

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1537

**THÈSE**

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

Présentée et soutenue publiquement

par

**Manon BONNET**

Le 05 avril 2019

**Interactions entre conduites addictives et milieu professionnel**  
**Quels moyens d'action pour le service de santé au travail ?**

Directrice de thèse : Dr Lise LAFFERAYRIE

**JURY**

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

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : D. CARRIE

### P.U. - P.H.

#### Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD 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. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
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. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

### P.U. - P.H.

#### 2<sup>ème</sup> classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

#### P.U. Médecine générale

M. MESTHE Pierre  
M. DUSTRIC Stéphane

#### Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves  
M. POLTRAIN Jean-Christophe

#### Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

### P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

### P.U. - P.H. 2<sup>ème</sup> classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-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. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
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	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Ess. sur la Santé et Prévention	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile	M. STILLMUNKES André	
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	<b>Professeur Associé en Pédiatrie</b>	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale	Mme CLAUDET Isabelle	
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		

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI 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. 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. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
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. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEQUUIT 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 GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
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. LEANDRI Roger	Biologie du développement et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du développement et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

**Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale**

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr CHICOULAA Bruno

Dr FREYENS Anne  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr LATROUS Lella

## **REMERCIEMENTS**

### **Aux membres du jury**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Soulat,**

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.  
Merci pour votre implication et votre bienveillance envers nous tous durant l'internat.  
Je tiens à vous exprimer ma gratitude et mon profond respect.

**Madame le Docteur Yolande Esquirol,**

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury de thèse.  
Merci pour votre implication dans notre formation.  
Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

**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 siéger à mon jury de thèse.  
Je tiens à vous remercier 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.

### **A ma directrice de thèse**

**Madame le Dr Lise Lafferayrie,**

Lise, je te remercie énormément d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir accompagnée en toute bienveillance. Sois assurée de ma profonde reconnaissance.  
Tu portes la question de la prévention des conduites addictives au sein de l'ASTIA depuis des années avec détermination. Cela porte ses fruits, tu peux être fière de toi !  
A la suite de notre collaboration et à nos futures randonnées !

## **A mes maîtres de stage et aux équipes qui m'ont accueillie durant l'internat**

**A Aude et l'équipe de MTPH**, pour m'avoir accompagnée dans mes premiers pas d'interne.

**A Françoise Giordano-Labadie, Claire Mailhol et l'équipe de Larrey**, merci de m'avoir fait découvrir et aimer la belle spécialité qu'est l'allergologie.

**Aux équipes du CSAPA Maurice Dide et de l'AIPD**, c'est à vos côtés que j'ai découvert, appris et aimé l'addictologie, je vous en suis très reconnaissante.

**A l'équipe de la DIRECCTE**, pour votre accueil et votre bonne humeur.

**A Dominique, Fred et Hélène**, l'équipe de choc d'A&D, avec qui j'ai eu la chance de passer deux semestres. Un grand merci pour votre bienveillance et tout ce que vous m'avez appris. A bientôt !

**A Sophie Gleizes-Cervera et l'équipe de rééducation de Médipôle**, pour votre accueil et nos échanges ; ce que j'ai appris à vos côtés m'est utile dans mon exercice quotidien.

**A Marieka et l'équipe de l'annexe Thibaud de l'ASTIA**, pour m'avoir si chaleureusement accueillie et accompagnée. C'est un plaisir de vous croiser régulièrement.

## **A mes co-internes**

Argane, Lina, Brigitte, Célia, Lorraine, Thomas, Julie et tous les autres..., pour les bons moments partagés à Toulouse, Bordeaux, Limoges et Casa !

Je suis ravie de travailler avec certains d'entre vous aujourd'hui.

Merci Camille pour ton soutien dans ces dernières semaines de préparation.

## **A mes collègues de l'ASTIA**

**A Anne C.**, j'ai eu la chance de démarrer mon exercice à tes côtés. Merci pour ton professionnalisme et ta bienveillance. A nos futures sorties !

**A la team CALM**, c'est un plaisir de travailler à vos côtés, et ce n'est que le début !

**A toute l'équipe des 36 ponts**, pour votre accueil chaleureux et votre bonne humeur, je ne pouvais pas espérer mieux !

**Aux membres des groupes Cliniques et PCRT**, pour les beaux projets que nous portons ensemble, la richesse de nos échanges et nos sessions brainstorming dans la joie et la bonne humeur.

## A ma famille

**A ma mère**, pour ton soutien inconditionnel, ta compréhension, les belles valeurs que tu nous as transmises... un immense merci.

**A mon père**, pour avoir cru en moi et m'avoir donné le goût du travail.

**A ma suvette Lolita**, pour notre complicité, nos fous rires passés et à venir... ! Tu es une perle, et tu seras une super instit, n'en doute pas. Yaouyayé !

**A mon frerot Mat**, la vie t'a emmené à quelques centaines de kilomètres, mais j'ai l'impression que les années ne font que nous rapprocher... ! Et ça, c'est bon pour le moral !

**A celles et ceux qui partagent vos vies** que j'apprécie énormément et que je remercie de vous accompagner au quotidien.

**A Aya, Tata, Baptiste et Bernard**, pour votre soutien, les bons moments partagés à Calourt, et votre présence qui m'est précieuse.

**A Papilou et Simone**, pour votre bienveillance.

**A Danièle**, ma marraine de cœur.

## A mes amis

**A Delphine**, pour ta présence à mes côtés qui m'est si précieuse depuis tant d'années, pour ta curiosité, ton rire, ta générosité... A nos futures soirées et week-ends en vadrouille !

**A Julie**, pour notre belle et solide amitié de 30 ans qui a encore de beaux jours devant elle.

**A Sophie**, pour ton écoute et ta compréhension bienveillantes, ta douceur, ton regard si sensible et si juste ; pour nos conversations qui m'élèvent et m'éclairent.

**A Florence**, pour notre amitié qui s'est imposée comme une évidence, pour les soirées partagées qui passent toujours trop vite... !

**A Léa, Emma et Flo, Christelle et Guillaume**, quelle chance de vous avoir rencontrés ! Je vous remercie pour votre présence bienveillante, votre générosité et votre justesse, elles me sont précieuses.

**A Oma**, pour la richesse de nos discussions ; je suis heureuse de faire partie de ta tribu.

**A Sandra**, pour la belle amitié qui est née pendant notre collaboration, pour ton naturel si généreux et ta bonne humeur. Vivement les prochains week-ends partagés, à Toulouse ou dans le Lot !

**A Delphine V**, pour notre amitié naissante qui promet d'être belle, pour tes attentions et ta singularité. Notre ami commun nous invite à vivre « imparfaites, libres et heureuses » ... je compte sur nous !

**A Mélissa**, pour ton soutien pendant la P1, pour tous les bons souvenirs de coloc, de voyage..  
Je vous souhaite le meilleur à toi et ta petite famille.

**A Elodie**, pour le lien qui nous unit depuis le lycée ; c'est toujours un plaisir de te retrouver.

**A la team de VELPO**, merci Nico de m'avoir proposé de rejoindre cette entité « polymorphe et bicéphale », merci à tous pour votre accueil et pour cette belle aventure collective !

**A Maïté, Gaby, Liza, Domi et les autres...**, pour les bons moments partagés pendant les études et l'aventure d'un ETAI. On a fait le Vietnam ensemble, et ça, ça ne s'oublie pas !

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE TOULOUSE-PURPAN

## *Serment d'Hippocrate*

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples,  
je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale,  
de l'honneur et de la probité.*

*Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,  
mes confrères et la société.*

*« Je conteste qu'une chose aussi inutile que la souffrance puisse donner des droits quels qu'ils soient, à qui que ce soit, sur quoi que ce soit. »*

Boris VIAN, L'arrache-cœur

## **GLOSSAIRE**

**AMT** : Action en Milieu de Travail  
**ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie  
**API** : Alcoolisation Ponctuelle Importante  
**AUDIT** : Alcohol Use Disorders Test  
**CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail  
**CAST** : Cannabis Abuse Screening Test  
**CCNE** : Comité Consultatif National d'Ethique  
**CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail  
**CIM** : Classification Internationale des Maladies  
**COCT** : Conseil d'Orientation des Conditions de Travail  
**CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et Prévention des Addictions  
**CSE** : Comité Social et Economique  
**DGT** : Direction Générale du Travail  
**DIRECCTE** : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi  
**DMST** : Dossier Médical Santé Travail  
**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
**DUERP** : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels  
**FACE** : Fast Alcohol Consumption Évaluation  
**FE** : Fiche d'Entreprise  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
**INRS** : Institut National de Recherche et Sécurité  
**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale  
**IPRP** : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels  
**IRP** : Instances Représentatives du Personnel  
**MDMA** : 3,4-Méthylène-Dioxy-n-MéthylAmphétamine  
**MILDECA** : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives  
**MILDT** : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie  
**NTIC** : Nouvelles Technologies d'Information et de Communication  
**OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**PSS** : Poste de Sûreté et de Sécurité  
**RH** : Ressources Humaines  
**RPIB** : Repérage Précoce et Intervention Brève  
**SFA** : Société Française d'Alcoologie  
**SFMT** : Société Française de Médecine du Travail  
**SPA** : Substance PsychoActive  
**SST** : Service de Santé au Travail  
**TSO** : Traitement de Substitution aux Opiacés

# TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Préambule</b> .....	<b>6</b>
1.1. Méthodologie .....	6
1.2. Définitions .....	6
1.2.1. Les concepts d'addiction et de pratiques addictives .....	6
1.2.2. Les substances psychoactives .....	9
1.2.3. Les addictions comportementales .....	10
1.3. Facteurs de risque et de vulnérabilité .....	11
1.3.1. Liés à la substance .....	11
1.3.2. Liés aux modalités d'usage .....	11
1.3.3. Facteurs individuels .....	12
1.3.4. Facteurs environnementaux .....	13
<b>2. Analyse de la littérature</b> .....	<b>13</b>
2.1. Usages de SPA : données épidémiologiques .....	13
2.1.1. Tabac .....	15
2.1.2. Alcool .....	15
2.1.3. Médicaments psychotropes .....	16
2.1.4. Autres substances .....	17
2.1.5. Usages de SPA au sein de la population active .....	18
2.1.6. Selon le secteur d'activité .....	20
2.2. Interactions entre pratiques addictives et milieu professionnel .....	22
2.2.1. Conséquences des consommations .....	22
2.2.1.1. Sur la sécurité .....	22
2.2.1.2. Sur la performance des organisations de travail .....	23
2.2.2. Déterminants professionnels des conduites addictives .....	24
2.2.2.1. Rôle des conditions de travail .....	24

• Fonctions et activités .....	25
• Pénibilité physique .....	26
• Horaires de travail .....	26
• Stress professionnel .....	27
• Relations au travail et management .....	28
• Insatisfaction au travail .....	28
2.2.2.2. Rôle de la culture d'entreprise .....	28
2.2.3. Typologies des facteurs et fonctions professionnelles des usages de SPA .....	29
<b>3. Rôle des équipes de santé au travail dans la prévention des conduites addictives.....</b>	<b>32</b>
3.1. Légitimité des services de santé au travail .....	32
3.1.1. Missions .....	33
3.1.2. Un risque récemment reconnu et ciblé par l'Etat .....	33
3.1.3. Recommandations des sociétés savantes .....	35
3.1.4. Attentes des employeurs et IRP .....	35
3.2. Actions en milieu de travail .....	37
3.2.1. Information des différents acteurs de l'entreprise .....	37
3.2.1.1. Rôle et moyens d'action de l'employeur .....	38
3.2.1.2. Rôle et moyens d'action des salariés et IRP .....	39
3.2.2. Fiche d'Entreprise .....	40
3.2.3. Aide à l'élaboration du DUERP .....	41
3.2.4. Aide à la mise en place d'une démarche de prévention collective .....	42
3.2.5. Conseils pour la mise en place d'une conduite en tenir en cas de trouble du comportement .....	43
3.2.6. Conseils pour l'encadrement des pots en entreprise .....	45
3.2.7. Modules de sensibilisation .....	45
3.3. Prévention individuelle .....	46
3.3.1. Evaluation et repérage des consommations de SPA .....	46

3.3.1.1.	Consommation déclarée .....	46
3.3.1.2.	Questionnaires .....	47
3.3.1.3.	Signes d’alerte cliniques .....	47
3.3.1.4.	Dépistage biologique .....	48
3.3.1.5.	Repérage des déterminants et fonctions professionnels	49
3.3.2.	Conduite à tenir .....	49
3.3.2.1.	RPIB en cas de trouble de l’usage identifié .....	49
3.3.2.2.	En cas de dépendance .....	51
3.3.2.3.	Dispositions relatives à l’aptitude .....	51
3.4.	Exemples d’actions mises en place par un service autonome .....	52
3.4.1.	Sur le plan collectif .....	52
3.4.2.	Sur le plan individuel .....	54
<b>Conclusion</b>	.....	<b>56</b>
<b>Bibliographie</b>	.....	<b>58</b>
<b>Annexes</b>	.....	<b>62</b>

## **Introduction**

Ce travail de thèse est né d'une réflexion personnelle qui s'est construite au fur et à mesure de mon internat de médecine du travail.

