tout le temps hein. Mais alcool et cannabis bon...si c'est en mésusage...cannabis c'est tout le temps.

OK, après vous m'avez dit que vous étiez formée pour le RPIB, est-ce que vous le pratiquez ?

Comment ?

Est-ce que vous le pratiquez ?

Alors le RPIB je le pratique euh...bon j'ai eu deux formations enfin deux journées donc euh...j'ai pas un savoir énorme sur la question. Donc...le RPIB pour moi ça

consiste, donc déjà à demander si ils consomment, après à lui faire faire donc le...si c'est en mésusage à faire faire le FACE. Après à lui expliquer voilà, la consommation...le verre standard...C'est souvent...ce que je préfère moi c'est en échange et lui demander donc lui parler des effets sur la santé et...lui ce qu'il ressent, s'il a la volonté de s'arrêter, s'il connaît des personnes qui pourrait l'aider et après c'est de lui donne un support donc c'est...on avait commandé les livrets « ouvrons le dialogue » de l'INPES donc dans ce cas-là je lui en donne un. Et puis nous on avait fait un petit dépliant sur les ressources et les coordonnées locales et nationales. Donc là je lui donne. Et puis avec l'ANPAA des fois je lui précise selon où il habite les coordonnées de l'ANPAA. Et d'une autre association là, des petits, on avait eu des liens pour le suivi des salariés qu'on envoyait.

D'accord ça marche. Après les données du coup donc vous les mettez dans le dossier?

Oui. Dans le DST ouais.

Et est-ce que vous l'utilisez à des fins statistiques ?

Alors (rire) euh...pour l'instant donc le logiciel...Sur Stetho on le faisait pas et là donc le but c'est de le faire donc avec le nouveau logiciel que l'on a, on l'a mis en place en juillet dernier, et donc là oui là c'est...c'est ce qu'on voudrait faire

C'est prévu quoi

Tout à fait, en objectif ouais.

Ça marche. Donc une fois que vous dépistez une conduite addictive, qu'est ce que vous faites ?

Alors euh...Bah c'est selon le poste généralement aussi hein, selon donc soit j'en réfère au médecin immédiatement sur un poste à risque donc là généralement j'oriente la personne vers le médecin, ça a été ce qui a été protocolisé chez nous. Et euh...Après euh...si c'est un mésusage bon qui ne pose pas de danger ni pour la personne ni pour euh...dans son poste de travail, ni par rapport à lui ni par rapport à autrui donc dans ce cas là euh...soit je fais un courrier au médecin traitant soit je lui donne les coordonnées du...du...des structures alentours quoi.

Et après donc de toute façon je staff les...parce que les dossiers avec des problématiques donc ça en fait partie, on les staff au médecin du travail. Dans ce cas-là on peut être amené à...elle le médecin peut-être amené à revoir le salarié.

D'accord. OK ça marche. Donc ensuite est-ce que vous, vous avez déjà été confrontée à une situation difficile par rapport à un salarié qui avait une conduite addictive et vous avez pas su quoi faire ?

Euh...Non. Enfin difficile euh...La difficulté pour moi ça ...ouais ça reste la consommation avec le cannabis hein. Bon avec la...la législation. Avec le fait de l'illégalité du cannabis. Du tabou par rapport à la consommation. De....Donc il est vrai que pour moi c'est le plus difficile pour la conduite...pour avoir une conduite à tenir et généralement bah je passe le relais au médecin. Hein pour nous on passe...C'est euh voilà. On en parle avec le médecin par la suite quoi.

Ça marche. OK. Donc après vous m'avez dit aussi qu'au niveau des addictions sans substances donc addiction au travail, addiction aux jeux tout ça, vous en parliez aussi de temps en temps ?

Mmh mmh.

Quelle est votre prise en charge dans ces cas-là? Si vous repérez, je sais pas, une addiction au travail, une addiction aux écrans...

Ouais...Bon là ça c'est pas souvent...Addiction aux écrans j'en ai pas eu, je crois que j'en ai jamais vu. Sauf bon peut être quelques jeunes, mais bon ça n'impactait pas leur santé enfin y'avait pas de trouble du sommeil et autres donc euh... Généralement je les mets en garde ou euh...voilà je communique sur les conséquences que cela peut avoir sur leur santé et euh...Pour tout ce qui est travail par contre on a une...deux psychologues du travail là dans le service. Et avec un psychologue du travail donc on a travaillé...on a donc réalisé un guide sur les addictions et avec elle donc on échange et euh...généralement on oriente les personnes vers elle. Voilà.

Tout en étant donc sur un échange avec le médecin. C'est toujours avec le médecin qui euh...qui coordonne le suivi quoi.

Ouais ouais d'accord; Vous avez un fonctionnement très pluridisciplinaire.

Mmh mmh.

Et après au niveau de la prévention collective, est-ce que vous avez déjà mené ou participé à une action de prévention collective sur le thème des conduites addictives ?

Alors euh...Donc on a mené plusieurs sensibilisations. Donc c'était suite à des demandes d'employeurs. Donc euh...en 2012 donc on a commencé euh...à en faire une et donc là donc on l'avait travaillée donc avec la RH, avec le médecin du travail, avec la psychologue du travail et moi. Et donc on avait essayé de cerner la demande euh...C'était entre autres dans une entreprise où y'avait une problématique RPS. Donc euh...et le...l'employeur voulait qu'on intervienne sur la problématique cannabis. Donc euh...avec le médecin du travail et le psychologue donc on avait fait...on avait parlé du document unique, de reprendre une démarche de prévention globale et euh...pour ne pas donc centrer la problématique sur le cannabis, mais justement sur bah les conséquences du rythme de travail, des...des relations travail/consommation.

Donc euh...Cela et puis après donc on était allé en entreprise faire une sensibilisation auprès des salariés. Il y avait donc la DRH qui était présente, les responsables et donc avec un diaporama que l'on avait effectué et puis bah de façon participation active quoi, où les personnes posaient des questions. Et puis après avec des supports, des livrets et puis les coordonnées ressources locales de données.

D'accord ça marche. Euh...OK. Est-ce que vous arrivez à évaluer vos actions ? Évaluer l'impact ?

Non alors ça, voilà. Ça donc on a fait...Justement c'est aussi un objectif qu'on a. On avait fait une autre...Enfin fait une sensibilisation et donc là c'est la deuxième année donc ça devient...disons on peut plus évaluer et puis...Le soucis c'est que l'entreprise où on était allé là, on a changé de...moi j'ai changé de centre donc je les suis plus. Et là par contre depuis 2 ans on fait une sensibilisation donc euh...sur toute conduite addictive dans une entreprise de transport et on l'a reconduit d'une année à l'autre avec une forte implication des...de l'employeur et de l'équipe dirigeante et avec les DP, avec....Et donc le plus c'est que l'on reçoit, enfin moi je vois ainsi que le médecin les salariés en entretien en suivi individuel. Donc là c'est vrai que cela nous permet d'avoir une meilleure évaluation au niveau de la consommation et au niveau du discours que l'on peut être amené à formuler lors des sensibilisations. Et donc là ce qu'on voulait faire et dans le guide qu'on a proposé là c'est de faire une grille d'évaluation à la fin de la sensibilisation. On l'a encore pas mise en pratique. Pour justement réajuster à chaque fois ce que l'on peut apporter. Donc d'une année à l'autre là on l'a fait avec des...la première fois bon c'était assez diaporamas avec participation active, mais sans questionnement puis là on avait fait des petites...des petits jeux enfin des questions où ils devaient répondre sur le verre standard, la consommation, sur euh...donc bon. Donc c'était ouais intéressant par rapport à ça

quoi. Voir un peu l'impact de ce que l'on pouvait dire et il était intéressant de reformuler ou pas.

Et donc dans ces questions est-ce que vous avez déjà impliqué des partenaires extérieurs ?

Alors on l'a jamais fait euh...pour l'instant. Euh...Pour l'instant bon...Y'avait eu une journée prévention si, on avait été sollicité, toujours la même chose, par une grande entreprise de transport là et c'était sur une matinée et y'avait plusieurs participants et entre autres l'ANPAA. Mais on était en collaboration, mais on avait présenté nous même notre euh...en fait c'était un peu sur ...une sensibilisation collective et puis on pouvait...donc y'avait le médecin et l'infirmière et chacune notre tour on recevait les salariés qui voulaient avoir euh...plus d'explications en individuel ou avoir un questionnaire. Et on avait complété par tout ce qui était hygiène de vie et donc rythme euh...sommeil, alimentation et donc selon la demande du salarié on le prenait à part, un endroit où on était en confidentialité, et voilà. Mais on a ja...pour l'instant donc on a pris contact donc avec l'association arc-en-ciel là sur Montpellier où là moi je travaillais sur Lunel avec eux. Mais on a jamais présenté ou sensibilisé les entreprises avec eux. C'est vrai que ça a été réfléchi mais on l'a jamais mis en pratique.

OK, alors moi je suis sur Toulouse donc je connais pas, c'est quoi l'association Arc-en-ciel ?

Alors l'association arc-en-ciel bah c'est une association où il y a un CSAPA, ils sont sur plusieurs sites, sur euh...sur Montpellier, sur Sète et sur Lunel et donc c'est de l'accompagnement aux personnes ayant une conduite addictive ou des conduites addictives quoi.

Donc ça peut être soit l'accompagnement des familles, des proches et puis ils ont par exemple le Zinc qui fait parti de l'association là, voilà ils reçoivent des personnes avec des consommations de drogues...toute drogue quoi. Y'a un suivi avec un addictologue, y'a un éducateur...

D'accord, comme dans un CSAPA ouais.

Ouais ouais voilà ouais. Ils sont sur plusieurs sites et sur plusieurs entités quoi.

Alors pour finir, pour vous quels sont les principaux freins à la prévention des conduites addictives ?

En santé au travail?

Oui en santé au travail oui

(rire) Ah oui...

Alors les freins, mmh mmh. Les freins...bah ouais. Je vais vous dire que ouais c'est quand même complexe hein. Parce que en parler...moi je vois ça fait depuis 2011 je me suis penchée sur la problématique et donc ça fait depuis 2011 que j'ai voulu faire un guide...déjà d'en parler avec les médecins et de connaître leur...leur pratique par rapport à la question. (rire) D'essayer d'avoir un consensus...par rapport à la question.

Ah ça c'est (rire) c'est beau

N'est-ce pas ? (rire) Ça me semblait important que par exemple la personne à l'accueil puisse répondre, sache répondre à une problématique addiction : l'employeur qui téléphone qui demande, son salarié est en état d'ébriété est ce qu'il peut l'amener ? Qu'est ce qu'il peut faire ?

Donc ça me semblait important qu'il y ait euh...quelle est la conduite à tenir et quel relais sur un médecin. Et éviter que l'information se perde en route et que l'on sache pas trop y répondre. Ou selon le médecin on lui disait : bah soit vous allez chez le

médecin traitant, soit vous venez dans le service et...Donc ça c'était très compliqué, ça c'est toujours pas fait d'ailleurs.

Euh...On a...en 2014 dans le projet de service donc, on a fait une...une fiche action par rapport à la problématique et donc avec l'objectif d'élaborer un guide à l'attention des employeurs et donc à l'attention de l'équipe pluri. Et euh...donc on s'est...y'avait dans le groupe la psychologue du travail, y'avait une assistante en santé travail qui avait manifesté justement des demandes des employeurs par rapport à ces problèmes et elle était elle aussi en demande de réponses claires pour pouvoir les donner rapidement. Et euh...donc y'avait 2 médecins et moi. Et donc on voit que...et bien...C'est pas simple parce que...c'est quand même un sujet qui reste tabou, qui reste...où y'a la responsabilité de chacun qui est en...en cause, qu'il y'a beaucoup de non-dits, que l'on préfère euh...des fois ne pas le noter pour ne pas avoir de problèmes si y'a quoi que ce soit après. Euh...donc bon faire un guide ça...ça occasionne pas mal de questionnement quoi, parce qu'après ce sera écrit et...et même notre...la direction aussi est assez sur ses réserves en disant « attention c'est notre responsabilité si on note ça » voilà.

D'accord, y'a un problème un peu médico-légal

Oui, voilà. Mmh. Donc ça traîne beaucoup quoi.

Et c'est quoi qui gêne finalement ? Qu'est-ce qui fait peur niveau légal?

Bah c'est que l'on se retourne après sur euh..sur le médecin si jamais il y a un accident que l'on a noté la prise de cannabis et que euh...rien a été fait ou que...on a peut être pas fait assez ou voilà.

Je comprends. D'accord.

Donc ça c'est vraiment le...ouais..la difficulté. Bon c'est plus qu'un frein, c'est plutôt une difficulté que l'on voit. Et puis des fonctionnements différents selon...selon la pratique des médecins quoi.

Donc pour trouver un consensus et pour faire un guide c'est pas...pour mettre à plat une conduite à tenir c'est...ça a pas été évident. Et puis y'a eu les différentes lois ou jurisprudence avec la dernière en date de Décembre avec le conseil d'état là qui (rire), qui euh...autorise les employeurs là à effectuer des dépistages parce que c'est souvent ça qui ressort hein, la demande des employeurs. Et euh...donc euh..ça aussi c'est ...c'est ça c'est d'être euh...C'est très évolutif quoi.

Et puis après bon moi je dirai le frein c'est quand même le...oui le...fin au niveau du manque de formation, de connaissances, de relation avec les structures spécialisées. De...réseau qui n'existe...inexistants. Donc ça c'est vrai qu'on...donc on, inexistant aussi par manque de temps hein parce qu'on est sur, vous le savez quoi, différentes missions, diverses et variées et que bah il faut prendre le temps de les contacter. Donc nous on s'était déplacé pour aller voir la directrice de l'ANPAA de Montpellier, mais après bon bah il faut...niveau...pour la concrétisation du réseau voilà, ça engendre encore plus de temps, comment on fait euh...est ce que...La frustration qu'on peut avoir pour orienter un salarié c'est qu'après on sait pas si il y est allé...c'est ce qui a été dit, le retour, ce que l'on peut faire nous la prochaine fois qu'on le verra...

Pour l'instant nous ici on fait pas revenir les gens sauf certaines fois sur les postes particuliers en fonction aussi si il y a eu une incidence avec le travail bon on fait revenir auprès du médecin du travail, mais sinon nous par exemple en tant qu'infirmier on va pas les revoir vous voyez euh...'Fin c'est pas...c'est pas compris....C'est-à-dire qu'on prend pas le temps de faire ça quoi.

Euh...donc c'est vrai que ces personnes là, et puis selon la périodicité, surtout si maintenant avec des périodicités de 5 ans sur certains postes bon...On aura un suivi beaucoup moindre quoi.

OK d'accord. Ouais donc finalement qu'est-ce qui pourrait améliorer votre...la prévention de ce sujet-là?

Bah euh...je pense moi. C'est la formation, c'est d'en parler, c'est d'échanger avec des spécialistes hein ça c'est...c'est important. Je vois les deux formations de RPIB ça a été très formateur parce que bon on voit des alcoologues, on voit des addictos, des psychologues aussi à l'ANPAA là qu'on avait rencontrés et qui nous avait ébauché l'entretien motivationnel donc pour nous ça c'est très important en pratique. Après bon deux jours c'est quand même très rapide. Après c'est de la formation continue quoi, c'est euh...Et puis euh...d'établir quand même un réseau, un réel réseau avec des...des structures locales et puis...avec qui on pourrait échanger et faire évoluer nos pratiques quoi.

D'accord OK. Écoutez, moi j'ai fini ma trame, vous avez des choses à rajouter, des choses qu'on a pas abordées ?

Non.

Annexe 5 : Interview du préventeur n°3

Pour commencer, pour vous quel est le lien entre conduites addictives et travail ?

Euh...Alors j'en vois deux en fait, à la fois l'impact que peut avoir... J'ai pu même dans des situations que j'ai abordées, voir l'impact de conduites addictives sur bah... la façon dont on abordait l'activité de...de travail dans les conduites addictives que j'ai pu appréhender ça va de...alors je sais pas ce que vous intégrez dans l'addiction, mais y'avait l'alcool, y'avait à la fois des fois des prises de stupéfiants. Ça peut être aussi, on est pas mal concerné par des... la tabacologie, 'fin les gens qui font beaucoup de pause cig...'fin le tabagisme, etc. Donc euh voilà c'est à multiples facettes. Donc y'a soit l'impact qu'avait le fait que les gens soient addicts sur euh..le travail et j'ai eu aussi à aborder des...activités qui pour tenir nécessitaient des prises de produit, je pense notamment à des développeurs dans une entreprise euh...a un potentiel euh...enfin sur des bureaux d'études, etc.où selon qu'ils soient en phase développement ou en phase maintenance, dans les phases développement, certains m'avaient décrit des stratégies collectives pour à la fois réussir à tenir le challenge et en même temps réussir à suffisamment dormir et ..et se reposer pour réussir à tenir la charge donc on avait quasiment un parcours euh...des produits toute la journée quoi, qui allait de la coc' le matin à la prise de ...comment dire...de...fumer un pet' le soir, ou certains, les plus âgés étaient plus au niveau de l'apéro, le côté convivial et tout, mais qui rentrait dans une stratégie presque acquise et transmise euh... d'un collectif de travail.

Après ce que j'ai quand même le plus eu, c'est quand même à gérer des personnes qui par euh...leur propre consommation avaient parfois du mal à...à être dans leur activité. Des caristes qui arrivaient...'fin qui chargeaient le matin pour euh...(rire) pour pouvoir tenir. Ou d'autres qui euh...par des raisons de vertiges, etc.pour eux...parfois peut être aussi pour euh...éradiquer la peur avaient des stratégies voilà.

Après la difficulté moi que j'ai pu avoir, c'est euh...quand c'est collectif comme ça l'avantage c'est que je peux en faire un diagnostic ou en faire une restitution à l'entreprise, on dirait quelque chose qui est pas soutenable et qui fait que les personnes vont euh...Après sur les...comment dire..c'est difficile de voir ce qui est lié au travail ou ce qui est lié aussi aux stratégies des personnes.

Et moi en tant qu'IPRP ce que j'arrive pas à aborder...par exemple le cariste qui petite (rire) on va dire avant de prendre son service, 'fin on va avoir des stratégies d'équipe pluri où là je vais me rapprocher de l'infirmière et du médecin quand y'a un truc que j'ai repéré, mais..je suis pas forcément sûre que ce soit à moi de le gérer dans le sens où c'est pas complètement lié à..au travail quoi. Voilà. Je sais pas si je réponds...

Si si super. OK, et donc pour vous quel est le rôle finalement des...la place des IPRP dans la prévention des conduites addictives ?

Euh...Bah il est à la fois un facilitateur dans des logiques de prévention, que ce soit de la prévention individuelle via ce qu'on peut recueillir sur le terrain par nos approches collectives. Soit on recueille des choses qui vont être utiles au...à ceux qui ont plutôt l'approche clinique et individuelle pour adapter bah leurs conseils ou..ou peut-être dans le cadre du suivi individuel des personnes avoir un avis plus...plus avisé donc avec le médecin ou l'infirmière surtout.

Soit au niveau de l'entreprise, donc là c'est toujours sous couvert d'anonymat et de cibler...personne, mais par contre dans les conseils de prévention de ce qui peut être mis en place dans l'entreprise euh.. bah de...d'aider à mettre en place des choses d'un point de vue euh...sensibilisation, d'un point de vue justement...par rapport à la...'fin

aux activités de travail, à mieux tenir compte de ces problématiques dans la logique ou dans la performance entreprise on va dire.

Voilà donc pour moi elle est à deux niveaux. Mais plus en conseil comme pour...Je pense ça fait parti des dimensions comme d'autres thématiques euh...Bah d'une situation de travail (rire), voilà.

OK, ça marche. Euh...Vous après est-ce que vous avez déjà mené ou participé à une prévention collective sur les conduites addictives ?

Non, jamais. J'ai été en lien avec euh...je sais qu'il y a à Tarbes et...avec... comment ça s'appelle... euh...Mais y'a un réseau avec qui on a pu être amené à faire du lien ou à promouvoir en fait le fait qu'il y avait des sensibilisations qui se faisaient. Mais moi j'en ai jamais fait.

Le GAPRAT?

Oui c'est ça (rire). J'en ai jamais fais euh...à titre individuel. Je crois qu'au temps de l'ASTI, y'avait euh...Je sais pas si c'était pas avec la CCI ou euh...un réseau qui était pareil dans...Je crois que c'était dans la coin de Tarbes où justement ils m'avaient sollicité pour savoir voilà en tant qu'IPRP qu'est ce qu'on avait voilà comme piste à investir au niveau du travail. Mais je crois que j'avais répondu par mail. Et après la sensibilisation avait eu lieu sans nous. On avait pas participé activement. Mais par contre on avait contribué à la réflexion pour répondre peut-être au besoin entre le service de santé au travail et l'entreprise.

Mais j'ai jamais participé à une sensibilisation particulière sur ce ..sur ce thème-là.

Mais même en entreprise on...les entreprises qu'on suit c'est plutôt un sujet qui est confié aujourd'hui aux..aux infirmières ou aux préventeurs généralistes. Voilà.

OK. Donc là ce que vous disiez c'est que vous, votre rôle, c'était un peu de faire le lien entre le service de santé et l'entreprise sur ces questions-là?

Sur ces questions-là, on peut être plus de parler de ce qu'on avait pu repérer sur le terrain et notamment le lien avec le terrain, enfin sur les risques euh...psychosociaux, c'est à quel moment on avait pu repéré voilà des problématiques à ce niveau-là. Mais on m'a toujours sollicité plutôt sur mon avis euh...expert sur les risques psycho...via les risques psychosociaux ce que je pouvais dire sur les conduites addictives que vraiment de porter moi le sujet euh...en...en propre. On va plutôt se baser sur ma thématique à moi de l'approche organisationnelle (rire), et dans l'approche organisationnelle, qu'est ce qui vient parler des problèmes d'addictions. Mais j'ai pas..j'ai jamais porté la question en soi. Voilà.

D'accord. Donc vous avez été en lien avec le GAPRAT, c'était dans quel contexte ?

Alors y'a le GAPRAT, mais y'a un aute nom, mais...c'est bizarre je retrouve plus, mais... mais...j'ai plusieurs noms d'associations qui viennent. En plus on travaille en lien privilégié avec une structure ici, mais j'arrive plus à retrouver le...

C'est pas l'ANPAA ?

Voilà c'est ça. Mais euh...Alors c'était soit sur des problématiques particulières liées aux actions médecins qui avaient euh...voilà des salariés concernés qui avaient besoin euh...

En fait, souvent, quand on a besoin de faire une sensibilisation spécifique ou d'avoir un regard particulier on fait plutôt appel à des spécialistes de...de la question qui vont contribuer à nous donner des supports, etc.,mais pas euh...Alors pourquoi j'ai été en

lien avec eux...Une fois ils m'ont sollicité moi par rapport à mon métier et sinon c'est plutôt des liens liés aux problématiques de terrain en fait hein, qui puissent eux intervenir ou...avec des employeurs qui sachent que ça existe et peut être envoyer certains salariés, RH, ou...bah se renseigner sur la...sur la question pour peut être mieux l'aborder après dans leur...dans leurs entreprises.

D'accord. Donc est-ce que vous ça vous arrive quand même de l'aborder avec certains employeurs cette problématique ?

Euh oui, oui oui. Après...Moi en direct c'est, c'est pas arrivé souvent quand même. Je vais plutôt euh...passer via le relais du médecin. En fait c'est plutôt une équipe...une question pluri disciplinaire. C'est souvent, on repère des indicateurs euh..de se dire est ce qu'il y'a;..même dans des activités modifiées ou...Parce que c'est quand même rare que les salariés abordent d'eux-mêmes la problématique de l'addiction quand même. On peut euh...supposer qu'il y a peut-être quelque chose, notamment dans des stratégies collectives. Je vois notamment chez les caristes par exemple ou dans la préparation de commande, y'a énormément un terrain on va dire de jeunes euh..intérim et tout, c'est quand même récurrent que..qu'il y ait des problématiques à ce niveau-là. On les voit conduire leur chariot et à quel point ils sont coupés des problématiques même d'accidentologie et tout...On se dit : tiens bizarre quand même comme il se comporte. Mais moi mon premier réflexe ça va être de boucler avec le médecin qui lui aura peut être plus de données spécifiques. Et si on...Et si croisés entre l'infirmière, le médecin et d'autres personnes de l'équipe pluri on se dit : bon y'a...on est quand même trois à faire l'hypothèse ou quatre, c'est qu'il y a certainement quelque chose, là on se permet en règle général, fort d'un constat collectif, euh..de se rapprocher de l'entreprise. On se dit que ça pourrait peut-être être intéressant pour vous de...de se pencher sur la question. Sinon si ça reste à titre individuel, ça sera plutôt repris en...dans le cadre des entretiens cliniques en fait. Voilà, mais moi je m'en mêle pas trop parce que j'ai toujours peur du lien trop direct entre euh...l'observation que j'ai pu faire avec certaines personnes on va dire...que ça reste collectif, mais euh...et ce que pourrais en traduire euh...des conduites. Donc pour nous le lien entre le terrain et la thématique est presque trop direct pour euh...ça pourrait limite mettre les opérateurs je trouve dans..dans l'embarras. Donc il y'a souvent un...un filtre, une redigestion collective pour un peu euh...préserver ou protéger les personnes justement et du secret...un petit peu du secret médical. Puis même dans nos interventions, si on commence à mettre les gens dans l'embarras, ça va être plus compliqué d'intervenir après je pense que c'est parce qu'on permet un cadre anonyme et confidentiel que les gens peuvent aussi nous révéler euh...Parce qu'après y'a une autre problématique je suis en train de penser à ça, je sais pas si ça rentre dans l'addictologie, c'est marrant même que je me pose la question. Parce qu'autour des problématiques des RPS et des personnes épuisées au travail, c'est toute la problématique des prises d'anxiolytiques, qui parfois, je vois dans le secteur médical ou..euh...y'a aussi toute la...pour gérer le sommeil et à la fois l'énergie de la journée moi j'ai souvent des personnels qui euh...bah qui sont...qui à la fois vont avoir des problématiques de sommeil donc prennent des somnifères et se rendent compte que d'un point de vue mnésique après dans leur activité ils ont du mal quoi. Ils ont du mal à enregistrer, du mal à...à faire face. Donc ça peut arriver qu'en plus ils prennent des boosters autres pour se euh..pour se vivifier et tout euh...Ca fait parti des choses qu'on peut voir, repérer, comprendre, etc.Moi je trouve que c'est bien qu'ils puissent nous en parler. Mais je trouve ça important aussi de...de...de comment dire...d'offrir dans le diagnostic quelque chose qui...permette pas de repérer qui nous l'a dit quoi.