L'alternance de stages de médecine du travail et de stages cliniques nous permet d'apprendre notre futur rôle de médecin du travail et de connaître les différents types d'exercice, mais aussi de découvrir d'autres spécialités médicales.

Dans ce cadre, j'ai choisi d'effectuer un semestre de stage dans un CSAPA. Ce stage au côté de l'équipe pluridisciplinaire du centre a été riche et très formateur. J'ai été interpellée par le fait que certains patients évoquaient lors des entretiens des liens entre leurs consommations de substances et leur activité professionnelle.

Suite à ce stage, j'ai décidé de suivre les cours du Diplôme Universitaire d'Addictologie générale proposé par l'Université Paris Sud afin de compléter mes connaissances théoriques et pratiques.

Lors des stages en médecine du travail qui ont suivi, notamment deux stages dans le service autonome d'une entreprise de métallurgie, j'ai découvert que les membres du service de santé au travail étaient fréquemment confrontés à la problématique des conduites addictives et avaient un vrai rôle de prévention à jouer dans ce domaine.

C'est de ce cheminement qu'est née ma volonté de creuser cette question, et donc ce travail de thèse qui se compose, après un travail de définitions, de deux parties.

La première consiste en une analyse de la littérature afin d'explorer les données épidémiologiques sur les usages de substances psychoactives dans la population active et les interactions complexes entre ces usages et le milieu professionnel. Il en ressort que, en plus d'être un réel problème de santé publique, les conduites addictives représentent une problématique importante en santé au travail.

La seconde partie s'intéresse à la mise en place concrète d'une politique de prévention des conduites addictives dans l'entreprise, qui, pour être acceptée, efficace et pérenne, doit être collectivement partagée. En effet, les différents acteurs de l'entreprise doivent agir en concertation, et pour cela il est nécessaire que le rôle de chacun soit bien défini. En tant que conseillers de l'employeur et des salariés, le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire qu'il coordonne ont toute légitimité pour intervenir et occuper un rôle central dans la mise en œuvre de cette prévention. La connaissance du milieu de travail par le biais des actions de terrain, associée au suivi des salariés, leur permet d'intervenir tant sur le plan collectif qu'individuel.

# 1. Préambule

## 1.1. Méthodologie

La problématique des conduites addictives en milieu professionnel est complexe et touche à différents domaines des sciences humaines et sociales : santé au travail, santé publique, psychologie du travail, droit, sociologie, management...

C'est pourquoi cette revue de la littérature, sans se prétendre exhaustive, rassemble des recherches menées dans différentes disciplines afin d'élargir le questionnement sur le sujet, trop souvent enfermé dans des visions stéréotypées, individuelles et morales.

L'objectif était de sélectionner les documents les plus pertinents pour proposer un travail de thèse synthétique permettant de mettre en lumière les liens entre consommations de substances psychoactives et travail, la nécessité d'agir de manière préventive, et les moyens concrets pour le faire.

Pour cela, il était important de commencer par un travail de définitions, d'établir un état des lieux issu des données épidémiologiques puis d'analyser les interactions entre conduites addictives et activité professionnelle.

Dans ce but, les sources d'informations suivantes ont été interrogées :

- Bases de données bibliographiques automatisées
- OFDT
- MILDECA
- INRS
- INPES
- HAS
- Traité d'Addictologie
- Science Direct (Elsevier)
- CAIRN (revues et ouvrages en sciences humaines et sociales)
- ANPAA
- Ouvrage collectif « Se doper pour travailler »

## 1.2. Définitions

### 1.2.1. Les concepts d'addiction et de conduites addictives

L'étymologie du terme d'addiction est latine, *ad-dicere* « dire à ».

Dans la civilisation romaine, les esclaves n'avaient pas de nom et étaient *dits* à leur maître. L'addiction exprimait donc déjà une absence d'indépendance et de liberté. Le terme *addictus* était utilisé dans le droit romain pour désigner la situation du débiteur qui, incapable

de payer ses dettes, se trouvait « adonné » à son créancier qui pouvait alors disposer de lui comme d'un esclave.

On retrouve cette idée au Moyen-Age : « être addicté » correspondait à la condamnation par un tribunal d'un débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette à payer son créancier par son travail.

Dans la langue anglaise dès le XIV<sup>ème</sup> siècle, le terme *addiction* désignait la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître. Le sens de cet anglicisme s'est peu à peu rapproché de son sens moderne, désignant d'abord les passions dévorantes et moralement répréhensibles, puis s'est intégré dans le langage populaire pour parler des dépendances et toxicomanies.

Le concept général d'addiction a été théorisé par le psychiatre A. Goodman en 1990 et a progressivement remplacé les termes d'alcoolisme et de toxicomanie. Ceci a permis de passer d'une conception centrée sur le produit à une conception basée sur le comportement de consommation. En effet, l'addiction se caractérise par **l'impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, et la poursuite de ce comportement malgré la connaissance de ses conséquences négatives**. Il s'agit d'un trouble chronique induit par un processus récurrent caractérisé par intoxication répétée, installation progressive d'une dépendance, et évolution par rechutes. [1]

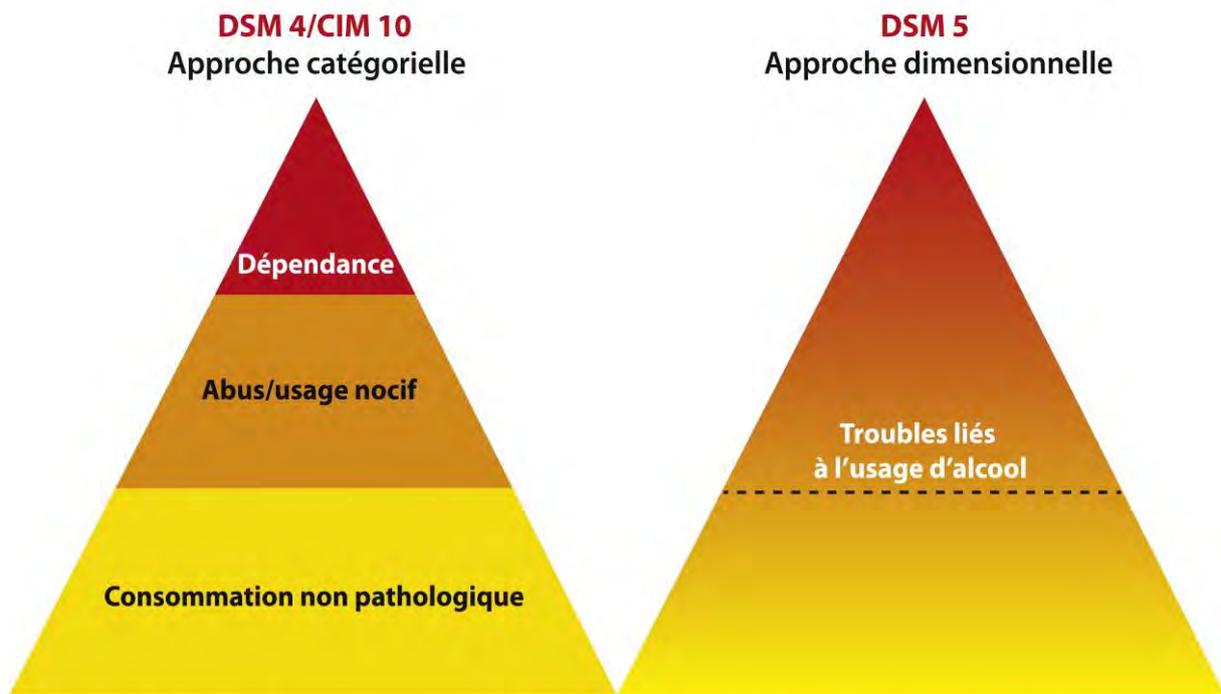
La dépendance à une substance signe une perte de contrôle avec impossibilité de s'abstenir de consommer. En effet, du fait de mécanismes de neuro-adaptation apparaît progressivement une dépendance physique avec phénomènes de tolérance (nécessité d'augmenter les quantités consommées pour obtenir le même effet ou diminution de l'effet en cas de consommations stables) et de sevrage (signes cliniques spécifiques signant le manque). Apparaît également un versant psychologique avec une envie impérieuse de consommer pour retrouver les sensations de satisfaction et éviter une sensation de malaise psychique. C'est ce que l'on appelle le *craving*, qui constitue un facteur décisif de rechute.

Bien qu'il puisse y avoir une évolution progressive vers une dépendance, toute consommation de substance psychoactive n'est pas synonyme d'addiction. En effet, tout usage n'entraîne pas de dommage et ne peut être considéré comme pathologique, mais certaines formes d'usage comportent des risques et peuvent entraîner des complications somatiques ou psychiatriques et des dommages sociaux, familiaux ou juridiques.

C'est pourquoi les différentes nosographies internationales ont introduit les notions d'« abus » (DSM) ou « usage nocif » (CIM-10).

Cette approche catégorielle a permis de reconnaître un état pathologique antérieur à la dépendance, donc la légitimité et la nécessité de mettre en place des actions précoces.

Le DSM-V a apporté une approche dimensionnelle, selon laquelle l'addiction ou « trouble de l'usage » est d'installation progressive et de gravité variable selon le nombre de symptômes présents [2], et recouvre donc un continuum de comportements de consommation.



CIM : Classification internationale des maladies ; DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Critères diagnostiques		DSM-IV		DSM-V
		Abus (≥1 critère)	Dépendance (≥ 3)	Trouble de l'usage Léger si 2 ou 3 Modéré si 4 ou 5 Sévère si ≥ 6
1	Incapacité de remplir des obligations majeures	X		X
2	Usage dans des situations dangereuses	X		X
3	Problèmes sociaux/interpersonnels liés à la consommation	X		X
4	Tolérance		X	X
5	Sevrage		X	X
6	Consommation prolongée plus importante que prévu		X	X
7	Désir persistant et efforts infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage		X	X
8	Temps passé à se procurer, consommer ou se remettre des effets de la substance		X	X
9	Réduction ou abandon d'activités		X	X
10	Poursuite de l'usage malgré des problèmes physiques/psychologiques		X	X
11	Craving			X
	Problèmes légaux liés à la consommation	X		-

Dans un souci de clarté, j'ai choisi d'utiliser dans ce travail de thèse le terme de « conduites ou pratiques addictives », qui désigne toutes les pratiques de consommation susceptibles d'induire (ou pas) une addiction. Ce concept général permet un abord commun de ces comportements dans leur globalité, de dépasser l'approche par produit, de sortir de la stigmatisation et de réfléchir aux usages à risque trop souvent banalisés.

### 1.2.2. Les substances psychoactives

L'OMS définit une substance psychoactive comme une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect.

Ainsi, les SPA modifient la façon de se percevoir et de percevoir le monde. Elles possèdent toutes en commun des actions sur les systèmes régulateurs des émotions et du plaisir en agissant sur le circuit de la récompense. Le circuit de la récompense est un circuit neuroanatomique complexe, impliquant différentes structures corticales et sous-corticales, mis en jeu dans la satisfaction de besoins vitaux (alimentation, reproduction, etc...) par la libération de dopamine dans certaines zones du cerveau.

L'ensemble des substances psychoactives modifient les équilibres entre les différentes voies de neurotransmission, ce qui perturbe le circuit de la récompense, et secondairement l'ensemble des processus motivationnels. Le déséquilibre neurochimique, quand il se prolonge va aboutir à un shunt cortical au détriment de voies plus archaïques de satisfaction pulsionnelles immédiates. L'empreinte biologique laissée par la répétition de l'intoxication engendre ainsi l'apparition progressive de la dépendance. A ce titre, le processus addictif doit être considéré comme une maladie chronique.

Sur le plan pharmacologique, les SPA sont classiquement divisées en trois catégories selon leur effet principal sur le système nerveux central :

- Les psycholeptiques qui ont un effet dépresseur/sédatif (alcool, médicaments, opiacés)
- Les psychoanaleptiques qui ont un effet stimulant (nicotine, cocaïne, amphétamines et apparentés)
- Les psychodysleptiques qui ont un effet perturbateur/hallucinogène (cannabis, LSD, solvants et produits volatils).

Les substances psychoactives, qu'elles soient licites (tabac, alcool), prescrites (médicaments psychotropes) ou illicites (cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne...), sont consommées pour leur effet immédiat sur les perceptions, l'humeur et le comportement. Ces effets varient selon les substances, les quantités, la fréquence et la durée des consommations et sont aussi modulés par des facteurs individuels et environnementaux.

### 1.2.3. Les addictions comportementales

Les addictions comportementales, ou addictions sans substance, se caractérisent par l'impossibilité de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement malgré la survenue de conséquences négatives.

Il peut s'agir de la pratique de jeux de hasard et d'argent ou de jeux vidéo, d'activité sexuelle, d'achats compulsifs, d'exercice physique...

Les mécanismes de l'addiction comportementale partagent les bases physiopathologiques décrites dans les troubles liés à l'usage de substances, avec notamment l'implication du système dopaminergique de la récompense.

Étant donné le caractère récent et émergent de ces troubles, les critères diagnostiques de la plupart d'entre eux ne sont actuellement pas définis de manière consensuelle. Un seul est officiellement défini dans les classifications internationales : l'addiction aux jeux de hasard et d'argent ou « jeu pathologique » (CIM-10, DSM-4) ou « jeu d'argent pathologique » (DSM-5). [2]

Ces troubles font l'objet d'un intérêt croissant depuis plusieurs années, mais soit il n'existe que très peu d'études sur leur lien avec le milieu professionnel, soit les études publiées présentent des limites méthodologiques nécessitant des investigations plus approfondies. C'est pourquoi nous ne les aborderons pas en détail dans ce travail de thèse. Nous citerons toutefois deux phénomènes constituant des problèmes de santé au travail.

Le workaholisme, bien que n'étant pas cité dans le DMS-5 et ne faisant pas l'objet d'une définition consensuelle, présente d'après les données de la littérature les caractères d'une addiction comportementale. Le terme workaholic se réfère aux personnes dont le besoin de travailler est devenu si fort qu'il peut constituer un danger pour leur santé, leur bien-être personnel ainsi que pour les relations interpersonnelles (dans le cadre professionnel comme dans le cadre familial). Certains facteurs de risque peuvent être liés à l'organisation du travail, dont l'évaluation et la prévention nécessitent une collaboration entre membres des services de santé au travail et autres acteurs de l'entreprise. [3]

L'usage des Nouvelles Technologies d'Information et de Communication (NTIC), de plus en plus fréquent, est également à l'origine de phénomène de dépendance. L'apparition de troubles musculosquelettiques, de perturbation du sommeil et de problèmes relationnels est relevée dans plusieurs études. L'utilisation de ces outils (smartphones, ordinateurs portables...) s'est notamment imposée dans les entreprises comme outils d'aide à la réalisation de certaines tâches, bouleversant les habitudes de travail et participant à l'effacement de la frontière entre vie professionnelle et vie privée.

### 1.3. Facteurs de risque et de vulnérabilité

L'addiction est une pathologie chronique complexe car multifactorielle.

Les facteurs de risque sont définis comme des caractéristiques individuelles et environnementales qui augmentent la probabilité d'installation d'un trouble lié à l'usage d'une substance. Mais certaines modalités de consommation et caractéristiques liées à la substance sont également corrélées à un risque d'installation et de gravité d'un trouble addictif. [1]

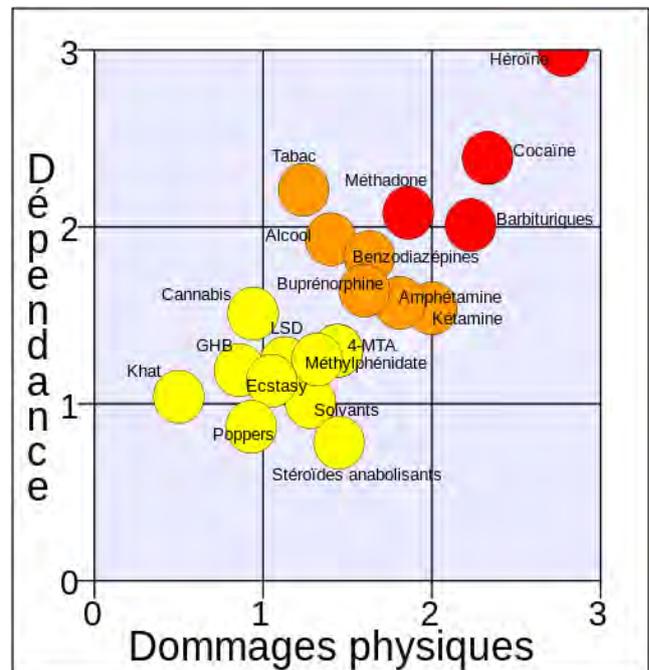
Ces multiples facteurs sont à prendre en compte pour évaluer le risque ou la gravité d'une conduite addictive et avoir une action efficace, qu'elle soit curative ou préventive.

#### 1.3.1. Liés à la substance

Comme le montre ce graphique, les risques de dépendance et de complications somatiques sont variables selon les substances. Il en est de même pour les dommages psychologiques et sociaux à court, moyen et long termes.

Le statut social du produit joue un rôle important. L'acceptation sociale et le caractère licite du tabac et de l'alcool facilitent leur consommation.

Bien qu'illicite, la cocaïne sous forme poudre est socialement acceptée dans certains milieux. L'héroïne, la cocaïne base sont au contraire associées à une marginalisation.



Nutt, David, Leslie A King, William Saulsbury, Colin Blakemore. « Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse » The Lancet 2007; 369:1047-1053

#### 1.3.2. Liés aux modalités d'usage

L'adolescence est une période critique en termes de vulnérabilité et d'exposition aux risques associés à l'usage de substances, le cerveau n'ayant pas fini son développement et étant donc plus vulnérable aux effets des produits.

La précocité des consommations et un maintien dans l'usage chez les adolescents augmentent les risques de dépendance ultérieure, de troubles cognitifs et l'apparition de troubles

psychiatriques. Ainsi, commencer à boire de l'alcool au début de l'adolescence multiplie par dix le risque de devenir alcoolodépendant à l'âge adulte.

Un lien est établi entre un usage régulier de cannabis à l'adolescence et des symptômes psychotiques, particulièrement en cas d'antécédents familiaux ou personnels de troubles psychotiques. Dans ce cas, le risque d'avoir des symptômes psychotiques ou de recevoir un diagnostic de schizophrénie à l'âge adulte est multiplié par deux.

La répétition, la persistance de l'usage constituent des facteurs de risque de survenue de complications, de même que l'usage solitaire à visée auto thérapeutique (anxiolytique, hypnotique, antidépressive) ou massif à la recherche d'excès (anesthésie ou « défonce »).

### 1.3.3. Facteurs individuels

Les individus ne sont pas égaux face aux substances psychoactives.

Une addiction s'installe sur une vulnérabilité qui se construit le plus souvent dans l'enfance et l'adolescence. C'est pourquoi le développement de l'individu et sa maturité cérébrale ont un rôle prépondérant dans l'apparition d'un trouble lié à l'usage de SPA.

Des facteurs neurobiologiques et cérébraux entrent aussi en jeu dans la vulnérabilité aux addictions par le biais notamment de la perturbation des systèmes des différents neurotransmetteurs impliqués et de la sensibilité au stress (activation de l'axe corticotrope).

Des facteurs génétiques auraient une influence sur le métabolisme et les effets des substances et donc sur l'entrée dans un phénomène addictif. Le concept d'héritabilité va dans ce sens mais ne doit pas faire sous-estimer le rôle de l'environnement, en interaction directe (gène\*environnement) et indirecte (épigénétique) dans l'expression de la vulnérabilité aux drogues. [4]

Certains facteurs psychologiques et comportementaux, d'autant plus s'ils apparaissent précocement, sont également considérés comme à risque. C'est le cas de certains traits de personnalité : recherche de sensations, faible évitement du danger et recherche de nouveautés agissant plutôt sur la sensibilité aux effets « plaisirs » des substances ; faible estime de soi, réactions émotionnelles excessives et difficultés relationnelles agissant sur la sensibilité aux effets « apaisants ».

Enfin, la survenue précoce de comorbidités psychiatriques (trouble des conduites, trouble hyperactif avec déficit de l'attention, trouble de l'humeur ou trouble anxieux le plus souvent) pourrait multiplier par deux le risque de développer une dépendance et précéderait dans 70% des cas l'apparition d'une consommation excessive de substances. Certains troubles de la personnalité, antisociale ou borderline, favoriseraient également l'entrée dans une conduite addictive. [1]

#### 1.3.4. Facteurs environnementaux

L'environnement influence le mode de consommation, l'exposition aux produits, les attentes des individus, l'expression des conduites, leur pérennisation...

Le fonctionnement familial, l'histoire familiale vis-à-vis des substances, la tolérance à l'égard d'un usage jouent un rôle dans l'installation d'une conduite addictive, et ce dès l'adolescence.

Il en est de même pour les pairs qui peuvent être incitateurs par la pression du groupe, la disponibilité et la représentation des produits notamment. Comme nous l'aborderons plus loin, cet aspect peut être retrouvé dans le cadre professionnel.

Les événements de vie difficiles (deuil, rupture, maltraitance...), la perte des repères sociaux sont des facteurs de risque majeurs d'installation d'une conduite addictive.

Enfin, il existe des déterminants professionnels pouvant influencer les conduites addictives. Ils feront l'objet du paragraphe 2.2.2.

## 2. Analyse de la littérature

### 2.1. Usages de SPA : données épidémiologiques

Pour explorer cette question, il convient de se baser sur les enquêtes s'intéressant aux usages de SPA réalisées en population générale et de se focaliser ensuite sur les résultats concernant la population active.

L'INPES mène depuis le début des années 1990 une série d'enquêtes appelées Baromètres Santé, qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Il s'agit de vastes enquêtes téléphoniques réalisées régulièrement auprès d'un échantillon aléatoire représentatif de la population française.

Depuis 2000, l'OFDT exploite avec l'INPES la partie « addictions » du Baromètre Santé, permettant ainsi de décrire la consommation de SPA au sein de la population, d'évaluer les liens avec d'autres facteurs et de mener des analyses régionales de ces consommations.

L'édition 2014 du Baromètre Santé a été menée auprès de 15 635 personnes, dont un peu plus de 9 000 étaient en activité. C'est sur les résultats de cette enquête que nous allons nous baser pour analyser les usages de SPA au sein de la population générale puis de la population active. Les résultats de l'édition 2010 seront également utilisés puisque cette enquête prenait en compte le secteur d'activité des personnes interrogées.

Il convient toutefois de rappeler les limites relatives aux données déclaratives. Au premier rang de ces limites se trouve la question d'une éventuelle sous-déclaration des usages. Il peut également exister un biais de mémoire concernant la fréquence de consommation, ou la quantité consommée, ou le nom/classe du médicament en cas de consommation de médicament(s) psychotrope(s).