Donc c'est toujours un enjeu entre la confiance que nous font les individus et le fait qu'on puisse en faire un axe collectif quoi. Qui justement permette pas de retrouver qui c'est. Donc c'est toujours un jeu de...Pour les IPRP c'est ça qui est compliqué, je pense, entre la confiance de l'individu, le diagnostic collectif...(rire)Faut qu'on fasse

tout en sorte pour qu'il puisse pas y avoir de lien direct entre l'un et l'autre donc souvent ça passe par l'équipe.

Parce que du coup entre les constats cliniques qu'on a eu, (...), on sait plus qui a vu quoi et qui a dit quoi, du coup ça permet d'aborder la question d'une façon plus euh..protectrice on va dire. Je sais pas si j'ai bien...Voilà.

Ça marche. Du coup vous avez parlé d'indicateurs que des fois vous repérez sur le terrain, vous avez des...c'est quoi comme indicateurs par exemple?

Bah déjà euh..En fait moi j'ai une activité où parfois je suis longtemps sur le..sur le terrain. On a pas...dans nos démarches on est pas forcément limité sur un nombre de jours. Parfois on reste longtemps dans l'entreprise. Et du coup parfois moi dans ma posture euh...pour me banaliser sur le terrain, par exemple dans la stratégie pour dire « bonjour », si la personne elle me vouvoie, je la vouvoie, si elle me tutoie, je ferai pas en sorte de dire « non, non moi c'est vous » et...y'a un côté de se fondre au décor et d'adapter les règles du collectif. Et parfois y'a des...des gens qui nous font la bise ou des choses comme ça, et parfois bah rien qu'à...voilà la bise du matin euh...bah ça peut être...ça peut-être à ce niveau-là, ça a pu être aussi euh...des moments un peu d'égarément « vous êtes fatigué? », enfin...des signes ou on sent que la personne est plus dans son activité, un peu euh...Où on peut se dire : tiens, elle fait...y'a un niveau de...comment dire de flou qui semble pas corrélé à ce qu'elle vient de vivre comme charge dans la journée, est ce que euh...euh...Voilà, on peut supposer que voilà, la personne est un peu dans...dans les vapes quoi (rire).

Après moi je sais pas forcément dire ce que c'est par contre. Si c'est de l'alcool, si c'est des anxiolytiques, si euh...etc etc. Mais je trouve qu'à force de connaître les opérateurs on peut euh...Ou même dans les collectifs notamment plus masculins, la prise de..d'alcool qui permet après d'être un peu euh...on va dire les défenses viriles sur euh...le fait de plus avoir le vertige, de...je sais pas de...dans une certaine excitation, de...ou d'être désinhibé quoi. Voilà. C'est euh...c'est plus ce genre de choses que j'ai pu...repérer. Je suis pas sûre d'être très claire, mais...(rire).

Je suis pas sûre de penser à tout, je suis pas sûre de penser à tous les petits indices que je vois sur le terrain. C'est surtout...

Et après pour la cig...Y'a aussi bah un des points qui revient souvent c'est quand même la cigarette, c'est notamment dans pas mal d'endroits, un bon endroit de prendre l'air. Dans les maisons de retraite ou dans certaines structures y'a souvent le conflit entre ceux qui fument pas et du coup sortent jamais de l'espace euh...de prise en charge des résidents, et ceux qui, les fumeurs, qui finalement euh...arrivent à aller dehors et du coup on a souvent à gérer aussi ces problématiques entre fumeurs et non fumeurs à savoir euh..comment fait que..enfin en sorte que le collectif qui fume pas ai quand même le droit d'aller prendre l'air quoi (rire).

Alors là c'est moins un décryptage euh..l'avantage c'est que...enfin l'avantage ou l'inconvénient c'est que la cigarette en règle générale elle euh... elle est assumée quoi. On a pas besoin d'aller gratter pour savoir si y'a...Puis après y'a les confidences aussi, des personnes qui au fur et à mesure du temps nous...nous parlent de ce qui font. Genre quand je parlais des prises d'anxiolytiques pour dormir et...et des stratégies qu'il y'a dans la journée pour se réveiller, ou même des...les gens du bureau d'études là qui avaient toute leur stratégie euh..entre pour s'endormir on prend un truc et pour se réveiller on prend de la coc', c'est venu avec du temps ça, de partage sur le terrain. Là, mais c'était, là par contre je m'en étais pas forcément aperçu. Si je posais des questions : « mais comment...sur 6 mois, être à fond comment ça, comment vous faites ? », une fois, deux fois la question naïve, puis au bout d'un certain temps ils m'ont répondu en fait. Voilà. (rire).

Oui, c'est parce que vous, vous restez longtemps aussi dans les entreprises donc vous avez le temps de...

C'est ça.

...bien voir comment ça fonctionne, de repérer des choses...

Puis on a les espaces informels. Ce qui est intéressant à être sur le terrain, c'est... Par rapport à un entretien clinique pur, où la personne vient avec ce qu'elle a à livrer, sa parole, quand on est sur le terrain, on participe des fois à des moments euh...quand on passe du temps on va avoir des fois, on va être au bout d'un moment des fois invités à l'apéro du soir ou à...Et à un moment on s'installe aussi dans l'entreprise, donc on fait un peu parti des murs et du coup y'a des défenses qui se lèvent donc ils vont nous dire...Moi je vois, j'ai des compagnons sur certaines euh...postes ou dans certaines entreprises qui m'ont montré des caches à alcool alors que...Parce que en plus je suis bretonne alors y'a le truc « ouais elle est bretonne gnagnagna, ça fait un moment qu'elle est là, elle a pas trop cafté au chef... » donc petit à petit y'a les planques qui...qui se libèrent quoi. C'est l'avantage du terrain et qui auraient pas forcément livré peut-être si on leur avait posé la...la question. (rire).

Mais je pense que c'est l'importance du temps oui. Du temps ou des fois aussi... Alors c'est soit le temps, soit le réel, c'est à dire euh...y'a des choses ils peuvent pas mentir. Quand on vit le moment de travail où je sais pas ils ont un vertige ou... ils sont dans le boulot, ils sont plus capables de faire, je pense que y'a aussi le moment où ils vont nous parler de ce qu'il vient de se passer. Y'a eu ça aussi, des entreprises où j'étais pas forcément longtemps, mais où...bah la personne qui arrivait ivre au travail et euh... je sais pas qui a failli me...pas me rouler dessus, mais on suit à côté et y'a quelque chose qui va pas bah...le réel il parle de lui même aussi parfois. Voilà.

D'accord ça marche.

Je suis bavarde hein (rire), pardon

Ah non non, mais tant mieux (rire)

Et donc du coup vous me dites que vous vous occupez du côté organisationnel dans les entreprises tout ça, est-ce que le...le thème des...des addictions au travail vient parfois?

Oui. Mais alors il vient parfois...Alors c'est très très rare que l'entreprise s'interroge sur en quoi elle induit la consommation. Euh...Moi je suis gênée avec ça parce que pour l'instant on a quand même plutôt une logique de répression. C'est à dire des conseils de : on se doute qu'ils font un truc, comment on peut les choper euh...c'est quoi la réglementation... On a plutôt ce genre de conseils euh...Comment les sanctionner quoi. Euh...je trouve.

Ou alors les...euh...y'a aussi les...comment dire, des entreprises pas...où y'a une organisation collective aussi autour de l'addiction. Je me souviens d'un supermarché y'a pas longtemps où dans les personnes qui géraient les réserves...alors comment c'est venu cette question...où en fait on se rendait compte que entre le jour où il était euh...enfin c'est quelqu'un qui...qui buvait beaucoup...et du coup qui arrivait pas toujours à tenir le poste, mais qui était apprécié, qui était là...fin c'était un acteur historique de l'entreprise et qui avait pas forcément l'alcool....

Parce que y'a ceux qui ont l'alcool...l'addiction méchante et en règle générale ça crée le ras le bol des autres, et là c'était le gentil alcoo...enfin j'exagère, mais... le gentil alcool, on peut pas lui faire ça avec la vie qu'il a, etc.. On se rendait compte qu'il y avait une tolérance et toute une organisation qui était faite autour de lui et du coup moi dans les pistes du collectif y'avait aussi des gens qui étaient là « en fait c'est sympa cette entreprise, mais autant y'a une personne à l'accueil qui est arrivé avec un gilet pas trop..et on lui a fait un avertissement, et en même temps y'a l'autre qui arrive bourré » (rire) J'exagère, mais ... « un jour sur quatre et là par contre le patron tolère et y'a deux poids, deux mesures dans l'entreprise ». Nous ça fait parfois partie de

choses où...il faut à la foi comprendre ce qui se passe et euh...et en même temps l'entreprise nous disait aussi « oui, mais on peut pas non plus les punir ou... ». Mais c'est souvent sur un côté réglementaire quand même, mais parfois...du coup c'est bizarre parce que y'a à la fois les...ceux qui vont bon bah...«comment on les chopes et comment on fait passer les tests pour pouvoir les mettre dehors » et à al fois aussi des questions de euh..comment on peut les protéger et pas euh...

Mais ça reste...c'est rarement quand même euh..je sais pas, « qu'est-ce qu'on peut faire collectivement pour en parler » euh..

Je me souviens que j'avais fait un diagnostic euh..bah sur le coup du bureau d'étude où vraiment c'était lié à l'activité, lié à la charge, que tout un collectif avait développé le truc. Je me souviens que dans mon diagnostic...j'en avais parlé quand même, en disant euh... que euh...dans les effets des risques psycho...fin...dans...je sais plus comment j'avais présenté le truc, mais on parlait voilà des différents déterminants du travail qui créaient du stress, et dans ce que ça entraînait dans la santé j'avais mis stress, burn-out, etc... et euh...prise euh..fin voilà conduites addictives. Je me souviens que le patron de la boîte avait pété les plombs en disant « mais vous êtes en train de me dire que c'est moi qui fait, qui est en train de créer des drogués ? », et j'avais dis « mais quelque part euh...alors c'est un peu caricatural ce que je vais dire, mais je pense que la...le niveau de contraintes des situations dans lesquels..que vous mettez, face au peu de sas et de stratégies fait que oui aujourd'hui vous avez un collectif de travail qui est... ». Ça faisait partie du bizutage et même ils expliquaient aux nouveaux que si ils s'y mettaient pas de toute façon, ils tiendraient pas longtemps quoi. Donc à un moment donné j'ai dis « je sais pas comment l'aborder avec vous, mais eux...je crois qu'il faut qu'on se pose la question quand même parce que là ça devient euh..une pratique presque d'équipe quoi ». Les chefs étaient dedans, euh...ça faisait parti des nouveaux arrivés de les mettre au..au parfum. Bon à un moment donné...Bon voilà. Donc là, par exemple c'est une des seules fois où j'ai vraiment bu le côté euh..pris en main et là par contre ma responsabilité c'était de faire le lien avec le travail. mais ça restait compliqué parce que ça..ça...c'est quand même...la prise...on a quand même du mal à faire le lien entre le travail et la conduite. Et euh...et là ça avait vraiment viré, pas au conflit, mais de dire « c'est quand même pas moi qui les pousse.. » et je lui dis »,mais quand vous avez tout un collectif qui a les mêmes pratiques et qui partagent une même activité de travail ça pose des soucis quand même », comme on avait des cas, fin dans le BTP quand même euh..ce côté alcool à midi fin qui est complètement banalisé y'a quand même une responsabilité de l'employeur. Ça arrive à des moments qu'on en parle, mais ça reste toujours un point où c'est mal pris parce que c'est quand même pas eux qui les force à...c'est la responsabilité individuelle de passer à l'acte ou de pas passer à l'acte. Donc y'a quand même encore un déni assez fort. JE crois, je pense qu'on est des acteurs importants pour essayer justement de lever le déni et de faire du lien entre enfin..une stratégie collective et ces pratiques-là. Soit de couvrir quelqu'un qui se met en danger. Parce que même...je parlais des caristes, qu'en règle générale quand on commence à avoir l'impression que lui il est bizarre, on se rend compte que tout le monde le savait, mais que personne dit rien parce qu'on voudrait pas le mettre dans la mouise, et que ça se révèle le jour où y'a l'accident quoi. Et où bah là on apprend que... «Gérard ça fait 5 ans qu'on sait que machin, mais bon voilà... », et que le jour où il se plante euh...voilà.