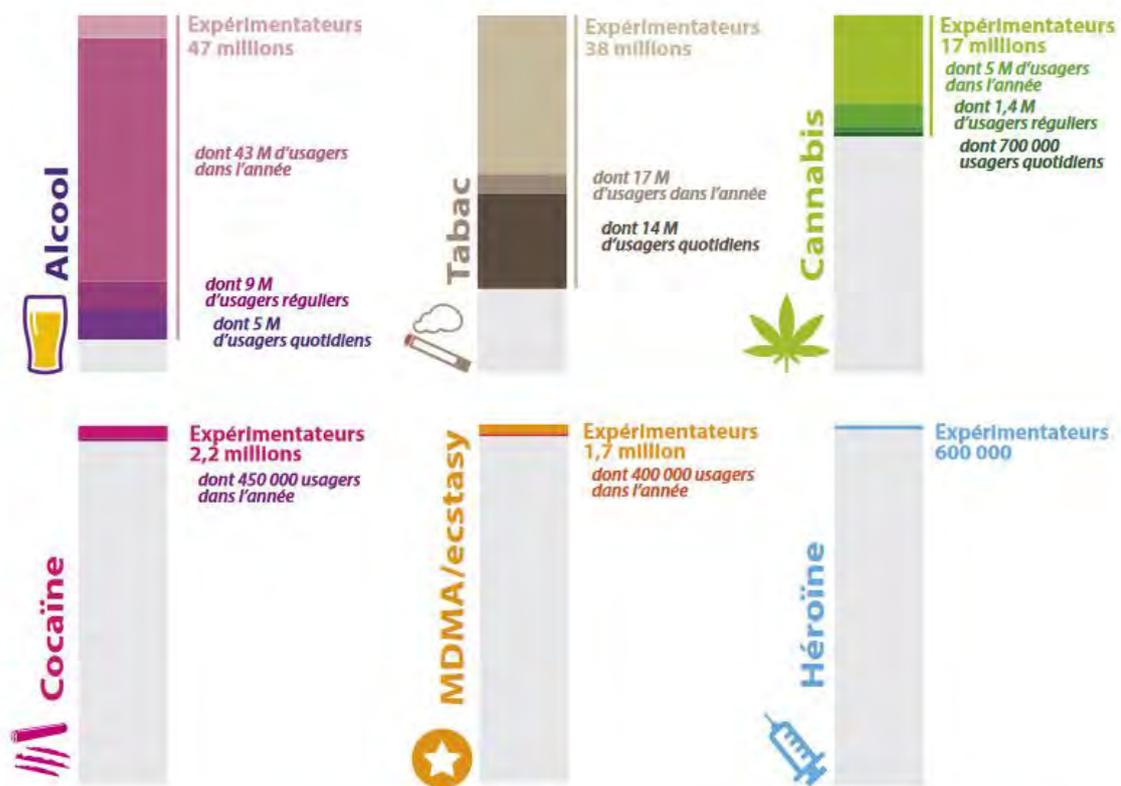
Les consommations sont illustrées dans ses enquêtes par les indicateurs suivants :

- expérimentation : au moins un usage au cours de la vie ;
- usage actuel ou usage dans l'année : au moins un usage au cours des douze mois précédant l'enquête ;
- usage récent ou usage dans le mois : au moins un usage au cours du mois précédant l'enquête ;
- usage régulier : au moins dix usages dans les trente jours précédant l'enquête ;
- usage quotidien : au moins un usage par jour au cours des trente derniers jours.

Avant d'étudier les chiffres de façon plus détaillée, il apparaît de manière générale que les substances licites, alcool et tabac, sont les plus consommées en France, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage quotidien.

En ce qui concerne les autres substances, les niveaux de consommation sont plutôt orientés à la hausse au cours de la dernière décennie. Le cannabis est de loin la plus consommée et la cocaïne arrive en deuxième position.

### Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans



Sources : Baromètre santé 2016 et 2014 (SPF), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2015 (OFDT), HBSC 2014 (service du rectorat de Toulouse)

En France, le nombre d'individus de 11-75 ans est d'environ 50,7 millions en 2017. Ces chiffres donnent un ordre de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 17 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16,5 et 17,5 millions.

Les niveaux d'usage montrent des disparités sur les expérimentations et les usages réguliers selon le sexe et l'âge. Les usages réguliers de cannabis et autres substances illicites sont plus importants chez les plus jeunes, contrairement à l'usage régulier d'alcool. Les hommes apparaissent plus consommateurs que les femmes, pour toutes les substances excepté les médicaments psychotropes.

### 2.1.1. Tabac

D'après les données issues de l'édition 2014 du Baromètre santé, parmi les 18-75 ans, 86 % des hommes et 76 % des femmes déclarent avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie.

Après plusieurs décennies de baisse, la prévalence du tabagisme en population générale a augmenté entre 2005 et 2010, puis s'est stabilisée entre 2010 et 2014 à un niveau équivalent à 34,3 % de fumeurs parmi les 18-75 ans.

Dans l'ensemble de la population de 18 à 75 ans, l'usage quotidien de tabac concerne 29 % des adultes (33 % des hommes et 25 % des femmes) et diminue nettement avec l'âge. Cette part des fumeurs quotidiens, qui avait augmenté de deux points entre 2005 et 2010, apparaît en baisse légère mais significative (de 30 % en 2010 à 29 % en 2014) du fait d'une diminution chez les femmes de 27% à 25%.

Concernant les quantités consommées, comme en 2010, 68 % des fumeurs quotidiens déclarent fumer au moins dix cigarettes par jour, les hommes plus souvent que les femmes (72 % contre 64 %). Le nombre moyen de cigarettes ou équivalent cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers est de 13,5, chiffre similaire à celui observé en 2010 (13,8 cigarettes) et qui était en nette baisse par rapport à 2005 (15,3 cigarettes) parmi les 18-75 ans [5].

### 2.1.2. Alcool

En 2014, 86% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir bu des boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois, le nombre déclaré de verres bus par semaine étant estimé à 5,5 en moyenne. Près de la moitié des 18-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, un sur dix quotidiennement. Ces niveaux de consommation apparaissent stables par rapport à 2010, excepté la consommation quotidienne d'alcool qui décroît de 12% à 10%, conformément à une tendance observée depuis plusieurs décennies. Ce type de consommation se rencontre presque exclusivement chez les personnes de plus de 50 ans. Quel que soit l'âge, la consommation de boissons alcoolisées s'avère plus importante chez les hommes que chez les femmes, et cette différence est d'autant plus marquée que la fréquence de consommation est élevée.

En revanche, d'autres indicateurs de consommation, tels que les épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (ou API, définie par la consommation d'au moins six verres lors d'une même occasion) ou les épisodes d'ivresse déclarés apparaissent en augmentation. En effet, un épisode d'API dans l'année concerne 38% des 18-75 ans versus 36% en 2010. Dans l'ensemble de la population, 17% ont déclaré une API tous les mois et 5% toutes les semaines (sans changement notable depuis 2010). Par ailleurs, 19% des 18-75 ans ont déclaré avoir connu un épisode d'ivresse en 2014, 9% au moins trois fois et 4% au moins dix fois. La part des personnes ayant connu une ivresse au cours de l'année est stable, mais la fréquence des ivresses répétées (8% en 2010) et régulières (3% en 2010) est en hausse, tout particulièrement chez les femmes (de 3,6% à 5,2% pour les ivresses répétées et de 0,9% à 1,6% pour les ivresses régulières) [5].

### 2.1.3. Médicaments psychotropes

Les médicaments psychotropes classiquement distingués sont les anxiolytiques, les hypnotiques, les antipsychotiques, les antidépresseurs et les thymorégulateurs. D'autres médicaments peuvent agir sur l'activité psychique et sont considérés dans certaines études : les psychostimulants, les antalgiques opiacés et les traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Si les médicaments consommés sont essentiellement prescrits, les enquêtes déclaratives ne permettent pas de savoir s'ils sont utilisés aux doses et fréquences indiquées sur l'ordonnance ou s'ils font l'objet d'un mésusage ou d'automédication. Elles ne permettent pas non plus d'avancer d'hypothèse sur le contexte ou les motivations de l'usage ou du mésusage du médicament.

Selon les données de l'édition 2010 du Baromètre santé, environ 18% de la population de 18 à 75 ans ont consommé des médicaments psychotropes au cours de l'année écoulée, et 36% au cours de leur vie. Les sujets consommateurs sont principalement des femmes : 23% versus 13% chez les hommes pour la consommation au cours de l'année écoulée. Cette prévalence de sujets consommateurs augmente régulièrement avec l'âge, jusqu'à 55-64 ans chez les femmes (prévalence supérieure à 30%) et jusqu'à 45-54 ans chez les hommes (environ 18%).

Comparée à l'édition 2005 du Baromètre santé, cette prévalence a augmenté chez les hommes et les femmes.

La prévalence des consommateurs de médicaments psychotropes a été analysée par classe de médicaments. Les prévalences des sujets consommant des anxiolytiques, des hypnotiques et des antidépresseurs et thymorégulateurs sont respectivement de 10%, 6%, 6% et 0,7%. Quelle que soit la classe, leur usage est plus élevé chez les femmes, notamment pour les antidépresseurs et les anxiolytiques [6][7].

#### 2.1.4. Autres substances

En ce qui concerne les substances illicites, le cannabis est de loin la plus consommée, avec 17 millions d'expérimentateurs, 1,4 million d'usagers réguliers et 700 000 usagers quotidiens.

En 2014, 42 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation est davantage le fait des hommes que des femmes (50 % contre 33 %). L'usage actuel concerne 11 % des 18-64 ans (15 % des hommes et 7 % des femmes), tandis que la proportion d'usagers réguliers atteint globalement 3 %.

Les différentes éditions du Baromètre santé mettent en évidence une consommation toujours croissante de cannabis :

- l'expérimentation des 18-64 ans a progressé de 33% à 42% des sujets entre 2010 et 2014, soit +27%, confirmant la tendance observée depuis plusieurs décennies, « mais de manière plus marquée » précisent l'OFDT et l'INPES.
- l'usage dans l'année est passé de 8% à 11% des sujets, l'augmentation concernant plus particulièrement la tranche d'âge 18-25 ans (+17% chez les hommes et +35% chez les femmes).
- au cours de cette même période, l'usage régulier a connu une très forte progression (+41%) passant de 2,2% à 3,1% des sujets.
- en 2014, l'usage quotidien du cannabis a concerné 4% des 18-25 ans et 3% des 26-34 ans [5][8].

La cocaïne est la deuxième substance illicite consommée dans la population générale et concerne environ dix fois moins de personnes que pour le cannabis, autant en termes d'expérimentation que d'usage dans l'année.

Ces comportements d'usage concernent deux à trois fois plus les hommes que les femmes, et essentiellement les plus jeunes générations.

- La part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a nettement augmenté puisqu'elle a été multipliée par quatre en 20 ans : de 1,2% en 1995 à 2,6% en 2005, 3,8% en 2010 et 5,6% en 2014. Elle apparaît maximale chez les 18-34 ans (8,8% en 2014).
- L'usage dans l'année de cocaïne concerne environ 1% des 18-64 ans (avec une tendance à la hausse mais non significative : 0,9% en 2010 et 1,1% en 2014) ; en premier lieu les 18-25 ans (3,1%) et les 26-34 ans (2,2%), et régresse ensuite pour devenir quasiment nul à partir de 55 ans.

L'évolution de ces indicateurs peut être attribuée à différents facteurs, notamment une plus grande disponibilité du produit, une relative baisse des prix, mais aussi sa diffusion au sein de populations jusque-là peu concernées.

Les niveaux d'expérimentation pour les substances synthétiques telles que la MDMA/ecstasy et les amphétamines sont respectivement de 4,3 % et de 2,3 %. La proportion d'usagers

actuels d'ecstasy apparaît en hausse significative entre 2010 et 2014 (de 0,3 % à 0,9 %) et atteint ainsi son niveau maximal depuis une décennie.

La consommation des autres substances illicites reste marginale sur l'ensemble de la population des 18-64 ans, avec des niveaux d'usage actuel apparaissant stables entre 2010 et 2014. En 2014, l'usage au cours de la vie de champignons hallucinogènes concerne 4,8 % des personnes interrogées (6,8 % chez les hommes, 2,8 % chez les femmes) et l'usage actuel est à 0,3 %.

La prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est de 1,5 % dans l'ensemble des 18-64 ans (2,5 % parmi les hommes vs 0,6 % parmi les femmes) et l'usage actuel apparaît très rare (0,2 %).

Enfin, les colles et solvants apparaissent significativement moins consommés que lors de l'enquête précédente (de 0,4 % à 0,1 % pour l'usage actuel) [5].

### 2.1.5. Usage de SPA au sein de la population active

Parmi la population active âgée de 16 à 64 ans comme dans la population générale, le tabac et l'alcool demeurent les produits les plus consommés.

Au sein de la population active, quatre personnes sur dix (40,6 %) déclarent fumer ne serait-ce qu'occasionnellement, un peu plus d'un tiers quotidiennement (35,8 %), et un quart au moins dix cigarettes par jour. Après une certaine stabilité observée entre 2000 et 2005, la consommation de tabac apparaît en augmentation en 2010, en particulier chez les femmes de 45 à 64 ans, du fait d'un probable effet générationnel [9].

Comme dans la population générale, l'usage quotidien d'alcool est en diminution mais d'autres indicateurs tels que les API et les épisodes d'ivresse sont en augmentation, concernant respectivement 40,9% et 21,8% des actifs en 2010 sur l'année écoulée. En 2014, 9,5% des actifs occupés ont déclaré avoir été ivres au moins trois fois dans l'année, alors qu'ils étaient 8,2% en 2010 et 5,9% en 2005.