Et donc euh... Mais je trouve que c'est...c'est encore très très mal abordé dans le point de vue de...bah le rôle du travail dans...dans ça quoi. Ça reste encore très euh... c'est sa responsabilité individuelle et quelque chose qui serait un peu en dehors de l'entreprise, mais qui vient nous enquiquiner quoi. Bon je...Voilà. Aujourd'hui on en est de...la difficulté à aborder le point, mais en tout cas moi ça fait parti des choses où...je pense que c'est notre rôle de faire bouger un peu les...notamment sur les risque euh... la gestion du stress et les addictions je pense que c'est une belle thématique (rire). Donc euh...voilà.

D'accord, euh, après dans les conduites addictives j'inclus aussi tout ce qui est addiction sans produit, donc c'est à type le workaholism par exemple ou euh.. l'addiction aux jeux tout ça, est-ce que ça vous l'abordez des fois justement ?

Euh...Après ce qui est compliqué, parce que c'est un temps...fin y'a les choses qui sont vues comme dans...comment...Comme dangereuses. 'Fin quand c'est lié à une substance ou prise de produit, y'a unanimité quand même sur le...la mise en danger.

Par contre ce qu'on voit se développer aujourd'hui c'est euh...c'est l'oubli par d'autres euh...par d'autres techniques. Vous parlez des jeux euh...du côté geek, le soir l'ordinateur jusqu'à pas d'heure pour réussir à se vider la tête, autour du footisme, enfin du footing..pas footisme, footing... mais y'a...un développement, chez les cadres notamment, de euh...les Iron man, les triathlons, où ça devient presque euh...'fin on voit des personnes qui se mettent en danger. Enfin moi je suis pas médecin donc c'est la différence, mais à se dire que c'est euh...le sport à outrance quoi. Y'a des pratiques addictives euh...euh...Voir je me souviens de cadres aussi euh...alors là, c'est marrant ouais j'avais pas fais l'association, mais par exemple on parlait de l'alcool et des stratégies collectives, y'avait aussi tout ce qui était autour de...des consommations de filles, enfin y'a des..des milieux où euh le sexe euh...pour évacuer ou pour justement, gérer le stress, en font parti et sont pareil de...qui deviennent une nécessité pour pouvoir tenir. On voit des stratégies euh...

Après c'est plus compliqué encore à aborder dans le sens où déjà quand on parle d'alcool, de coc', etc.y'a au moins le fait que on peut quand même tous être d'accord sur le fait que c'est malsain. (rire). Le reste, le jeu, etc. 'fin... ça devient compliqué dans le sens où là c'est un...c'est vraiment un point de vue personnel, je pense qu'il y a des déviances et que ça peut euh...désociabiliser ou rompre avec une certaine euh..réalité et tout, mais là ça reste euh...

Même entre nous en terme, en tant que préventeur, ça reste encore des questions à débattre je trouve, et du coup de l'aborder...Là du coup le lien qui peut être fait avec l'entreprise, c'est euh..

Mais par contre je rejoins votre point de vue sur le fait qu'on voit maintenant se développer des pratiques, on se dit « oulala » à outrance comme ça, ça devient..voilà 'fin...ça devient compliqué. Mais aller dire à un geek qui passe euh...même le, tu vois...y'en a qui se ruine quoi, les jeux de poker en ligne et tout...On voit de tout hein. Mais euh...Mais c'est plus...Même moi je crois que je suis moins à l'aise parce que euh...Y'a...Jusqu'à maintenant on a toujours eu la légitimité de l'enjeu de santé. Et les retours de recherche pour les problèmes de santé ou de...ou de vie même liés à ces types d'addictions, entre le jeu ou je vous dis le sexe, etc.c'est quand même plus...Je me sens peut être moi hein, c'est un problème de légitimité personnelle aussi, mais j'ai pleins d'hypothèses. Si on me posait la question de... »est ce que vous avez un truc à dire », j'ai pleins de trucs à dire, mais « Est-ce que vous vous sentez de l'aborder soit avec la personne soit avec l'entreprise », pour le coup pas du tout non.

Parce que c'est vu aujourd'hui, en plus on conseille aux gens, d'avoir des activités, de se couper pour tenir, etc.du coup souvent ils nous en parlent, en plus ils sont fiers de nous en parler, de ceux-là. Autant la clope ou la coc', la cocaïne, les somnifères... « pardon? », mais alors « je vais courir 3h tous les soirs » il est content de nous dire « j'ai un super exutoire », ah oui, mais il a besoin d'un exutoire très fort quand même, 3 heures tous les soirs sur la semaine ça fait beaucoup quand même (rire), ça fait pas euh... au niveau des articulations 'fin je sais pas, mais c'est...c'est pas vu comme quelque chose de négatif en plus. Bon après le côté entre cadre d'aller à la...à la Jonquera ou des choses comme ça euh..pour eux...pour la jouer corporate et évacuer le stress euh...on nous en parle pas trop vite quand même, surtout en tant que femme, y'a quand même des...des questions plus...plus...plus censurées, mais moi ça me pose question quand même (rire). Je trouve ça glauque quoi euh...dans un collectif, mais bon après c'est...(rire) je me vois pas aborder même d'un point de vue gestion budgétaire euh...Parce que parfois c'est couvert même par les...'fin on

rembourse plus facilement les frais de déplacement de ça que...que des fois je sais pas moi...On irait pas rembourser la la...la cartouche de clope de l'aide-soignante quoi. J'exagère, mais... Mais en tout cas je...On le voit sur le terrain, mais par contre là, l'aborder, compliqué.

Et euh...juste par rapport au workaholism, donc l'addiction au travail, ça, ça vient jamais dans les questions d'organisation de l'entreprise tout ça ?

Bah si, après ça c'est plus dans les colloques euh...c'est plus dans les colloques singuliers parce que, notamment pour pouvoir...comment dire...travailler avec les managers ça fait parti des axes de ... d'investigation les plus importants. Y'en a beaucoup qui sacrifient euh...'fin qui...sacrifient leur vie ou qui se plongent aussi dans un activisme du travail pour aussi se couper du réel et tout, et nous ça joue aussi dans les rapports de travail qu'on va avoir avec eux. Parce que y'a quand même une certaine coupure de la réalité. Et comme nous notre rôle, au départ en tant qu'intervenant ergonomiste, c'est de ...comment dire... de faire remonter le réel du travail, la prise en compte dans les...'fin dans les décisions d'organisation, quelqu'un qui est complètement pris là dedans, et donc qui dans ses représentations se coupe de certaines choses, ça fait parti de nos leviers d'action que de...que de le faire bouger donc euh... Après je l'aborde rarement enfin...toute façon c'est...on le voit, on le détecte. Après on l'aborde pas forcément comme une piste d'addiction pour eux, mais y'a quand même des pistes, des managers épuisés parce qu'ils s'épuisent eux-mêmes et que ça vient tenir une place hein dans...Je pense que ça les aide à tenir d'un certain côté, mais qu'ils euh...qu'ils s'y noient... Après je sais pas, des fois c'est aussi imposé par l'organisation de...d'agir comme ça, mais on voit aussi certains qui euh...ouais qui bah...au départ c'est comme le reste hein, c'est comme toute addiction, c'était une stratégie pour tenir et puis on...on va de plus en plus loin et certains ne peuvent plus euh...décrocher notamment avec euh..le tout numérique. Alors c'est quelque chose que je vois plus quand même à la fois...alors soit chez les managers, soit euh...chez les représentants syndicaux aussi beaucoup, qui euh...sont vachement engagés dans le militantisme, truc à Paris, etc.et qui coupent plus jamais. Je l'ai moins observé quand même pour m'instant chez les euh...On va dire chez les opérateurs de moindre mesure. Je trouve que c'est quand même plus le cas chez les postes on va dire de... d'encadrement. Ou avec un enjeu stratégique, politique quoi. Mais après c'est peut être moi qui me...Mais qui du coup voilà, on voit des gens cramer eux..dans le burn-out tout ça, enfin y'a, y'a une part quand même des causes et d'explications qui vient de là. Enfin d'un surengagement d'une...d'un surinvestissement dans le travail et tout...Y'a une part de notre boulot...Ca par contre finalement c'est peut être celui sur lequel j'ai agi le plus...Autant le reste, comme je vous disais, l'addiction euh...pour finalement réussir à décompresser du travail on a du mal à agir dessus, quand c'est une problématique d'engagement dans le travail ou dans le réel finalement c'est celui qu'on gère le plus au quotidien. C'est aussi de faire un pas euh... Après je le nomme pas forcément comme euh...(rire). Et après c'est géré 'fin...on est une équipe pluri au niveau de ces problématiques-là. Sur le collectif on a des médecins, des psychologues cliniciens aussi qui accompagnent les problématiques de souffrance au travail et je pense que y'a pas mal...y'a pas mal à dire de c'est questions là justement.

Mmmh, vous m'avez dit que des fois donc vous repérez des choses sur le terrain et vous en parlez au médecin, est ce que ça marche aussi dans le sens inverse, c'est à dire est-ce que des fois les médecins qui repèrent des consommations de plusieurs salariés dans une entreprise vous en parlent pour que vous puissiez aller faire ...

Alors si c'est individuel non par contre s'il sent qu'il y a une problématique collective oui, ça peut faire parti, ça peut même faire parti des déclencheurs sans que ce soit dit à l'entreprise. Moi je vois des interventions qui ont été déclenchées par ça.

Donc ça arrive qu'ils vous en parlent

Ouais. Ouais y'a un truc pas net quand même, y'a quelque chose qui est en train de se dégradé ou qui...qui est pas sain. Donc quand on voit un...souvent quand c'est un individu qui arrive à...en phase de décompensation c'est quand même plutôt géré par les cliniciens ici, bon c'est logique. Quand c'est...quand on commence à se dire qu'il y a plusieurs cas cliniques dans la même entreprise qui viennent parler de la même chose, quelque soit la chose, finalement que ce soit le travail, le surengagement, la..la prise de produits particuliers ou le côté;..on voit que systématiquement l'entreprise laisse aller loin des situations bizarres, souvent ça va faire partir des choses qui nous reviennent. On va dire y'a peut être quelque chose à aborder d'un point de vue euh... global. voilà.

D'accord OK. Ça marche. Vous après vous faites pas de fiches d'entreprise ?

Si, ça peut...Si. Surtout depuis la nouvelle réforme (rire). Euh...Alors maintenant, alors au départ je faisais des fiches, souvent c'était les fiches pied dans la porte. C'est-à-dire que c'était l'entreprise on sentait justement que y avait des problématiques autres, mais comme on pouvait pas l'aborder comme ça avec l'employeur, etc., on me demandait à moi, sous le couvert IPRP, mais avec quand même l'objectif de les faire travailler sur des problématiques organisationnelles ou de souffrance au travail, etc.

Euh là depuis la loi El Khomri moins, parce qu'en fait, lié aux inaptitudes, on a une part de notre temps qu'on passe à répondre à l'obligation. Donc je fais de la fiche de merde comme tout le monde.

(rire)

où je traite un peu de tout, là c'est moins stratégique, c'est faire pour faire, et on doit y consacrer euh..je crois que j'y consacre peut-être un jour par mois. On a fait des fiches simplifiées pour répondre à l'obligation et basta, donc celles-là on passe moins de temps aussi.

Ouais donc là quand vous faites ces fiches, vous parlez du risque addiction?

Non, par contre sur les autres oui. Ça peut être même un levier d'entrée ou...Après ça dépend du temps qu'on passe. Moi c'est des questions j'ai quand même besoin d'asseoir une certaine euh...un certain diagnostic avant de les aborder. C'est très rare que je l'aborde comme une question euh...je sais pas des produits chimiques ou..tout ça. Y'a des choses on peut l'aborder au premier rendez-vous, c'est vrai que la question des addictions je...même rien que...c'est bête en plus je me dis, c'est rare que je demande à une entreprise si ils sont embêtés euh...par des problématiques comme ça en fait. Et d'ailleurs c'est peut être des choses qui pourraient évoluer dans...dans nos pratiques. Parce que par contre quand y'en a souvent, l'entreprise sait pas trop quoi en faire quand même hein euh.. Mais c'est vrai que je pose pas forcément euh..pas forcément la question.Et pourtant euh...Quoique c'est souvent l'entreprise qui fait le lien dès le départ. Parce que je vois y'a...même dans les entreprises de transport et tout y'a quand même pas mal de premiers rendez-vous « qu'est ce que le service de santé pourrait faire pour vous ? », les questions quand même souvent qui viennent c'est ça, les addictions et l'hygiène « oh y'en a un ils se lavent pas, y'en a un pour l'image de marque... », les trucs euh...question ouverte « qu'est ce que vous pouvez faire pour nous je suis embêté je sais pas quoi faire » euh...c'est les deux sujets ...Je pense aux transporteurs par exemple où...aux entreprises de chauffeur poids lourds là euh...souvent c'est...dans le premier entretien c'est ce qui vient. (rire). Mais c'est rare que ça vienne de euh...c'est pas une question que j'aborde moi euh...trop rapidement quand même je crois.

C'est pour ça que je vous ai dis au départ que c'était pas une question...quand je pense à ce que j'aborde nécessairement dans une entreprise,, ça fait pas forcément partie de mes réflexes obligatoires. Alors que y'a d'autres choses...où ce sera plus le cas.

OK. Après pour finir euh..vous est-ce que vous...à votre niveau, est ce que vous identifiez des freins à la prévention des conduites addictives ?

Bah déjà ce que je vous parlais, sur certaines conduites addictives y'a la représentation de est-ce que c'est bien ou pas bien. Donc ça, ça peut être déjà un premier frein.

Après le deuxième frein et c'est peut être pour ça que j'en fais pas une question systématique c'est que y'a quand même une part qui est ..de la sphère peut-être par rapport à d'autres questions, qui est de la sphère de l'intime. Et où du coup euh...c'est peut être plus compliqué euh...comment dire...et puis même les écoles, moi je dis j'ai abordé les questions, mais c'était en psycho, sur une part d'approche individuelle. Je trouve que c'est mal géré du point de vue collectif et d'un point de vue du travail aussi. Donc du coup le frein c'est la représentation que l'on en a en fait hein...D'en faire une question légitime euh..autour du, du travail. Je trouve qu'elle est plus légitime autour de l'individu, et qu'elle l'est pas encore trop euh..autour du travail ou d'un collectif de travail, d'une organisation. Même les...à l'intérieur les GRH euh..savent pas si ça les regarde ou si ça les regarde pas. (rire) Alors que quand même, quand il y a un risque de...d'écraser euh...Moi j'ai vu une situation dans une entreprise, on en arrivait à un point..Y'en a un qui a carrément écrasé un autre contre une benne parce qu'il était complètement ivre et qu'il a fallu attendre un décès pour se sentir légitime à faire passer un alcootest. C'est quand même dramatique. Et pourtant ça...ça a pas fait évoluer. Donc ça c'est les freins je pense de l'indiscrétion, comme si on allait sur un terrain qui nous regardait pas. Et après euh...

Ouais je disais quand même le frein des représentations. Parce que là on parle... quand c'est des produits c'est une chose, mais tout ce qui est euh...de la part de l'engagement de vie euh...le trop de jeux vidéo, le trop de boulot voilà...le trop euh.. (rire). Entre ce qui est de l'addiction, de quelque chose qui serait négatif ou de vision représentation différente de la vie ou de ce qui peut nous faire du bien, je trouve qu'il y a des points qui sont encore difficiles du fait du frein d'une donnée qui est finalement... soit restrictive parce qu'on voit le produit intime, il consomme des trucs pas nets, soit d'une notion très large on dit qu'est-ce que ça...qu'est-ce que ça vient englober quoi. Le mec est euh.. qui est fondu de boulot et il irait jusqu'à se faire une crise...enfin je sais pas complètement euh...c'est les maladies là, des gens qui meurent de..de fatigue ou de sommeil je sais plus comment ça s'appelle...euh...c'était chez les euh... C'est pas à ... où y'avait des mecs qui étaient morts d'épuisement quoi, de...je me dis, mais comment on peut arriver à s'oublier au point de...(rire) de mourir au boulot, mais ça reste encore je trouve des freins euh...Bah des freins de choix personnel. En fait ça reste quand même toujours associé à des choix personnels qui en plus sont pas forcément négatifs. Donc du coup moi je...Voilà je sais pas si j'ai répondu à la...

D'accord, et enfin est ce que vous voyez des leviers au contraire, des choses qui facilitent la prévention des conduites addictives ? Ou qui pourrait vous faciliter vous ?

...Bah c'est vrai que plus y'a des personnes qui sont venues parler de l'addiction, et de se qu'on englobe...par exemple nous voilà le work addict, les...enfin les côtés jeux, etc.Je trouve que le fait que les gens aient déjà entendu parler une première fois des choses facilite le terrain en fait.

Parce que c'est une donnée qui est mal connue encore, je pense euh...Donc du coup souvent, enfin...le fait de partager un référentiel commun, sur ce dont on parle nous permet nous après de parler...enfin de s'engager plus facilement sur la question.

Parce que même dans les documents officiels qu'on a, je repense, même sur les documents uniques, sur les fiches, etc. je me trompe peut-être, mais ça n'en fait pas partie.

Ça fait plutôt parti des conséquences qu'on peut décrire sur l'humain, mais de ce qu'on interroge dans le travail déjà euh...c'est pas trop euh...C'est pas encore une question légitime donc c'est peut être ça qui pourrait nous aider : en faire une question légitime quand on aborde euh...quand on aborde l'entreprise en fait.

En parler plus quoi

Ouais en parler plus euh...et d'un point de vue de la responsabilité de l'entreprise. En fait pour l'instant on en parle tout le temps, par exemple chez nous, le seul questionnaire où ça apparaît, c'est le questionnaire individuel de l'infirmier et du médecin. À l'individu c'est légitime de lui parler de comment il vit, (rire), mais finalement quand on va dans l'entreprise et quand il est au travail, euh...la façon dont il vit...c'est un peu euh...ce qui nous intéresse c'est le travail c'est limite pas trop euh...'fin je sais pas...Ouais je trouve que y'a pas de lien naturel et que ça pourrait faciliter d'en parler plus facilement. Ou de l'inclure dans les questions légitimes de prévention en fait hein. Aujourd'hui je trouve que c'est pas...C'est pas le cas. Y'a pas tellement de...Y'a beaucoup de freins (rire), mais y'a pas tellement d'élément je trouve, facilitant en fait. Donc euh...Je pense plus on en parlera, plus on partagera des termes et des notions, plus ce sera facile justement de l'aborder d'un point de vue...du collectif.

Ça marche, vous voyez autre chose à rajouter ?

Euh non. Non au contraire c'était intéressant, je me dis c'est bizarre que le premier réflexe c'était de vous dire que je l'abordais pas du tout (rire). Alors qu'en fait, si, mais je pense qu'on sait pas trop quoi en faire surtout euh...'fin le côté euh...par contre euh...oui c'est vrai que dans mes plans d'action de prévention, je crois pas que ça y soit souvent quand même. Mais par contre des choses à dire sur la question euh...en fait dans toute intervention y'a énormément de choses euh..à dire parce que dans les modèles de gestion du stress, c'est...ça fait parti des stratégies qui aident des gens à tenir face au travail quand même hein donc (rire). 'Fin en fait on en a à chaque fois. Mais j'ai l'impression, c'est ..on a toute une part de ce qui nous ai confié qui est finalement pas euh...Alors qui est traité, redistribuée aux cliniciens, mais qui est pas tellement bien redistribué à l'entreprise. Donc euh...je suis contente de vous avoir vu parce que je me dis c'est vrai...c'est bizarre je m'étais jamais pas...jamais trop posée la question en fait. Voilà.

Annexe 6 : Page de présentation du questionnaire en ligne :



Freins et leviers à la prévention des conduites addictives en santé au travail

Bonjour,

Je suis interne en 6ème semestre de médecine du travail et ce questionnaire est établi dans le cadre de ma thèse.

Ce questionnaire est à destination des médecins du travail, infirmières en santé travail et préventeurs/IPRP de tous les services de santé au travail (inter entreprise, autonome, fonction publique, MSA) d'Occitanie.

Il est bien entendu anonyme et vous prendra une dizaine de minutes.

Le but de ce questionnaire est de décrire la pratique des services de santé au travail pour la prévention des conduites addictives et d'identifier les freins et les leviers à cette prévention.

L'objectif final est de proposer des pistes d'amélioration pour la prévention des conduites addictives et d'adapter la formation dispensée par l'ANPAA aux besoins réels du terrain.

Il fait suite à une pré-étude qualitative effectuée entre Avril et Juin 2017 à l'aide d'interview de médecins du travail, d'infirmier(e)s en santé au travail et d'IPRP.

Je vous remercie de votre participation!

Annexe 7 : Questionnaire complet et nombre de réponses :

Nom de la variable	Question	Réponses
Sexe	1/ Êtes-vous...?	
	Un homme	84
	Une femme	226
Âge	2/ Votre tranche d'âge	
	20-29 ans	25
	30-39 ans	59
	40-49 ans	64
	50-59 ans	114
	Plus de 60 ans	48
Service	3/ Type de service	
	Interentreprise	252
	Autonome	33
	Fonction publique hospitalière	8
	Fonction publique territoriale	6
	Fonction publique d'état	5
	MSA	6
Département	4/ Dans quel département exercez-vous ?	
	Ariège	5
	Aude	19
	Aveyron	11
	Gard	26
	Haute-Garonne	87
	Gers	5
	Hérault	50
	Lot	15

Formation	Lozère	2
	Hautes-Pyrénées	22
	Pyrénées orientales	26
	Tarn	23
	Tarn-et-Garonne	19
	5/ avez-vous suivi une formation pour la prévention des conduites addictives ?	
	Non je n'ai suivi aucune formation.	136
	Formation ANPAA sur 3 jours	79
	Formation RPIB	64
D.U. d'addictologie	8	
D.E.S.C. d'addictologie	0	
Autre (Précisez)	73	
Projet de service	6/ La prévention des conduites addictives fait-elle l'objet d'un projet spécifique dans votre service/entreprise ? (exemple : CPOM, projet de service...ou autre)	
	Oui	148
	Non	162
Groupe de travail (existence)	7/ Dans votre service, existe-t-il un groupe de travail sur la prévention des conduites addictives ?	
	Oui (passez à la question n° 8)	163
	Non (passez à la question n° 10)	147
Groupe de travail (appartenance)	8/ Faites-vous partie de ce groupe de travail ?	
	Oui	45
	Non	119

Type de prévention	9/ Qui intervient dans ce groupe de travail? (plusieurs réponses possibles)	
	Médecin du travail	156
	Infirmier(e) en santé au travail	150
	IPRP/préventeur	83
	Psychologue du travail	40
	Assistant(e) sociale	25
	Assistant(e) santé travail	35
	Membre du CHSCT	5
	Direction du SST/de l'entreprise/de la collectivité	6
	Partenaires extérieurs (type ANPAA, etc.)	31
	Autre	6
	10/ Qu'entendez-vous par « prévention des conduites addictives » ?	

Nom de la variable	Intitulé des réponses	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Pas du tout d'accord
Répercussions sur le travail	Prévenir les répercussions des conduites addictives sur le travail	201	81	19	5
Postes de sécurité	Je raisonne en termes de poste de sécurité : prévention des consommations sur les postes à risque	149	112	33	7
Conditions de travail	Veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer, soit accentuer des conduites addictives	168	114	19	4
Aspect culturel	Travailler sur l'aspect culturel de la consommation dans certains secteurs d'activités	106	147	40	10

Profession	11/ Quelle est votre profession ?	
	Médecin du travail (passez à la question n° 12)	137
	Infirmière en santé travail (passez à la question n° 12)	109
	IPRP/Préventeur (passez à la question n° 33)	64

Abord du sujet	
	12/ Concernant l'abord du sujet...

Intitulé des réponses	De façon systématique	Sur certains postes uniquement	Uniquement si l'employeur l'envoie pour ça	Selon l'âge/le profil/l'apparence physique	Au feeling	Jamais
Tabac	227	2	1	6	7	2
Alcool	155	54	4	21	10	1
Cannabis	102	66	9	37	29	3
Autres drogues illicites	70	56	9	33	50	24
Médicaments psychotropes	153	41	1	21	22	7
Addictions sans substances (workaholism, cyberaddiction, etc.)	29	28	8	35	69	69

Difficulté abord	13/ Avez-vous des difficultés à aborder le sujet des conduites addictives avec les salariés (tous produits confondus)	
	Oui (passez à la question 14)	62
	Non (passez à la question 15)	183
	14/ Vous avez des difficultés à aborder le sujet, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)	
	Crainte de la réaction de la personne	24
	Manque de connaissance sur le sujet	25
	Difficultés par rapport à l'aptitude	24
	Barrière de la vie privée de la personne	26
	Difficultés de prise en charge en cas de consommation	39
Je ne sais pas quoi en faire	16	
Utilité question drogues	15/ Pensez-vous qu'il est utile d'interroger les salariés sur leur consommation de drogues illicites (autre que cannabis) ?	
	Oui (passez à la question 17)	205
	Non (passez à la question 16)	40
	16/ Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)	

	Peu courant voir marginal	12
	Je ne sais pas quoi en faire en cas de consommation avérée	10
	Difficultés d'évaluation de l'impact de la consommation sur le travail	20
	Je n'ai pas eu affaire à des populations où je pouvais avoir le réflexe	17
	Doute sur l'honnêteté de la réponse des salariés	22
Utilisation autoquestionnaires	17/ Vous arrive-t-il d'utiliser des autoquestionnaires pour interroger vos salariés (type FACE, Fagerstrom, WART...)	
	Oui (passez à la question 18)	112
	Non (passez à la question 19)	132
	18/ Dans quelles circonstances utilisez-vous ces autoquestionnaires ? (Plusieurs réponses possibles)	
	Lors d'enquêtes spécifiques sur une partie des salariés	29
	De façon systématique à l'ensemble des salariés	9
	Pour le tabac	45
	Pour l'alcool	79
	Pour le cannabis	45
	Pour les conduites addictives sans produits	2
Dossier médical	19/ notez-vous dans le dossier médical les consommations déclarées des salariés ?	
	Oui (passez à la question 21)	160
	Non (passez à la question 20)	13
	Il m'arrive parfois de ne pas le noter/pas de façon systématique (passez à la question 20)	71
	20/ Vous ne notez pas systématiquement les consommations dans le dossier, pourquoi? (Plusieurs réponses possibles)	
	Peur des retombées médico-légales en cas d'accident du travail	13
	Pour ne pas nuire au salarié	44
	Pour les infirmières : Mon médecin m'a demandé de ne pas le noter	14
	Autre	24