**Tableau I.** Usages de substances psychoactives des actifs occupés âgés de 16 à 64 ans en France en 2005, 2010 et 2014 (en %) [source : Baromètres santé 2005, 2010, 2014, Inpes].

	Tabac (quotidien)	Alcool				Cannabis (année)	Cocaïne (année)	Ecstasy/ amphétamine (année)
		Quotidien	Ivresse répétée	API dans le mois	Consommation à risque chronique			
2005	31,3	11,8	5,9	16,8	9,1	6,5	0,4	0,4
2010	33,5**	7,9***	8,2***	19,2***	7,9**	6,7	0,8***	0,3
2014	30,4***	7,3	9,5**	18,6	7,3	9,0***	0,8	0,5*

API : alcoolisation ponctuelle importante (au moins 6 verres en une seule occasion).

\* , \*\* , \*\*\* : différence statistiquement significative entre 2 années consécutives respectivement aux seuils de 0,05, 0,01 et 0,001.

La prévalence des consommateurs de médicaments psychotropes chez les 16-64 ans au cours de l'année écoulée n'est pas associée à la situation professionnelle travail versus chômage (17,4% chez les chômeurs versus 16,7% chez les actifs ; non significatif), contrairement à ce qui était observé en 2005 (17,4% versus 13,8% chez les actifs ;  $p < 0,001$ ). Ces données révèlent une augmentation significative de recours aux médicaments psychotropes au sein de la population active occupée, évolution qui pourrait être attribuée à une dégradation des conditions de travail. Chez les 55-64 ans, l'usage dans l'année n'est pas différent entre actifs et retraités avec 24% dans les deux cas [6].

La tendance au rapprochement des consommations entre actifs et demandeurs d'emploi évoquée pour les médicaments psychotropes semble se retrouver également pour le cannabis. En effet, l'usage de cannabis au cours de l'année chez les actifs a augmenté significativement entre 2010 et 2014, passant de 6,7% à 9%, alors qu'il est resté plus élevé mais stable à 16% chez les demandeurs d'emploi.

Concernant les substances illicites stimulantes, les usages au cours de l'année ont aussi augmenté de manière significative : de 0,4% à 0,8% entre 2005 et 2010 pour la cocaïne ( $p < 0,001$ ), et de 0,3% à 0,5% entre 2010 et 2014 pour la MDMA/ecstasy ( $p < 0,05$ ).

La répartition par âge et sexe étant semblable dans les populations de personnes en activité et en demande d'emploi, les niveaux de consommation de substances psychoactives peuvent être comparés.

Même si les niveaux de consommation sont globalement en augmentation parmi la population active, ce qui pourrait témoigner, selon l'OFDT, d'un accroissement des tensions dans le monde du travail, **il apparaît que la situation d'emploi est et reste un facteur protecteur vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives**. Les chômeurs présentent en effet un profil de surconsommation de substances psychoactives avec des niveaux de consommation plus élevés qu'en population active quelle que soit la substance. Il n'y a que la consommation quotidienne d'alcool et celle de médicaments psychotropes qui ne diffèrent pas significativement entre les deux groupes.

**Tableau II.** Usages de substances psychoactives des actifs occupés et des demandeurs d'emploi en France en 2014 (en %), parmi les 16-64 ans (source : Baromètre santé 2014, Inpes).

	Tabac (quotidien)	Alcool				Cannabis (année)	Cocaïne (année)	Ecstasy/ amphétamine (année)
		Quotidien	Ivresse répétée	API dans le mois	Consommation à risque chronique			
Demandeurs d'emploi	48,2***	6,4	14,2***	22,2*	11,6***	16,0***	3,1***	1,9***
Actifs occupés	30,4	7,3	9,5	18,6	7,3	9,0	0,8	0,5
Ensemble des actifs	33,1	7,1	10,2	19,2	7,9	10,1	1,2	0,7

\*, \*\*, \*\*\*: différence statistiquement significative entre demandeurs d'emploi et actifs occupés aux seuils de 0,05, 0,01 et 0,001.

## 2.1.6. Selon le secteur d'activité

Le volet « addictions » de l'édition 2010 du Baromètre santé prend en compte le secteur d'activité des personnes interrogées, et confirme que certains secteurs professionnels présentent une part plus importante d'utilisateurs de substances psychoactives.

NAF	Consommation ponctuelle importante / mois	Ivresse année	Tabac quotidien	Cannabis année	Cocaïne vie	Ecstasy amphetamine vie
Ensemble (n=14795)	19,2	21,1	33,5	6,9	3,8	3,3
Agriculture, sylviculture et pêche (n=417)	30,7	24,2	31,5	6,2	2,9	2,8
Construction (n=987)	32,7	33,2	43,8	13,0	5,6	3,8
Commerce (n=1562)	17,6	22,2	38,4	7,4	3,5	3,2
Transport, entreposage (n=745)	24,2	23,0	34,3	5,0	2,7	2,5
Hébergement, restauration (n=441)	26,9	27,2	44,7	12,9	9,2	7,9
Information, communication (n=488)	22,6	29,5	26,8	10,7	6,9	5,5
Administration publique et défense (n=1194)	17,8	18,1	28,4	3,6	2,5	2,7
Enseignement (n=1391)	10,9	15,1	23,4	5,2	2,9	2,2
Santé humaine, action sociale (n=2548)	8,5	11,8	30,0	4,0	2,6	2,5
Arts, spectacle et services récréatifs (n=258)	23,0	32,3	31,1	16,6	9,8	7,3
Services des ménages (n=233)	14,0	6,7	31,3	0,7	0,5	1,0

Consommation ponctuelle importante/ mois : 6 verres ou plus lors d'une même occasion au moins une fois par mois

NAF : nomenclature d'activités françaises (en 21 sections)

En rose les secteurs les plus concernés, en bleu les secteurs les moins concernés

L'usage de tabac s'avère plus fréquent dans les secteurs de l'industrie, de la construction, des activités de commerce, et de l'hébergement/restauration.

L'usage quotidien d'alcool apparaît plus fréquent dans les secteurs de l'agriculture (16,6% contre 7,7% parmi l'ensemble des actifs) et de la construction (13,4%). Ces secteurs sont également concernés par les API : 30,7% dans le secteur de l'agriculture (contre 19,2% parmi l'ensemble des actifs), 32,7% dans la construction, mais aussi les secteurs des transports (24,2%) et de l'hébergement/restauration (26,9%).

Selon le Baromètre santé 2010, parmi les actifs âgés de 16 à 64 ans, la comparaison de l'usage de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois entre les catégories socio-professionnelles relève peu de différence, à l'exception des cadres et professions intellectuelles supérieures qui sembleraient en consommer moins (OR = 0,7 ;  $p < 0,05$ ) après ajustement sur le sexe et l'âge et en prenant comme référence les ouvriers. Les ouvriers, employés et professions intermédiaires sont ceux qui semblent en consommer le plus [6].

L'usage de cannabis dans l'année s'avère plus fréquent dans les secteurs de la construction (13% contre 6,9% parmi l'ensemble des actifs), de l'hébergement/restauration (12,9%), de l'information/communication (10,7%) mais plus particulièrement dans le secteur des arts et spectacles (16,6%).

Les substances stimulantes sont plus souvent expérimentées dans les milieux de la construction pour ce qui est de la cocaïne, et ceux de la restauration, l'information/communication et des arts et spectacles pour les stimulants de manière plus générale.

Comme le souligne une étude belge [10], le travail dans les établissements de nuit (boîtes de nuit, bars) ou l'hôtellerie-restauration qui valorisent la performance, ou le milieu artistique ou des multimédias qui valorise la créativité, semblent plus exposés que d'autres fonctions à la prise de cocaïne.

Cependant, apparaît aussi l'influence des modes d'organisation des professions : le fonctionnement des professions libérales maximise le risque de voir les pratiques se dérouler au cours de l'activité professionnelle car elles peuvent aisément être cachées sans que l'utilisateur ait à mettre en place des stratégies de dissimulation, contrairement aux personnes qui se voient contraintes d'exercer dans des locaux collectifs. Le professionnel libéral adapte ses horaires et a de nombreuses plages de travail programmées seul à son domicile.

Ainsi, quelles que soient les substances, licites ou illicites, il apparaît que trois secteurs d'activité sont presque systématiquement à des niveaux d'usage plus élevés : la construction, les arts/spectacles/services récréatifs et l'hébergement/restauration.

En revanche, quatre secteurs d'activité se démarquent par des consommations significativement plus faibles que le reste des actifs pour la quasi-totalité des substances : l'administration publique, l'enseignement, le milieu de la santé et de l'action sociale et les activités de services des ménages.

Il est toutefois important de prendre en compte pour interpréter ces résultats la répartition différente des emplois selon le sexe suivant les secteurs. Le secteur de la construction compte par exemple 90% d'hommes alors que celui de la santé/action sociale compte 83% de femmes, qui sont globalement moins consommatrices comme on l'a vu précédemment.

## 2.2. Interactions entre pratiques addictives et milieu professionnel

Les pratiques addictives constituent un réel problème de santé publique et sont bien suivies par les autorités de santé publique, mais elles n'ont fait que récemment l'objet d'un suivi spécifique en milieu professionnel.

Les données sur ce sujet sont encore limitées et lacunaires, il existe notamment peu d'études randomisées à fort niveau de preuve.

Ceci s'explique notamment par le nombre des déterminants à prendre en compte pour étudier les relations entre travail et usage de SPA.

L'OFDT a récemment publié une synthèse de la revue de littérature [11] sur les consommations de SPA en milieu professionnel. Ce travail explore deux approches existantes de cette question, en précisant qu'elles sont deux éclairages complémentaires d'un même phénomène et ne doivent pas être opposées.

### 2.2.1. Conséquences des consommations

La première approche des interactions entre pratiques addictives et milieu professionnel consiste à s'intéresser aux conséquences des consommations de SPA, que ce soit sur le plan de la sécurité ou celui de la performance des organisations de travail.

#### 2.2.1.1. Sur la sécurité

En altérant la vigilance, les réflexes, la perception du risque, les capacités de raisonnement... la consommation de SPA peut être à l'origine d'accidents du travail et de trajet. L'usage de SPA, même occasionnel, peut donc constituer un réel danger pour les travailleurs, leurs collègues et les tiers.

Le rôle des SPA dans la survenue des accidents du travail a suscité beaucoup moins d'études que pour les accidents de la route.

Toutefois, d'après des études américaines rapportées dans la Revue Internationale du Travail, « l'alcool et les drogues provoquent 20 à 25% des accidents du travail et jusqu'à 30% des décès liés au travail ». En France, l'expertise collective de l'INSERM sur les dommages sociaux liés à l'alcool publiée en 2003 [12] rapporte que 10 à 20% des accidents du travail seraient dus directement à l'alcool, la plupart d'entre eux survenant chez des personnes non dépendantes. Mais cette expertise indique aussi que « bien que ce soit un problème récurrent en milieu du travail, les études précises et récentes concernant l'implication de l'alcool dans les accidents du travail font défaut ».

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO), dont l'un des objectifs est de contribuer à l'insertion sociale et professionnelle de l'utilisateur, ne font pas l'objet d'études épidémiologiques spécifiques. Cependant, des documents de synthèse à vocation pratique traitent des TSO en milieu professionnel mais le lien possible entre TSO et accidents du travail n'est pas documenté.

D'après l'INRS, les accidents routiers du travail représentent aujourd'hui environ 3 % des accidents du travail toutes causes confondues, et plus de 20 % de l'ensemble des accidents mortels (pour le régime général de la Sécurité sociale), ce qui en fait la première cause d'accidents mortels du travail.

D'où l'importance de s'intéresser aux statistiques concernant usage de SPA et conduite.

- Le projet SAM (Stupéfiants et Accidents Mortels), publié par l'OFDT en 2011, a étudié la part attribuable à l'alcool dans les accidents routiers mortels. Il montre que lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence d'alcool (y compris avec une alcoolémie inférieure à 0,5 gramme par litre), le risque d'être responsable d'un accident routier mortel est multiplié par 8,5 par rapport à un conducteur n'en ayant pas consommé. Dans le cas d'une conduite sous l'influence de cannabis, ce risque est multiplié par 1,8 [13].
- L'étude CESIR-A signale que 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).

#### 2.2.1.2. Sur la performance des organisations de travail

Cette question a suscité l'intérêt des acteurs économiques et des pouvoirs publics dans certains pays. Des études ont ainsi essayé de mettre en évidence les conséquences des consommations de SPA sur les organisations et d'estimer les pertes économiques correspondantes.