Statistiques	21/ faites-vous des statistiques au niveau collectif sur les consommations des salariés ?	
	Systématiquement (passez à la question 23)	6
	Parfois, dans le cadre d'une étude particulière sur une certaine population (passez à la question 23)	66
	Jamais (passez à la question 22)	172
	22/ Si vous ne faites pas de statistiques, pourquoi? (Plusieurs réponses possibles)	
	Manque de temps	47
	Le logiciel ne le permet pas/ pas les moyens techniques (logiciel, compétences...)	73
	Ça ne me paraît pas nécessaire	19
	Pas de projet de service sur cette problématique	90
	Impossible, car pas de questionnaire systématique	53
RPIB connaissance	23/ Connaissez-vous le RPIB ? (Repérage Précoce-Intervention Brève)	
	Oui (passez à la question 24)	157
	Non (passez à la question 26)	87
RPIB utilisation	24/ Si oui, l'utilisez-vous...	
	Systématiquement (passez à la question 26)	19
	Seulement en cas de consommation déclarée estimée problématique (passez à la question 26)	77
	Seulement sur certains postes (passez à la question 26)	16
	Jamais (passez à la question 25)	45
	25/ Si vous ne l'utilisez jamais, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)	
	Manque de formation	18
	Manque de temps	25
Je ne trouve pas cet outil performant	2	

Recherche lien travail	(Pour les infirmières) Mon médecin ne souhaite pas que je l'utilise	1
	Autre	9
	26/ En cas de conduite addictive d'un salarié, recherchez-vous une composante professionnelle ?	
	Oui, toujours	143
	Oui, parfois	93
	Non, jamais	8
	27/ En fonction de quels critères allez-vous proposer une prise en charge particulière au salarié (suivi rapproché, bilan bio, orientation addictologue...) ? (plusieurs réponses possibles)	
	La gravité estimée de l'addiction	193
La demande du salarié	188	
Les contraintes de sécurité du poste de travail	212	
La proximité des structures de soins et d'accompagnement	22	
Le produit consommé	58	
Le risque pour la santé du salarié	204	
Lien généraliste	28/ Pensez-vous avoir un lien suffisant avec les médecins généralistes sur le sujet des conduites addictives ?	
	Oui	46
	Non	198
Visibilité réseau	29/ Avez-vous suffisamment de visibilité sur le réseau de prise en charge des conduites addictives dans votre département?	
	Oui	115
	Non	129
	30/ [Question pour les infirmier(e)s SEULEMENT] : Vos protocoles vous aident-ils pour la prévention des conduites addictives ?	
	Oui	25
Non	45	
Ne se prononce pas	39	

Difficulté aptitude		
	31/ [Question pour les médecins concernés SEULEMENT] Rencontrez-vous des difficultés pour l'aptitude des salariés présentant une conduite addictive?	

Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
8	48	73	4

Rôle IPRP	32/ Si oui, à quoi sont-elles dues ? (plusieurs réponses possibles)	
	Crainte des retombées médico-légales en cas d'aptitude chez un salarié consommateur	57
	Inquiétude sur les conséquences sociales pour le salarié	84
	Peur de stigmatiser le salarié	27
	Balance risque social pour le salarié versus risque sécuritaire pour l'entreprise	92
	(passez à la question 35)	
	33/ Pensez-vous que les IPRP ont un rôle à jouer dans la prévention des conduites addictives ?	
	Oui	56
	Non	10
34/ Dans votre service, êtes-vous impliqué dans les actions suivantes ?		

Intitulé des réponses	Oui	Non, mais c'est envisageable	Non, et je ne pense pas que c'est mon rôle
Conseiller l'entreprise sur le règlement intérieur, leur responsabilité, etc.	45	13	8
Repérer des facteurs qui pourraient potentiellement engendrer/aggraver des conduites addictives	36	25	5
Sensibiliser les employeurs sur les conduites addictives et les moyens de prévention	33	28	5
Évaluer les pratiques des entreprises (pots de départ, etc.)	18	26	21
Présenter les ressources du service de santé au travail en cas de problématique dans l'entreprise	54	11	0
Introduire le sujet des conduites addictives lors de la réalisation de la fiche d'entreprise	27	32	7
Faire des sensibilisations collectives sur le thème des conduites addictives	8	35	23

Abord sujet FE	35/ Avez-vous déjà réalisé une fiche d'entreprise ou une aide au document unique ?	
	Oui (passez à la question 36)	261
	Non (passez à la question 40)	47
	36/ La trame de votre fiche d'entreprise contient-elle le risque "conduites addictives" ?	
	Je n'ai pas de trame	15
	Oui, pour tous les corps de métier	57
	Oui, pour certains corps de métier	22
	Non	167
	37/ Lors de la réalisation d'une fiche d'entreprise ou d'une aide au document unique, vous arrive-t-il d'aborder le sujet des conduites addictives avec l'employeur ?	
	Oui (passez à la question 38)	193
	Non (passez à la question 39)	69
	38/ Si oui, à quelle(s) occasion(s) ? (plusieurs réponses possibles)	
	Si l'employeur l'aborde	100
	Si j'ai repéré des problèmes (ou si mon médecin a repéré des problèmes)	113
	Je l'intègre dans le risque routier	115
	Je l'intègre dans les RPS	75
	Je l'aborde systématiquement	52
	(passez à la question 40)	
	39/ Si non, pourquoi? (plusieurs réponses possibles)	
	Difficultés d'abord de la question	21
	Je juge que ce n'est pas le moment opportun pour le faire	27
	Pour infirmière et IPRP : Mon médecin ne me l'a pas demandé	18
	Je ne considère pas les conduites addictives comme un risque professionnel	9
Les entreprises de mon secteur n'ont pas de contrainte de sécurité	3	
Autre	16	

	40/ Selon vous, quel est LE moment le plus propice pour aborder le sujet de la prévention des conduites addictives avec l'employeur ?	
	CHSCT	75
	Fiche d'entreprise	61
	Lors de la visite médicale de l'encadrement	44
	Lorsque l'employeur l'aborde de lui-même	61
	À la suite d'un incident dans l'entreprise	27
	Ne se prononce pas	40
Participation action collective	41/ Avez-vous déjà mené ou participé à une action de prévention collective sur le thème des conduites addictives ?	
	Oui (passez à la question 43)	140
	Non (passez à la question 42)	168
	42/ Si vous n'avez jamais mené d'actions, quelle est LA principale raison ?	
	C'est le groupe de travail qui s'en occupe et je n'en fais pas partie.	28
	Manque de temps	12
	Manque de volonté des entreprises	5
	Je n'en ai pas eu l'occasion/je n'ai pas eu de demande à ce sujet	65
	Ce n'est pas une de mes priorités (ou une priorité du médecin avec qui je travaille)	19
	Manque de formation	26
	Je ne suis pas convaincu de l'intérêt d'une prévention collective sur ce thème	3
	Ce n'est pas mon rôle	10
	(passez à la question 53)	
Contexte	43/ Dans quel contexte avez-vous mené cette (ces) action(s) ? (Plusieurs réponses possibles)	
	Demande de l'employeur	89
	Prévention primaire	77
	Suite à un repérage de conduites addictives lors des entretiens individuels	42

	Suite à un accident du travail lié à une conduite addictive	13
	En prévention du risque routier	49
	Suivi d'une campagne nationale de prévention (type mois sans tabac)	23
	44/ Qui, de votre service de santé au travail, a participé à cette(ces) action(s) ? (Plusieurs réponses possibles)	
	Médecin	116
	Infirmière	94
	IPRP/préventeur	42
	Assistante sociale	17
	Assistante santé travail	10
	Psychologue du travail	9
	QSE	8
	Directeur du service	13
	45/ Cette(ces) action(s) était-elle destinée ...?	
	À l'encadrement	15
	Aux salariés	24
	Les deux	102
Thème	46/ Quels étaient les thèmes abordés ? (Plusieurs réponses possibles)	
	Risque légal	88
	Risque santé	115
	Risque accident au travail	99
	Comment aider un collègue	90
	Comment réagir devant un état d'ébriété au travail	102
	Risque routier	107
	Rôle du travail dans les conduites addictives	63
	Conseils pour une consommation "responsable"	44
Évaluation efficacité	47/ Avez-vous évalué l'efficacité d'au moins une de vos actions?	
	Oui (passez à la question 49)	40

Partenaires
extérieurs

Non (passez à la question 48)	101
48/ Si vous n'avez pas évalué vos actions, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)	
Manque d'indicateurs fiables	52
Manque de temps	51
Entreprise perdue de vue	9
Manque de moyens techniques (logiciel, compétences...)	58
49/ Avez-vous déjà travaillé avec des partenaires extérieurs pour une ou plusieurs de vos actions collectives ?	
Oui	75
Non	66
50/ Si oui, quel(s) partenaire(s) ? (plusieurs réponses possibles)	
ANPAA	50
Mutuelle	9
Association d'anciens consommateurs	7
DIRECCTE	5
CARSAT	8
Addictologue/tabacologue privé	17
Forces de l'ordre	12
Autre	16
51/ Ce partenariat a-t-il été constructif ?	
Oui	74
Non	1
52/ Si vous n'avez jamais fait appel à des partenaires, pourquoi ?	
Mauvaise visibilité des aides disponibles	23
Cela n'était pas nécessaire	15
L'idée n'est pas venue	12
Complexité/lenteur de la démarche	24

Sensibilisation collectives efficaces	53/ Selon vous, les sensibilisations collectives sont-elles un moyen efficace de prévention des conduites addictives en entreprise ?	
	Oui	256
	Non	52
Sensibilisation employeurs utiles	54/ Selon vous, la sensibilisation des employeurs est-elle importante dans la prévention des conduites addictives ?	
	Oui	297
	Non	11
Campagnes nationales utiles	55/ L'organisation de campagnes nationales (type mois sans tabac) vous aide-t-elle dans la prévention des conduites addictives ?	
	Oui	169
	Non	139
Réactions négatives	56/ Avez-vous déjà été confronté à une réaction négative suite à l'abord du sujet des conduites addictives ? (plusieurs réponses possibles)	
	Oui, plutôt de la part des salariés	59
	Oui, plutôt de la part des employeurs	8
	Oui, de la part de salariés et d'employeurs	41
	Oui, mais de moins en moins	66
	Non, jamais	134
	57/ Au final, qu'est-ce qui vous pose le plus problème ? (choisir une seule proposition)	
	L'abord du sujet avec le salarié	20
	L'abord du sujet avec l'employeur	13
	Les consultations à la demande de l'employeur	14
	Le dépistage	38
	L'orientation	28
L'aptitude	58	

Besoin formation	L'organisation d'actions de prévention primaire	72
	La prise en charge aiguë d'un état d'ébriété	20
	Aucun	45
	58/ Pensez-vous avoir besoin d'une formation supplémentaire pour la prévention des conduites addictives ?	
	Oui (passez à la question 59)	213
	Non (passez à la page de remerciement).	95
59/ Si oui, qu'en attendez-vous ? (question ouverte)		

Annexe 8 : Tableaux statistiques dans leur ordre d'apparition dans le texte (n°2, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26 et 27) :

Tableau 2 : Comparaison de certaines caractéristiques selon la profession (Médecins VS Infirmières). N=246

Nom variable	Modalités	Médecins	Infirmières	P-value*
Nombre		137	109	
Sexe				<0,0001
	Homme	40	9	
	Femme	97	100	
Âge				<0,0001
	20-50	25	70	
	50 et +	112	39	
Type de prévention				
	Répercussions			0,0323#
	Tout à fait d'accord	84	82	
	Plutôt d'accord	38	22	
	Plutôt en désaccord	12	3	
	Pas du tout d'accord	2	0	
	Aspect culturel			0,0206#
	Tout à fait d'accord	43	44	
	Plutôt d'accord	61	52	
	Plutôt en désaccord	24	8	
	Pas du tout d'accord	7	1	
Abord du sujet				
Alcool				0,0405
	Systématique	79	76	
	Non systématique	58	32	
RPIB				0,0278#
(utilisation)	Systématiquement	9	10	

Recherche composante professionnelle	Conso importante	14	2	
	Certains postes	44	33	
	Jamais	21	24	0,0222#
Lien médecin traitant	Toujours	89	54	
	Parfois	45	48	
	Jamais	2	6	<0,0001
Contexte				
	Demande employeur			0,0497
Thème	Oui	46	40	
	Non	34	14	
Évaluation action				
	Rôle du travail			<0,0001
Campagnes nationales	Oui	35	43	
	Non	45	11	
Réactions négatives				
	Évaluation action			0,0236#
Réactions négatives	Oui	18	22	
	Non	62	32	
Réactions négatives				
	Campagnes nationales			0,0204
Réactions négatives	Oui	68	70	
	Non	68	38	
Réactions négatives				
	Réactions négatives			0,0557
Réactions négatives	Oui	93	61	
	Non	43	47	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 3 : Comparaison de certaines caractéristiques selon le sexe (Homme VS Femmes) chez les médecins et infirmières. N=246

Nom variable	Modalités	Homme	Femme	P-value*
Nombre		49	197	
Âge				0,0094
	20-50	11	84	
	50 et plus	38	113	
Conditions de travail				0,0322#
	Tout à fait d'accord	24	114	
	Plutôt d'accord	17	72	
	Plutôt en désaccord	4	8	
	Pas du tout d'accord	3	1	
Aspect culturel				0,0146#
	Tout à fait d'accord	16	71	
	Plutôt d'accord	18	95	
	Plutôt en désaccord	9	23	
	Pas du tout d'accord	5	3	
Profession				<0,0001
	Médecin du travail	40	97	
	Infirmière en santé travail	9	100	
Abord du sujet				
Alcool				0,0003
	Systématique	20	135	
	Non systématique	29	61	
Lien médecin traitant				0,0512
	Oui	14	32	
	Non	35	163	
Thème				
Aider un collègue				0,0552
	Oui	16	70	
	Non	16	32	

Ébriété au travail			0,0442
	Oui	19	79
	Non	13	23
Rôle du travail			0,0378
	Oui	9	50
	Non	23	52
Réactions négatives			0,0443*
	Oui	37	117
	Non	12	78

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 5 : Comparaison de certaines caractéristiques selon l'âge (20-50 ans VS Plus de 50ans) chez les médecins et infirmières. N=246

Nom variable	Modalités	20-50 ans	50 ans et plus	P-value*
Nombre		95	151	
Sexe				0,0094
	Homme	11	38	
	Femme	84	113	
Service				0,0452
	Interentreprise	78	111	
	Autonome	6	26	
	Fonction publique/MSA	11	14	
Type de prévention				
Aspect culturel				0,0549#
	Tout à fait d'accord	36	51	
	Plutôt d'accord	46	67	
	Plutôt en désaccord	8	24	
	Pas du tout d'accord	0	7	
Profession				<0,0001
	Médecin du travail	25	112	
	Infirmière en santé travail	70	39	
Difficulté abord				0,0020
	Oui	34	28	
	Non	60	123	
Lien médecin traitant				0,0543
	Oui	12	34	
	Non	82	116	
Visibilité réseau				0,0543
	Oui	37	78	
	Non	57	72	
Participation action collective				0,0068
	Oui	41	92	
	Non	53	58	

Repérage entretiens			0,0021
Oui	5	36	
Non	36	57	
Destinataire action			0,0237#
Encadrement	2	11	
Salarié	12	10	
Les deux	27	72	
Thème			
Aider un collègue			0,0378
Oui	21	65	
Non	20	28	
Réduction des risques			0,0374
Oui	18	24	
Non	23	69	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 7 : Comparaison de certaines caractéristiques selon le service (interentreprise VS autonome VS fonction publique/MSA) chez les médecins et infirmières. N=246

Nom variable	Modalités	Interentreprise	Autonome	Fonction publique/MSA	P-value*
Nombre		189	32	25	
Âge					0,0452
	20-50	78	6	11	
	50 et +	111	26	14	
Département					0,0113
	Midi-Pyrénées	97	24	18	
	Languedoc-Roussillon	92	8	7	
Projet de service					0,0001#
	Oui	99	20	3	
	Non	90	12	22	
Groupe de travail (existence)					<0,0001#
	Oui	113	15	2	
	Non	76	17	23	
Groupe de travail (appartenance)					0,0084#
	Oui	30	8	2	
	Non	84	7	0	
Type de prévention					
Répercussions					0,0065#
	Tout à fait d'accord	134	18	14	
	Plutôt d'accord	48	7	5	
	Plutôt en désaccord	5	6	4	
	Pas du tout d'accord	2	0	0	
Abord du sujet					
Sans substances					0,0021#
	Systématique	18	10	1	

Participation action collective	Non systématique	164	21	24	
					0,0114
Thème	Oui	100	24	9	
	Non	87	8	16	
Santé					0,0090#
Campagnes nationales	Oui	85	22	4	
	Non	16	2	5	
					0,0070
	Oui	114	17	7	
	Non	73	15	18	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 9 : Comparaison de certaines caractéristiques selon le département (Midi-Pyrénées VS Languedoc-Roussillon) chez les médecins et infirmières. N=246

Nom variable	Modalités	Midi-Pyrénées	Languedoc-Roussillon	P-value*
Nombre		139	107	
Service				0,0113
	Interentreprise	97	92	
	Autonome	24	8	
	Fonction publique/MSA	18	7	
Projet de service				0,0009
	Oui	56	66	
	Non	83	41	
Groupe de travail (existence)				0,0032
	Oui	62	68	
	Non	77	39	
Abord du sujet				
Alcool				0,0129
	Systématique	78	77	
	Non systématique	60	30	
Utilité question autres drogues				0,0038
	Oui	108	97	
	Non	31	9	
Utilisation autoquestionnaires				0,0224
	Oui	55	57	
	Non	84	48	
RPIB (connaissance)				<0,0001
	Oui	75	82	
	Non	64	23	
Utilité protocole (infirmières uniquement)				0,0248
	Oui	8	17	
	Non	27	18	
Contexte				

Prévention primaire	Oui	32	40	0,0120
	Non	41	21	
Risque routier	Oui	30	15	0,0439
	Non	43	46	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 11 : Comparaison de certaines caractéristiques selon la formation (formés VS non formés) chez les médecins et infirmières. N=246

Nom variable	Modalités	Formés	Non formés	P-Value*
Nombre		163	83	
Groupe de travail				0,0005
(appartenance)	Oui	37	3	
	Non	57	34	
Type de prévention				
Conditions de travail				0,0307#
	Tout à fait d'accord	99	39	
	Plutôt d'accord	56	33	
	Plutôt en désaccord	4	8	
	Pas du tout d'accord	2	2	
Aspect culturel				0,0508#
	Tout à fait d'accord	64	23	
	Plutôt d'accord	73	40	
	Plutôt en désaccord	15	17	
	Pas du tout d'accord	6	2	
Abord du sujet				
Tabac				0,0023
	Systématique	156	71	
	Non systématique	6	12	
Alcool				0,0077
	Systématique	112	43	
	Non systématique	50	40	
Médicaments				0,0061
	Systématique	111	42	
	Non systématique	51	41	
Difficulté abord				0,0240

Utilisation autoquestionnaires	Oui	28	34	
	Non	54	129	
				0,0015
RPIB (connaissance)	Oui	86	26	
	Non	76	56	
				<0,0001
RPIB (utilisation)	Systematiquement	19	0	
	Conso importante	66	11	
	Certains postes	14	2	
	Jamais	26	19	
Visibilité réseau				0,0016
Utilité protocole (infirmières uniquement)	Oui	88	27	
	Non	74	55	
				0,0372#
Participation action collective	Oui	23	2	
	Non	31	14	
				0,0036
Thème Santé	Oui	99	34	
	Non	63	48	
				0,0373
Ébriété au travail	Oui	86	25	
	Non	13	10	
				0,0130
Efficacité sensibilisation collective	Oui	78	20	
	Non	21	15	
				0,0241
	Oui	144	64	

Besoin formation	Non	18	18
			0,0002
	Oui	98	69
	Non	64	13

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 12 : Comparaison de certaines caractéristiques selon le projet de service (existence d'un projet de service VS non-existence) chez les médecins et infirmières. N=246

Nom variable	Modalités	Oui	Non	P-Value*
Nombre		122	124	
Âge				0,0148
	20-50	56	39	
	50 et +	64	85	
Département				0,0009
	Midi-Pyrénées	56	83	
	Languedoc-Roussillon	66	41	
Service				0,0002
	Interentreprise	99	90	
	Autonome	20	12	
	Fonction publique/ MSA	3	22	
Formation				0,0534
	Oui	88	75	
	Non	34	49	
Groupe de travail				<0,0001
(existence)	Oui	100	30	
	Non	22	94	
Type de prévention				
Répercussions				0,0369#
	Tout à fait d'accord	83	83	
	Plutôt d'accord	33	27	
	Plutôt en désaccord	3	12	
	Pas du tout d'accord	2	0	
Abord du sujet				
Cannabis				0,0294
	Systematique	59	43	
	Non systematique	63	81	

Utilisation autoquestionnaires			<0,0001
	Oui	76	36
	Non	46	86
Statistiques			0,0154#
	Systematique	4	2
	Parfois	42	24
	Jamais	76	96
RPIB (connaissance)			<0,0001
	Oui	94	63
	Non	28	59
RPIB (utilisation)			0,0412
	Systematiquement	15	4
	Conso importante	50	27
	Certains postes	9	7
	Jamais	20	25
Recherche composante professionnelle			0,0197
	Toujours	81	62
	Parfois	36	57
	Jamais	5	3
Utilité protocole (infirmières uniquement)			0,0409
	Oui	18	7
	Non	21	24
Participation action collective			0,0146
	Oui	76	57
	Non	46	65
Thème			
Légal			0,0575
	Oui	54	32
	Non	22	26
Santé			0,0052
	Oui	69	42

Ébriété au travail	Non	7	16	0,0331
	Oui	61	37	
Rôle du travail	Non	15	21	0,0217
	Oui	40	19	
Partenaires extérieurs	Non	36	39	0,9252
	Oui	40	31	
Efficacité sensibilisation collective	Non	36	27	0,0303
	Oui	110	98	
	Non	12	24	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 14 : Comparaison de certaines caractéristiques selon l'existence d'un groupe de travail (oui VS non) chez les médecins et infirmières. N=246

Nom variable	Modalités	Oui	Non	P-Value*
Nombre		130	116	
Sexe				0,0005
	Homme	15	34	
	Femme	115	82	
Département				0,0032
	Midi-Pyrénées	62	77	
	Languedoc-Roussillon	68	39	
Service				<0,0001#
	Interentreprise	113	76	
	Autonome	15	17	
	Fonction publique/ MSA	2	23	
Formation				0,0337
	Oui	94	69	
	Non	36	47	
Projet de service				<0,0001
	Oui	100	22	
	Non	30	94	
Type de prévention				
Répercussions				0,0257#
	Tout à fait d'accord	85	81	
	Plutôt d'accord	38	22	
	Plutôt en désaccord	4	11	
	Pas du tout d'accord	2	0	
Utilisation autoquestionnaires				<0,0001
	Oui	79	33	
	Non	50	82	
RPIB (connaissance)				<0,0001
	Oui	100	57	
	Non	29	58	

RPIB				0,0072
(utilisation)	Systematiquement	16	3	
	Conso importante	52	25	
	Certains postes	12	4	
	Jamais	20	25	
Abord sujet FE				0,0037
	Oui	91	59	
	Non	19	32	
Thème				
	Légal			0,0165
	Oui	56	30	
	Non	21	27	
Accident du travail				0,0223
	Oui	60	34	
	Non	17	23	
Efficacité sensibilisation collective				0,0291
	Oui	116	92	
	Non	13	23	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 15 : Comparaison de certaines caractéristiques selon l'appartenance à un groupe de travail (Oui VS Non) chez les médecins et infirmières. N=246

Nom variable	Modalités	Oui	Non	P-Value*
Nombre		40	206	
Département				0,0509
	Midi-Pyrénées	17	122	
	Languedoc-Roussillon	23	84	
Formation				0,0001
	Oui	37	126	
	Non	3	80	
Projet de service				<0,0001
	Oui	32	90	
	Non	8	116	
Groupe de travail (existence)				<0,0001#
	Oui	40	90	
	Non	0	116	
Abord du sujet Alcool				0,0537
	Systématique	30	125	
	Non systématique	9	81	
Cannabis				0,0093
	Systématique	24	78	
	Non systématique	16	128	
Médicaments				0,0122
	Systématique	32	121	
	Non systématique	8	84	
Utilisation autoquestionnaires				0,0002
	Oui	29	83	
	Non	11	121	
Statistiques				0,0068#
	Systématique	3	3	
	Parfois	16	50	

RPIB (connaissance)	Jamais	21	151	
				0,0575
RPIB (utilisation)	Oui	31	126	
	Non	9	78	
				0,0150#
Visibilité réseau	Systematiquement	9	10	
	Conso importante	14	63	
	Certains postes	3	13	
	Jamais	5	40	
				0,0133
Participation action collective	Oui	26	89	
	Non	14	115	
				0,0004
Thème	Oui	32	101	
	Non	8	103	
Aider un collègue				0,0210
Risque routier	Oui	26	60	
	Non	6	42	
				0,0217
Rôle du travail	Oui	29	72	
	Non	3	30	
				0,0158
	Oui	20	39	
	Non	12	63	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 16 : Comparaison de certaines caractéristiques selon la réponse à l'item « prévenir la répercussion des conduites addictives sur le travail (Tout à fait d'accord VS le reste) chez les médecins et infirmières. N=244