Des enquêtes anglaise et canadienne ont montré que les travailleurs qui consommaient de l'alcool de manière excessive ou des substances illicites étaient plus souvent concernés par des retards, des absences, une altération de leur capacité de travail ou une baisse de la qualité de travail. [11]

D'ailleurs, une étude exploratoire a été menée en 2014 auprès de dirigeants et responsables RH mais aussi auprès de représentants du personnel/syndicats sur la place des consommations de substances psychoactives et de leur impact sur le travail dans les préoccupations des entreprises et des administrations. Comme cela était apparu lors d'une étude antérieure en 2006, l'alcool est le produit le plus largement cité en matière de conséquences sur le travail, et les employeurs mettent en avant les problèmes d'efficacité et de qualité du travail fourni avant les questions de sécurité et de santé [14].

Figure 1 / Impacts sur le travail des usages d'alcool des salariés



Source : Enquête BVA 2014

Des travaux de nature économique réalisés aux Etats-Unis et en Australie ont chiffré à plusieurs milliards de dollars les coûts et la baisse de productivité liés à l'absentéisme des personnes dépendantes à une SPA.

Sur le plan social, les retards et absences répétés, la désorganisation du travail, la dégradation des relations avec les collègues constituent un risque d'exclusion professionnelle, de perte d'emploi et de désocialisation.

### 2.2.2. Déterminants professionnels des conduites addictives

La relation travail / usages et troubles de l'usage de SPA n'est plus seulement envisagée dans un questionnaire univoque, comme une réalité nuisant à la sécurité et la productivité des salariés, « situant les origines du problème à l'intérieur de l'individu ou du moins en dehors de l'entreprise ». [15]

Ainsi, la seconde approche des liens entre pratiques addictives et milieu professionnel, plus récente, aborde le travail comme déterminant de la santé des salariés et s'intéresse aux facteurs professionnels susceptibles d'influencer l'usage de SPA. Il s'agit alors de s'intéresser à la fonction et au sens des consommations pour assurer son travail dans les conditions imposées par l'organisation du travail et les cultures managériales.

#### 2.2.2.1. Rôle des conditions de travail

Dans l'édition 2010 du Baromètre Santé, plus du tiers des fumeurs réguliers (36,2 %), 9,3 % des consommateurs d'alcool et 13% des consommateurs de cannabis déclarent avoir

augmenté leur consommation à cause de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours de l'année passée. [9]

Il existe peu d'études sur les liens entre consommations de médicaments psychotropes et activité professionnelle. Les éditions successives du Baromètre santé ne permettent pas d'établir d'hypothèse quant aux motivations de l'usage de médicaments psychotropes. Elles montrent toutefois une augmentation significative du recours aux médicaments psychotropes au sein de la population active occupée (16,7% en 2010 versus 13,8% en 2005) alors qu'il est stable chez les chômeurs. Cette évolution pourrait être attribuée à une dégradation des conditions de travail parmi les actifs occupés. Parmi les actifs considérant que leurs conditions de travail se sont dégradées par rapport à 2005, 23,6% ont pris des médicaments psychotropes dans l'année, contre seulement 14,4% pour ceux n'ayant pas exprimé une telle plainte ( $p < 0,001$ ) [7].

D'autres travaux menés en milieu de travail montrent qu'au-delà du soulagement de la souffrance psychique, une proportion importante d'usages de médicaments psychotropes relève de la recherche d'une amélioration de la performance.

Une étude a été menée en mai 2000 dans la région toulousaine auprès de salariés d'entreprises de taille variable, interrogés par auto-questionnaire lors de visites périodiques de santé au travail. Sur 2106 salariés, près d'un tiers a recours à des médicaments en relation avec son travail : 20% utilisent un médicament pour être « en forme au travail », 12% prennent un médicament sur leur lieu de travail pour traiter « un symptôme gênant », et 18% pour « se détendre au décours d'une journée difficile » [16].

Des études à caractère quantitatif ont été menées dans le but d'isoler le rôle joué par les conditions de travail dans les usages de SPA.

- Fonctions et activités

Des activités telles que le transport routier ou le secteur de la sécurité ont fait l'objet d'études en raison des risques élevés liés à leur exercice.

Il n'existe pas de définition réglementaire des postes de sûreté et de sécurité (PSS). Généralement, il est admis qu'il s'agit de postes ou activités pour lesquels on estime que le titulaire ne peut consommer de SPA sans courir lui-même, ou faire courir aux autres salariés ou à des tiers un risque direct d'atteinte physique. Il peut s'agir des postes « où une défaillance humaine ou même un simple défaut de vigilance peut entraîner des conséquences graves pour soi-même ou autrui » ou nécessitant « une vigilance particulière » tels que les définit le CCNE [17].

La jurisprudence a retenu comme étant des postes de sécurité ceux de conducteurs d'engins et de machines dangereuses. Les postes de manipulation de produits chimiques, le travail en

hauteur, le travail isolé et les activités essentielles à la sécurité d'autrui sont aussi considérés comme des postes de sécurité.

Selon le Baromètre Santé 2010, les salariés occupant des postes de sureté et de sécurité consommeraient plus de substances psychoactives.

Une enquête par questionnaire a été menée en 2008 au Luxembourg [18] auprès de salariés du secteur privé âgés de 18 à 39 ans, examinés dans les services de santé au travail afin d'évaluer la prévalence de consommation de substances psychoactives licites et illicites. Sur les 1358 salariés ayant répondu, 307 occupaient un poste de sécurité. Les résultats montrent une prévalence de consommation de substances illicites dans les 30 derniers jours de 8,4% (dont 8,2% pour le cannabis). Le groupe des salariés affectés à un poste de sécurité présente une prévalence significativement plus élevée (OR =2,06 ; IC 95% : 1,36-3,11).

Une étude menée en France dans la région du Nord [19] fait également apparaître des niveaux nettement plus élevés de consommation de cannabis que dans l'ensemble de la population pour les activités de transport et entreposage.

- Pénibilité physique

Les secteurs d'activité dans lesquels on recense le plus grand nombre de consommateurs (construction, hôtellerie/restauration) semblent être ceux dans lesquels l'activité physique prend une part importante, caractéristique souvent associée à un plus haut niveau de pénibilité physique.

La cohorte GAZEL a suivi pendant plus de vingt ans les modes de vie et l'état de santé de 20 000 agents d'EDF-GDF. Il en ressort que certaines conditions de travail augmentent la consommation d'alcool. C'est le cas du travail en plein air plus de la moitié du temps de travail (OR=1,32 ; IC 95% : [1,18-1,48]), les postures pénibles (OR=1,28 ; IC 95% : [1,11-1,48]) , le port de charges lourdes (OR=1,22 ; IC 95% : [1,06-1,40]), les déplacements longs (OR=1,23 ; IC 95% : [1,11-1,36]), et l'exposition aux secousses et vibrations (OR=1,29 ; IC 95% : [1,10-1,52]) [20].

- Horaires de travail

D'après plusieurs études, les personnes confrontées dans leur travail à des horaires de travail soit irréguliers, soit trop intenses ou de nuit apparaissent clairement plus consommatrices de SPA.

Le fait que les usages soient plus élevés en moyenne dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration peut s'expliquer en partie par ces horaires décalés et irréguliers.

L'expertise collective de l'INSERM sur les dommages de l'alcool cite notamment certains rythmes de travail dont le travail posté comme circonstances favorisant la consommation d'alcool. [12]

Plus récemment, une large méta-analyse internationale des études publiées et des données individuelles d'études non publiées a fait l'objet d'un article dans le British Medical Journal en 2015 [21]. Ce travail met en évidence une association entre une durée excessive du travail et un risque accru de consommation excessive d'alcool. Ainsi, travailler plus de 49 heures par semaine, versus 35-40 heures, est associé significativement :

- à une prévalence de la consommation d'alcool supérieure de 11%
- à une incidence de la consommation d'alcool supérieure de 12%,
- à un risque accru de 12 à 13% d'une consommation excessive d'alcool.

Aucune différence significative dans ces associations n'est constatée entre les hommes et les femmes ou en fonction de l'âge ou du niveau socio-économique. Cela suggère d'une part une indépendance du facteur « durée de travail » sur la consommation d'alcool, et d'autre part que l'alcool est consommé comme agent apaisant et facilitateur de transition entre vie professionnelle et vie personnelle.

Plusieurs études qualitatives [22][23][24] menées dans le cadre du dispositif TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues) de l'OFDT se sont intéressées à explorer l'articulation entre consommation de cocaïne et vie professionnelle. Il ressort des études que la grande majorité des usagers de cocaïne ayant un emploi partagent l'objectif de séparer les épisodes festifs de consommation et le cadre professionnel, perçu comme dimension essentielle de l'insertion sociale à sauvegarder.

Mais certains usagers de cocaïne consomment dans un but de performance professionnelle. Cela concerne principalement les personnes qui connaissent des conditions de travail particulières induisant pour elles la nécessité de se sentir « hyper-performantes ». C'est le cas dans le secteur de l'hôtellerie-restauration pour s'adapter aux horaires variables, travailler de nombreuses heures d'affilée et gérer les afflux massifs de clients.

- Stress professionnel

Plusieurs études ont exploré l'hypothèse selon laquelle les consommations de SPA constituaient un moyen de lutter contre le stress professionnel.

Deux études récentes ont permis de montrer une liaison significative entre facteurs de stress et consommation de SPA [11] :

- La première, étude américaine réalisée en 2008, a mis en évidence une liaison significative entre les deux facteurs de stress considérés, surcharge de travail et insécurité d'emploi, et les consommations d'alcool et de substances illicites pendant et avant la journée de travail.

- Les résultats de la seconde étude, étude prospective parue en 2006 et reposant sur les données d'une cohorte de jeunes adultes, sont en faveur d'une relation causale entre facteurs de stress professionnel et risque d'apparition d'une dépendance à une SPA.

Une enquête sur les consommations de substances parmi les travailleurs se rendant à une visite de médecine du travail en Aquitaine a été réalisée en 2009 [25]. 3,5% des travailleurs interrogés avaient une consommation problématique de substances illicites, 10,3% en incluant l'alcool et 41,5% le tabac. Si la majorité invoquait des consommations à visée festive ou pour se détendre, 29% des usagers rapportaient consommer pour diminuer une tension parmi lesquels 17% spécifiquement un stress au travail, et 2,5% pour « augmenter leurs performances ».

- Relations au travail et management

Concernant les relations au travail, une étude publiée en 2011 [26] montre que les salariés confrontés au harcèlement et aux brimades dans le cadre professionnel sont plus consommateurs de SPA.

En revanche, une autre étude met en avant le rôle préventif que peut jouer l'encadrement puisque que les salariés consomment moins de SPA quand ils perçoivent leur encadrement comme susceptible de repérer et de réagir face à une consommation. [11]

- Insatisfaction au travail

L'analyse des données du Baromètre santé 2005 montre que l'insatisfaction au travail est reliée au fait de fumer du tabac et de consommer de l'alcool de manière abusive pour les hommes les plus jeunes, alors que ce lien n'apparaît pour les femmes qu'au-delà de 40 ans.

Une enquête longitudinale canadienne menée sur une période de huit ans auprès de plus de 6 000 actifs occupés montre que, lorsque le travail est jugé ennuyeux et monotone, les consommations abusives d'alcool ont tendance à augmenter. En revanche, les emplois demandant un fort investissement ont un effet protecteur vis-à-vis de l'alcool. [11]

#### 2.2.2.2. Rôle de la culture d'entreprise

Le milieu professionnel peut créer des occasions de consommer de l'alcool.

C'est le cas notamment des « pots » organisés pour célébrer un contrat, le départ à la retraite d'un collègue...

D'après les résultats d'une enquête rapportée dans l'expertise collective de l'INSERM [12], sept salariés sur dix déclarent avoir participé au moins à un « pot » dans leur entreprise. La moyenne sur six mois était de 2,5 « pots » par personne interrogée. Lors de ces « pots » près de huit personnes sur dix déclarent qu'il leur arrive de consommer des boissons alcoolisées.

C'est le cas également lors des repas d'affaires auxquels une personne active peut être amenée à participer en tant que client, prestataire de service, fournisseur, vendeur, commercial...

L'expertise collective de l'INSERM rapporte qu'à l'occasion des repas d'affaires, 74 % des personnes interrogées disent boire de l'alcool, dont : 21 % de personnes qui consomment de l'alcool alors qu'elles ne le font pas lors de leurs déjeuners habituels ; et 14 % de personnes qui consomment plus d'alcool que lors de leurs déjeuners habituels.