Nom variable	Modalités	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord/ Plutôt en désaccord/ Pas du tout d'accord	P-value*
Nombre		166	78	
Type de prévention				
Poste de sécurité				<0,0001#
	Tout à fait d'accord	102	18	
	Plutôt d'accord	41	41	
	Plutôt en désaccord	15	14	
	Pas du tout d'accord	5	1	
Conditions de travail				0,0073#
	Tout à fait d'accord	105	33	
	Plutôt d'accord	49	39	
	Plutôt en désaccord	8	4	
	Pas du tout d'accord	2	2	
Aspect culturel				0,0322#
	Tout à fait d'accord	68	19	
	Plutôt d'accord	66	46	
	Plutôt en désaccord	22	10	
	Pas du tout d'accord	6	2	
Profession				0,0185
	Médecin du travail	84	52	
	Infirmière en santé travail	82	26	
Dossier médical				0,0220
	Systématique	115	43	
	Non systématique	49	35	
Statistiques				0,0428#
	Systématique	2	4	
	Parfois	40	26	
	Jamais	122	48	

Participation action collective			0,0090
	Oui	80	52
	Non	84	26
Besoin formation			0,0067
	Oui	121	44
	Non	43	34

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 17 : Comparaison de certaines caractéristiques selon la réponse à l'item « je raisonne en poste de sécurité : prévention des consommations sur les postes à risque » (Tout à fait d'accord VS le reste) chez les médecins et infirmières. N=238

Nom variable	Modalités	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord/ Plutôt en désaccord/ Pas du tout d'accord	P-value*
Type de prévention				
	Répercussions			<0,0001#
	Tout à fait d'accord	102	61	
	Plutôt d'accord	16	43	
	Plutôt en désaccord	2	11	
	Pas du tout d'accord	0	2	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 18 : Comparaison de certaines caractéristiques selon la réponse à l'item « Veiller à ce que le travail ne vienne pas soit générer, soit accentuer des conduites addictives » (Tout à fait d'accord VS le reste) chez les médecins et infirmières. N=243

Nom variable	Modalités	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord/ Plutôt en désaccord/ Pas du tout d'accord	P-value*
Nombre		138	105	
Département				0,0262
	Midi-Pyrénées	79	45	
	Languedoc-Roussillon	59	60	
Formation				0,0420
	Oui	98	62	
	Non	39	43	
Type de prévention				
Répercussions				0,0011#
	Tout à fait d'accord	105	59	
	Plutôt d'accord	22	38	
	Plutôt en désaccord	8	7	
	Pas du tout d'accord	2	0	
Aspect culturel				<0,0001#
	Tout à fait d'accord	75	12	
	Plutôt d'accord	47	66	
	Plutôt en désaccord	12	20	
	Pas du tout d'accord	2	6	
Abord du sujet				
Alcool				0,0368
	Systématique	95	58	
	Non systématique	43	46	
Recherche composante professionnelle				0,0001#
	Toujours	93	47	

Lien médecin traitant	Parfois	42	51	
	Jamais	1	7	
				0,0199
Abord sujet FE	Oui	33	13	
	Non	103	92	
				0,0049
	Oui	92	57	
	Non	19	30	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 19 : Comparaison de certaines caractéristiques selon la réponse à l'item « Travailler sur l'aspect culturel de la consommation dans certains secteurs d'activités » (Tout à fait d'accord VS le reste) chez les médecins et infirmières. N=240

Nom variable	Modalités	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord/ Plutôt en désaccord/ Pas du tout d'accord	P-value*
Nombre		87	153	
Département				0,0173
	Midi-Pyrénées	52	67	
	Languedoc-Roussillon	35	86	
Formation				0,0524
	Oui	64	93	
	Non	23	59	
Type de prévention				
Répercussions				0,0246#
	Tout à fait d'accord	68	94	
	Plutôt d'accord	13	46	
	Plutôt en désaccord	5	10	
	Pas du tout d'accord	0	2	
Conditions de travail				<0,0001#
	Tout à fait d'accord	75	61	
	Plutôt d'accord	12	76	
	Plutôt en désaccord	0	12	
	Pas du tout d'accord	0	4	
Abord du sujet				
Sans substances				0,0190
	Systématique	16	12	
	Non systématique	70	134	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 21 : Comparaison de certaines caractéristiques selon la difficulté d'abord du sujet (Oui VS Non) chez les médecins et infirmières. N=245

Nom variable	Modalités	Oui	Non	P-value*
Nombre		62	183	
Sexe				0,0004
	Homme	11	38	
	Femme	51	45	
Âge				0,0020
	20-50	34	60	
	50 et +	28	123	
Formation				0,0240
	Oui	34	129	
	Non	28	54	
Abord du sujet				
Alcool				0,0041
	Systematique	30	125	
	Non systematique	32	57	
Cannabis				0,0013
	Systematique	15	87	
	Non systematique	47	96	
Autres drogues				0,0229
	Systematique	11	59	
	Non systematique	51	120	
Sans substances				0,0132
	Systematique	2	27	
	Non systematique	59	149	
Visibilité réseau				0,0154
	Oui	21	94	
	Non	41	88	
Difficulté aptitude				0,0156#
(médecins uniquement)	Toujours	5	3	
	Souvent	14	34	
	Parfois	12	61	
	Jamais	0	4	
Abord sujet FE				0,0356

Besoin formation	Oui	31	119	
	Non	18	33	
				0,0378
	Oui	49	118	
	Non	13	64	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 22 : Comparaison de certaines caractéristiques selon la recherche d'une composante professionnelle (Systématique VS Non systématique) chez les médecins et infirmières. N=244

Nom variable	Modalités	Systématique	Non systématique	P-value*
Nombre		143	101	
Sexe				0,0415
	Homme	35	14	
	Femme	108	87	
Formation				0,0521
	Oui	102	60	
	Non	41	41	
Projet de service				0,0135
	Oui	41	81	
	Non	60	62	
Type de prévention				
Conditions de travail				0,0003#
	Tout à fait d'accord	93	43	
	Plutôt d'accord	42	47	
	Plutôt en désaccord	5	7	
	Pas du tout d'accord	0	4	
Profession				0,0150
	Médecin du travail	89	47	
	Infirmière en santé travail	54	54	
Lien médecin traitant				0,0193
	Oui	34	12	
	Non	109	89	
Thème				
Ébriété au travail				0,0115
	Oui	67	31	
	Non	16	20	
Rôle du travail				0,0024

Efficacité sensibilisation collective	Oui	45	14	
	Non	38	37	
				0,0093
	Oui	129	79	
	Non	14	22	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 23 : Comparaison de certaines caractéristiques selon la difficulté avec l'aptitude (Toujours/ Souvent VS Parfois/Jamais) chez les médecins concernés par l'aptitude. N=132

Nom variable	Modalités	Toujours/Souvent	Parfois/Jamais	P-value*
Nombre		55	77	
	Difficulté abord			0,0205
	Oui	18	12	
	Non	37	65	
RPIB (utilisation)				0,0496#
	Systématiquement	2	7	
	Conso importante	22	21	
	Certains postes	7	7	
	Jamais	4	17	
Visibilité réseau				0,0391
	Oui	20	42	
	Non	35	35	
	Efficacité sensibilisation collective			0,0117
	Oui	40	69	
	Non	15	8	
Besoin formation				0,0524
	Oui	43	48	
	Non	12	29	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 24 : Comparaison de certaines caractéristiques selon le remplissage du dossier médical (Systématique VS Non systématique) chez les médecins et infirmières. N=244

Nom variable	Modalités	Systématique	Non systématique	P-value*
Nombre		160	84	
Abord du sujet				
	Alcool			0,0157
	Systématique	110	44	
	Non systématique	50	39	
	Cannabis			0,0266
	Systématique	75	27	
	Non systématique	85	57	
	Autres drogues			0,0314
	Systématique	53	17	
	Non systématique	104	66	
Utilisation autoquestionnaires				0,0007
	Oui	86	26	
	Non	74	58	
Contexte				
	Campagne nationale			0,0264
	Oui	20	3	
	Non	70	41	
Thème				
	Santé			0,0300
	Oui	79	32	
	Non	11	12	
	Réduction des risques			0,0575
	Oui	33	9	
	Non	57	35	
Évaluation action				0,0390
	Oui	32	8	
	Non	58	36	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 26 : Comparaison de certaines caractéristiques selon la participation à une action collective (Oui VS Non) chez les médecins et infirmières. N=244

Nom variable	Modalités	Oui	Non	P-value*
Nombre		133	111	
Âge				0,0068
	20-50	41	53	
	50 et +	92	58	
Service				0,0044
	Interentreprise	100	87	
	Autonome	24	8	
	Fonction publique/ MSA	7	16	
Formation				0,0036
	Oui	99	63	
	Non	34	48	
Projet de service				0,0146
	Oui	76	46	
	Non	57	65	
Groupe de travail (appartenance)				0,0013
	Oui	32	8	
	Non	45	45	
Type de prévention				
Répercussions				0,0554#
	Tout à fait d'accord	80	84	
	Plutôt d'accord	40	20	
	Plutôt en désaccord	10	5	
	Pas du tout d'accord	1	1	
Abord du sujet				
Tabac				0,9130
	Systématique	122	103	
	Non systématique	10	8	
Alcool				0,3712
	Systématique	87	67	
	Non systématique	45	44	

Cannabis				0,0030
	Systématique	67	35	
	Non systématique	66	76	
Autres drogues				0,0357
	Systématique	45	25	
	Non systématique	84	86	
Médicaments				0,0480
	Systématique	90	62	
	Non systématique	42	49	
Sans substances				0,0110
	Systématique	22	7	
	Non systématique	105	102	
Statistiques				0,0081#
	Systématique	6	0	
	Parfois	42	24	
	Jamais	85	87	
Visibilité réseau				0,0164
	Oui	72	43	
	Non	61	68	
Abord sujet FE				0,0078
	Oui	91	59	
	Non	20	31	
Efficacité sensibilisation collective				0,0415
	Oui	119	89	
	Non	14	22	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

Tableau 27 : Comparaison de certaines caractéristiques selon l'exposition à des réactions négatives à l'abord du sujet (Oui VS Non) chez les médecins et infirmières. N=244

Nom variable	Modalités	Oui	Non	P-value*
Nombre		156	90	
Sexe				0,0495
	Homme	37	12	
	Femme	119	78	
Âge				0,2486
	20-50	56	39	
	50 et +	100	51	
Profession				0,0577
	Médecin du travail	94	43	
	Infirmière en santé travail	62	47	
Abord sujet FE				0,0365
	Oui	101	49	
	Non	26	25	
Contexte				
	Repérage entretiens			0,0384
	Oui	33	8	
	Non	58	35	
Efficacité sensibilisation collective				0,0039
	Oui	139	69	
	Non	15	21	

* Test du chi deux

Test exact de Fisher

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Obstacles and incentives in the prevention of addictive behaviors in occupational medicine: a qualitative study conducted on physicians, nursing staff and OHS experts in the French region of Occitanie

SUMMARY :

Since 2011, psychoactive substance use prevention on the workplace has become an official assignment for French occupational health services. The main purpose of this study was to identify the obstacles the multidisciplinary team (occupational physicians, nurses and OHS experts) was confronted to as well as the incentives for preventing both individual and collective addictive behaviors. For that purpose, we held a series of semi-structured individual interviews before we shared an online survey. We found a certain number of obstacles : some related to occupational health services or health professionals – mainly the lack of training and the difficulties related to the assessment of ability – and some others that have to do with the company or the employees. The incentives we have come to identify in our study and in scientific literature may give leads as to how this sometimes still taboo subject can be better approached, in consultation as well as within a company.

KEY-WORDS :

psychoactive substance use, prevention, occupational health services, occupational health physicians, occupational health nurses, OHS experts, Occitanie, addiction.

UNIVERSITY :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Thesis supervisor : Dr Corinne MARTINAUD

**Freins et leviers pour la prévention des conduites addictives
en santé au travail :
Étude qualitative auprès de médecins, infirmiers et préventeurs
en Occitanie.**

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Depuis 2011, la prévention de la consommation de substances psychoactives en milieu de travail est une mission officielle des services de santé au travail. L'objectif principal de cette étude était d'identifier les freins rencontrés par l'équipe pluridisciplinaire (médecin du travail, infirmière et IPRP) et les leviers pour la prévention individuelle et collective des conduites addictives. Pour cela, nous avons conduit une série d'entretiens individuels semi-directifs puis diffusé un questionnaire en ligne. Nous avons trouvé un certain nombre de freins : certains liés aux services de santé de travail ou aux professionnels de santé, principalement le manque de formation et les difficultés liés à l'évaluation de l'aptitude, et d'autres liés à l'entreprise ou aux salariés. Les leviers identifiés dans notre étude et dans la littérature peuvent donner des pistes pour faciliter l'approche de ce sujet, parfois encore tabou, en consultation comme en entreprise

TITRE EN ANGLAIS :

Obstacles and incentives in the prevention of addictive behaviors in occupational medicine: a qualitative study conducted on physicians, nursing staff and OHS experts in the French region of Occitanie.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : conduites addictives, prévention, service de santé au travail, médecins du travail, infirmières en santé au travail, préventeurs, IPRP, Occitanie, santé au travail, addictions.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Corinne MARTINAUD

Thèse soutenue le 19 Octobre 2018 à Toulouse