Au total, 35 % des personnes qui pratiquent le repas d'affaires voient leur consommation d'alcool augmentée ou provoquée à cette occasion, cet impact étant le plus sensible chez les cadres supérieurs.

L'intégration de la consommation de SPA dans la culture d'une communauté de travail peut constituer un facteur favorisant l'usage.

La consommation d'alcool notamment peut être vécue comme un moyen d'intégration sociale dans l'entreprise, notamment pour les jeunes.

D'après une enquête dans le Nord-Pas-de-Calais auprès de 2409 apprentis âgés de 14 à 28 ans, 8% d'entre eux se voient proposer de l'alcool par leurs collègues au moins une fois par mois. [27]

D'après le Baromètre Santé 2010, 40% des actifs occupés ont consommé de l'alcool entre collègues à la sortie du travail, 43% des hommes et 32,6% des femmes. [9]

La disponibilité de l'alcool joue également un rôle favorisant l'usage pour les personnes travaillant dans le secteur de l'hôtellerie/restauration.

Mais l'alcool n'est pas la seule substance psychoactive à s'inviter dans l'entreprise.

Si certains usagers de cocaïne consomment de manière ponctuelle dans le but précis d'augmenter les facultés de concentration, la présence de cocaïne concerne principalement les secteurs dans lesquels la frontière s'avère floue entre sorties et travail (professions liées aux arts et spectacles, travail dans les établissements type boîtes de nuit). L'usage de cocaïne y est en général normalisé. Il vise la performance et la créativité mais contribue aussi à rendre l'ambiance de travail semi-festive, et la consommation se fait d'ailleurs souvent en groupe. [21]

### 2.2.3. Typologies des facteurs et fonctions professionnelles des usages de SPA

Penneau-Fontbonne, Dano et Ernoul [28] proposent ainsi d'organiser les usages de SPA en milieu professionnel en trois catégories selon leur origine :

- Les mécanismes d'importation correspondent à des consommations dans la vie privée initialement et débordant secondairement dans le cadre du travail.

- Les mécanismes d'acquisition sont liés à des consommations à l'occasion de pots d'entreprise, de repas d'affaires et inscrites dans la culture du métier, favorisant initialement le lien social et la production.
- Enfin, dans les phénomènes d'adaptation, les consommations ont une visée stratégique pour faire face aux contraintes et stress professionnels ou une visée dopante pour répondre à de fortes exigences technico-économiques.

Lutz et Cleren [29] proposent une typologie de quatre classes de troubles de l'usage professionnels de SPA avec :

- Les usages culturels et socialisants
- Les conduites dopantes
- Les stratégies individuelles et collectives de défense
- Les usages avec dépendance

On retrouve alors la notion de conduites dopantes, longtemps cantonnée au domaine sportif, définie par le médecin et sociologue Patrick Laure comme « stratégie d'évitement de l'échec ». Car il est question de conduites dopantes lorsqu' « une personne consomme une substance chimique pour affronter un obstacle réel ou ressenti, et/ou pour améliorer ses performances, qu'elles soient physiques, intellectuelles, artistiques etc. » (INPES)

Lutz et Cleren proposent également une typologie qui retient six classes de facteurs professionnels susceptibles d'initier, de favoriser ou de renforcer des usages de SPA [annexe 1], à savoir :

- Les tensions psychiques
- Les tensions physiques
- Les pratiques culturelles et socialisantes
- La précarité professionnelle
- La disponibilité et l'offre des produits liées au milieu professionnel
- La pauvreté des liaisons sociales

Des travaux menés en addictologie et en psychologie sociale montrent que les usages de substances psychoactives sont fonctionnels : ce sont plus les conditions de consommation et les fonctions des substances que les effets pharmacologiques qui déterminent les usages. La fonction d'une substance psychoactive correspond à l'image qu'elle renvoie et à l'équilibre interne et externe trouvé grâce à elle. Car comme l'écrivait déjà le psychanalyste Sándor Ferenczi (1873-1933), « l'addiction n'est pas la cause mais la conséquence d'une souffrance, d'un traumatisme et en cela elle relève de la stratégie de survie avec une fonction précise, soigner ».

Dans leurs travaux, Renaud Crespin (politiste et sociologue), Dominique Lhuilier (professeure au Centre de recherche sur le travail et le développement au CNAM), et Gladys Lutz (ergonome et chercheure en psychologie du travail) proposent de faire appel à la clinique du travail afin de mettre en lumière des fonctions professionnelles des usages de SPA [30]. Ils se

sont intéressés à l'expérience du travail de professionnels (employeurs, encadrants, opérateurs, médecins du travail et préventeurs) qui consomment des substances psychoactives et/ou participent à des dispositifs de prévention. Pour cela, leur travail de recherche mené sur 36 mois a notamment comporté :

- des entretiens individuels semi-directifs auprès de 66 personnes volontaires issues de différentes entreprises afin d'explorer le sens donné à leur activité de travail et aux usages de SPA
- des entretiens collectifs semi-directifs avec 45 personnes volontaires conduisant des actions de prévention des conduites addictives au sein de deux entreprises et deux services de santé au travail.

Ils ont ainsi répertorié quatre fonctions professionnelles des usages de substances, qui ne sont pas nécessairement indépendantes les unes des autres, et qui n'excluent pas les fonctions d'ordre personnel.

- Tout d'abord, *s'anesthésier pour tenir physiquement et psychologiquement pour travailler*. Le but recherché est alors de modifier sa perception et sa capacité d'adaptation à des conditions de travail vécues comme intenable. Cela recouvre le fait de se calmer, de diminuer des douleurs, mais aussi d'oublier et de tromper l'ennui quand le travail perd de son sens.
- Ensuite *se stimuler* pour optimiser ses capacités mentales et physiques afin de répondre aux exigences du travail (rythme, charge de travail). On retrouve alors la notion de recherche de performance.
- *Récupérer* apparaît également comme un objectif fréquent des consommations de SPA, dans le but de gérer le stress et les effets des rythmes ou horaires de travail, notamment pour pouvoir dormir.
- Enfin, les SPA peuvent être utilisées pour *s'intégrer, entretenir les liens professionnels et la cohésion, manifester l'appartenance*. Des usages collectifs peuvent apparaître comme des stratégies collectives de défense. En effet, ces comportements permettent de se détendre en groupe, pour lutter contre la fatigue, s'unir face aux épreuves du travail, se protéger de la peur liée au travail (pour les postes à risques notamment). Ces consommations collectives correspondent à une mise en scène sociale et culturelle, représentation et ressource de la coopération. Individuellement, ces usages sont l'occasion de s'intégrer, se faire accepter et sont donc une stratégie de représentation de soi et de reconnaissance dans un contexte social.

Les usages de SPA apparaissent donc multifonctionnels dans le cadre professionnel : ils servent à répondre aux exigences de performance et d'efficacité, à supporter des conditions de travail vécues comme intenable, à se conformer aux prescriptions, à préserver l'image de soi,

à masquer les difficultés rencontrées, à calmer la douleur et endurer la pénibilité... Ainsi, si les consommations peuvent être causes d'absentéisme, elles peuvent parfois permettre au contraire d'être présent au travail « malgré tout ».

Ces travaux montrent donc que, au-delà d'une seule recherche de performance, les usages de SPA entrent dans des processus collectifs et individuels de défense. Les travailleurs sont amenés à faire appel aux SPA comme ressources pharmaco-chimiques pour atteindre leurs objectifs, garder leur emploi et paradoxalement rester en santé.

Depuis les années 1990, des travaux en sociologie, notamment ceux d'Alain Ehrenberg, s'intéressent à ce « trouble des frontières » entre les consommations de substances et ces usages masqués ne traduisant ni déviance, ni pathologie, mais agissant comme « adjuvant de l'action ».

Les profondes mutations du monde du travail, avec un accroissement des exigences et une réduction des moyens pour y répondre, semble favoriser le développement d'activité de dissimulation des difficultés et de la réalité du travail. Dans ce contexte, les usages de substances psychoactives en lien avec l'activité professionnelle visent une transformation de soi quand la transformation des situations de travail semble empêchée. Dans un monde saturé de contraintes, cette transformation de soi apparaît comme la variable d'ajustement : agir sur ses ressources propres pour maintenir la qualité du travail, pour compenser le défaut de marge de manœuvre permettant la régulation des contraintes de travail, pour pallier la carence de ressources collectives nécessaires à l'organisation du travail.

### **3. Rôle des équipes de santé au travail dans la prévention des conduites addictives**

Si le fait d'exercer une activité professionnelle reste globalement un facteur de protection vis-à-vis des conduites addictives, les publications (trop peu nombreuses) existantes montrent que les liens entre conduites addictives et travail sont complexes.

Nous allons voir dans cette deuxième partie que ces interactions suscitent de plus en plus d'intérêt de la part de l'Etat et des différents acteurs de l'entreprise ; que pour être efficace, la prévention des conduites addictives doit être collectivement partagée dans l'entreprise, avec un rôle central des services de santé au travail. L'étude du milieu de travail par l'équipe pluridisciplinaire, associée aux éléments recueillis lors du suivi individuel, permet aux SST d'intervenir sur les pratiques addictives tant au niveau collectif qu'individuel.

#### **3.1. Légitimité des services de santé au travail**

##### **3.1.1. Missions**

A travers les réformes progressives, les missions et les moyens du médecin du travail se sont élargis et renforcés avec l'idée que la surveillance de la santé était complémentaire de la surveillance du milieu de travail et de l'adaptation des conditions de travail. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a ainsi transformé les services médicaux du travail en services de santé au travail, dans le but de favoriser la transition d'une vision exclusivement médicale à une approche globale et pluridisciplinaire de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels.

Cela a été renforcé par la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, qui fait explicitement référence à la constitution d'équipes pluridisciplinaires au sein des SST interentreprises. Le médecin du travail anime et coordonne cette équipe qui comprend a minima infirmier(s) et intervenant(s) en prévention des risques professionnels qui peuvent avoir des profils variés (ergonomes, psychologues, toxicologues...). Le médecin du travail veille ainsi à la cohérence d'ensemble des actions menées par les membres de l'équipe et à leur inscription dans une démarche de préservation de la santé des travailleurs.

L'article L4622-2 du Code du travail [31] prévoit en effet que les SST ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

A cette fin, ils :

- 1°) Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- 2°) 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 le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire les effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;
- 3°) Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et de leur âge ;
- 4°) Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

La prévention des conduites addictives est ainsi devenue une mission officielle des SST en 2011.

### 3.1.2. Un risque récemment reconnu et ciblé par l'Etat

Dans le cadre du Plan National de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies 2008-2011, les Assises nationales organisées par la MILDT et le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ont débattu sur la place du médecin du travail dans la prévention et la réduction des

risques liés aux consommations de SPA en milieu professionnel. Comme nous l'avons vu précédemment, ces missions ont été inscrites dans le texte relatif à l'organisation de la médecine du travail du 20 juillet 2011.

Si les politiques de santé et de sécurité au travail n'avaient pas identifié jusque-là l'usage des SPA comme un risque spécifique pour l'activité professionnelle, la prévention des conduites addictives en milieu professionnel apparaît explicitement dans le troisième Plan Santé Travail [32]. Ce plan, élaboré par le COCT, constitue la feuille de route du gouvernement en matière de santé au travail pour la période de 2016 à 2020. Il est structuré autour de trois axes :

- Deux axes stratégiques principaux
  - o Donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de la prévention
  - o Améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale des entreprises
- Un axe « support » transversal : renforcer le dialogue social et les ressources de la politique de prévention, en structurant un système d'acteurs, notamment en direction des TPE-PME

Ces axes sont déclinés en objectifs opérationnels, eux-mêmes structurés en actions-cibles. Au sein du deuxième axe stratégique et de l'objectif « Agir en transversalité pour promouvoir un environnement de travail favorable à la santé », l'action 2.11 vise spécifiquement à prévenir les pratiques addictives en milieu professionnel en mettant en avant l'aspect collectif de cette prévention et le rôle pivot des services de santé au travail.

Elle prévoit de :

- Améliorer la connaissance, qualitative et quantitative, des pratiques addictives en milieu professionnel et de leurs conséquences en s'appuyant notamment sur les services de santé au travail.
- Mieux former les acteurs de la prévention, et en particulier les personnels des services de santé au travail, au repérage et à la prévention des pratiques addictives, notamment en déployant la formation au repérage précoce et à l'analyse des situations de travail susceptibles de favoriser des pratiques addictives, et en informant sur les ressources disponibles pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes.
- Promouvoir le débat entre acteurs de l'entreprise sur les pratiques addictives en milieu professionnel, encourager la concertation sur les mesures de prévention dans le cadre du dialogue social et diffuser auprès des employeurs et des CHSCT des bonnes pratiques en matière de prévention collective, incluant des mesures d'organisation du travail.

La DGT et la MILDECA préconisent la mise en place d'une démarche collective de prévention validée qui prévoit de décliner les mesures en trois volets complémentaires :

- un volet « management »
- un volet « prévention-sensibilisation » pour tous les acteurs de l'entreprise
- un volet « aide » pour les personnes en difficulté

### 3.1.3. Recommandations des sociétés savantes

Les acteurs des services de santé au travail sont également appelés depuis une dizaine d'années à s'impliquer dans la prise en compte des usages de SPA par les sociétés savantes.

En 2009, des Recommandations de Bonnes Pratiques sur le Dossier Médical en Santé Travail ont été élaborées par le Haute Autorité de Santé à la demande de la Société Française de Médecine du Travail [33]. L'objectif principal de ces recommandations est d'améliorer la qualité des informations permettant d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et le(s) poste(s) et les conditions de travail actuelles et antérieures. Ces recommandations prévoient qu'en matière d'informations concernant la santé des travailleurs, un certain nombre d'éléments soient consignés, notamment sur : les habitudes alcool, tabac et autres SPA ; les traitements en cours, l'existence ou l'absence de symptômes physiques ou psychiques ; les liens possibles entre les symptômes et une exposition professionnelle.

En 2013, la Société Française d'Alcoologie, en partenariat avec la Société Française de Médecine du travail, a élaboré des Recommandations pour la Pratique Clinique sur le dépistage et la gestion du mésusage de SPA susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel [34]. Les professionnels concernés par ces recommandations sont les SST, les médecins du travail et membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé travail, les addictologues et équipes d'addictologie, les médecins généralistes et spécialistes (psychiatres notamment). Le champ des recommandations comprend le repérage clinique, le dépistage biologique et la gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA et la « post-crise ».

On peut se féliciter que de telles recommandations voient le jour. Cependant, il est à déplorer qu'elles n'abordent pas l'aspect de la prévention primaire. Il est d'ailleurs explicitement écrit dans les recommandations de la SFA de 2013 que, « alors qu'il était envisagé de couvrir toutes les étapes de la pratique médicale, il a en outre été décidé de traiter la prévention dans un second temps compte tenu de la complexité de cette thématique ».

### 3.1.4. Attentes des employeurs et IRP

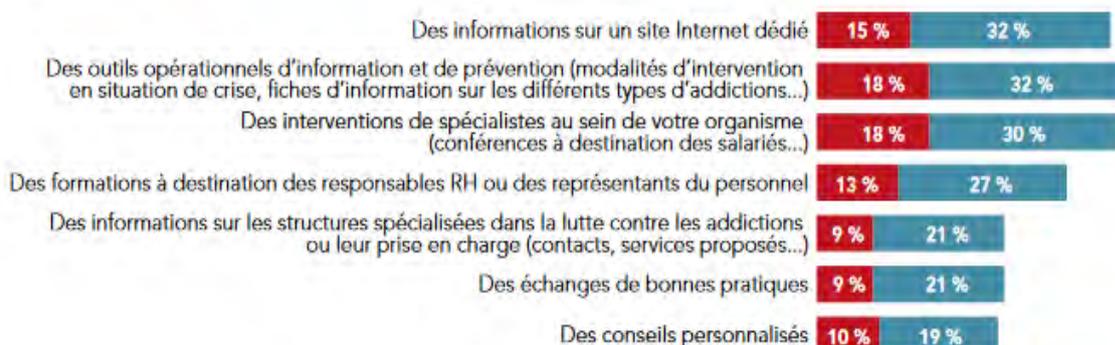
Dans l'étude exploratoire confiée en 2014 par le MILDECA à l'institut BVA, 605 dirigeants, encadrants et personnels RH et 253 représentants du personnel ou syndicats des entreprises du secteur privé et public, fonction publique d'Etat, Hospitalière et Territoriale ont été interrogés par téléphone sur leur niveau de connaissance sur la question des conduites addictives dans le monde du travail [14].

Si près des trois quarts des employeurs affirment être bien informés (73 %), et plus particulièrement dans le secteur public, seulement la moitié d'entre eux déclare connaître les réponses pour y faire face. Les représentants du personnel/syndicats semblent moins au fait : deux tiers (64 %) disent maîtriser le sujet et moins de la moitié (47 %) semble être informés sur les dispositifs.

Parmi un ensemble d'acteurs suggérés pour accompagner les entreprises et organismes concernés par les impacts des consommations de produits psychoactifs de leurs salariés, le médecin du travail ou les services de santé au travail sont les interlocuteurs les plus plébiscités aussi bien par les dirigeants, encadrants et personnels RH que par les représentants du personnel/syndicats (82 % pour les premiers et 84 % pour les seconds), bien loin devant le CHSCT (29 % vs 27 %).

Les attentes en termes d'accompagnement varient selon les deux populations interrogées : les représentants du personnel/syndicats sont 41 % à penser que la formation à la prévention est prioritaire et 38 % d'entre eux sont pour des « interventions de spécialistes au sein de l'organisme ». Parmi les solutions proposées par l'enquête, les attentes de 32 % des dirigeants, encadrants et personnels RH se portent avant tout sur des « informations sur un site Internet dédié » et l'accès à des « outils opérationnels d'information et de prévention (modalités d'intervention en situation de crise, fiches d'informations sur les différentes addictions) », sans différence significative par secteur.

**Figure 2 / Informations et accompagnements attendus par les dirigeants, encadrants et personnels RH**



Source : Enquête BVA 2014

Note de lecture : deux réponses étaient possibles dans cette question. Pour des « informations sur un site internet dédié » : 15 % l'ont cité en premier et 32 % au global (en premier ou en deuxième).

Figure 3 / Informations et accompagnements attendus par les représentants du personnel/ syndicats



Source : Enquête BVA 2014

### 3.2. Actions en milieu de travail

Le SST a un rôle de conseiller pour l'ensemble des acteurs de l'entreprise sur les dispositions et mesures nécessaires afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail [31]. Dans ce cadre, il doit mobiliser les différents acteurs, encourager la concertation sur les mesures de prévention et diffuser les bonnes pratiques en matière de prévention collective, incluant des mesures d'organisation du travail. Il dispose pour cela de plusieurs moyens d'actions.

#### 3.2.1. Information des différents acteurs de l'entreprise

Les liens entre conduites addictives et travail sont souvent euphémisés voire déniés par les employeurs, qui ont tendance à réduire l'étiologie des troubles du côté des modes de vie et conduites individuelles. Les salariés eux-mêmes, confrontés à la précarité de l'emploi ou engagés dans des stratégies défensives contre la souffrance au travail peuvent contribuer à l'invisibilité sociale de cette question de santé dans l'exercice du travail. C'est donc au médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire de lever cette opacité des liens entre conduites addictives et travail.

Pour mobiliser les différents acteurs de l'entreprise, encore faut-il que chacun soit informé et conscient des tenants et des aboutissants concernant la problématique des usages de SPA en milieu professionnel. Les membres du SST participent de manière active à cette prise de conscience en diffusant l'information et la formation sur la prévention des risques susceptibles d'être générés dans l'environnement professionnel par la consommation et le mésusage de SPA. Il doit aussi communiquer sur les déterminants en lien avec le travail susceptibles de favoriser ou générer une consommation de SPA.

Chaque acteur de l'entreprise doit également être informé de ses responsabilités, de son rôle à jouer dans la démarche et des moyens d'action dont il dispose pour le faire.

### 3.2.1.1. Rôle et moyens d'action de l'employeur

L'obligation faite à l'employeur d'assurer la sécurité et de protéger la santé physique et mentale des travailleurs (article L4121-1 du Code du travail), est assortie d'une obligation de résultats. En cas de manquement à cette obligation et d'accident du travail, il peut être poursuivi pour faute inexcusable.

Il appartient également à l'employeur de veiller au respect, en milieu de travail, des dispositions législatives et réglementaires relatives aux SPA :

- Article R4228-20 du Code du travail : « Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail ».
- Article R4228-21 : « Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse ».
- Article R4225-2 : « Les employeurs doivent mettre à la disposition des travailleurs de l'eau potable et fraîche pour la boisson ».
- Article L122-40 : « L'employeur peut prendre toute mesure pour sanctionner un salarié qui serait en état d'ébriété ».
- Article L.232-2 : « Les conventions collectives ou les contrats individuels de travail ne peuvent comporter de dispositions prévoyant l'attribution, au titre d'avantage en nature, de boissons alcooliques aux salariés. »
- Interdiction de fumer dans les lieux publics ou lieux affectés à un usage collectif (article R3511-1 du Code de la santé publique).
- Répression pour usage de substances illicites (article L3421-1 du Code la santé publique).
- Interdiction de détention (transport, offre, cession, acquisition ou emploi illicite) de stupéfiants (article 222-37 du Code pénal)

L'employeur est par ailleurs responsable des dommages que ses salariés peuvent causer à des tiers (article 1384 du Code civil), et peut par conséquent voir sa responsabilité engagée si l'un de ses salariés sous l'emprise d'une SPA provoque, dans l'exercice de ses fonctions, un accident lié à son état.

Tout cela doit l'encourager à mettre en place une démarche de prévention sur la thématique des usages de SPA. C'est la cohérence de cette action de prévention qui sera évaluée dans le cadre des responsabilités juridiques (civile et pénale).

A ce titre, l'employeur doit intégrer ce risque dans le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (dont la rédaction est obligatoire depuis 2001, quelle que soit la taille de l'entreprise) afin de mettre en place une véritable politique de prévention en la matière, et se donner pour objectifs d'évaluer les usages, d'agir sur les facteurs de risques, d'analyser les situations et organisations de travail au regard des risques de conduites addictives et de mesurer les effets des actions mises en place.

Dans le secteur privé, l'employeur dispose du règlement intérieur pour fixer les mesures d'application de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité afin d'adapter ces dispositions aux spécificités de l'entreprise. Il est soumis à l'avis du Comité d'Entreprise et du CHSCT ou des délégués du personnel, et transmis à l'inspecteur du travail. Il peut, à condition de ne pas apporter au droit des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature des tâches à accomplir, prévoir différentes mesures notamment :

- Des mesures d'interdiction totale ou partielle de l'alcool sur le lieu de travail selon les mesures de sécurité à prendre en fonction des activités de l'entreprise ;
- Des mesures d'encadrement des pots d'entreprise ;
- Des modalités de contrôle particulières (fouille des vestiaires par exemple)
- La liste des postes de sûreté et de sécurité pour lesquels un dépistage de consommation d'alcool ou de drogues peut être pratiqué. En effet, le chef d'entreprise ou son représentant peut pratiquer un dépistage par alcootest ou éthylomètre à condition que cette disposition soit prévue dans le règlement intérieur pour des salariés affectés à des postes de sécurité. De la même manière, l'arrêt du Conseil d'Etat du 5 décembre 2016 autorise désormais un employeur ou supérieur hiérarchique à réaliser dans certaines conditions des tests de dépistage salivaire pour détecter la consommation de stupéfiants chez des salariés affectés à des postes dits « hypersensibles » [35]. L'employeur est soumis au secret professionnel concernant le résultat de ces tests. En cas de contrôle positif, le salarié peut demander une contre-expertise médicale à la charge de l'employeur et celui-ci peut procéder à des sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'au licenciement.

Le SST peut conseiller l'employeur sur ce que peut comprendre le règlement intérieur

L'employeur a aussi en charge l'organisation des premiers secours aux accidentés et aux malades au sein de son entreprise. A ce titre, il doit définir, après avis du médecin du travail, les conditions de prise en charge d'un travailleur hors d'état de se protéger et qui doit être retiré de tout poste dangereux.

En dehors des examens médicaux d'embauche et périodiques, l'employeur peut demander au médecin du travail un nouvel examen médical pour réévaluer l'aptitude du travailleur. Dans ce cas, il doit faire une demande motivée par écrit et en informer le salarié.

### 3.2.1.2. Rôle et moyens d'action des salariés et des instances représentatives du personnel

Le Code du travail prévoit une obligation de sécurité à la charge du salarié (article L. 4122-1) : il lui incombe « de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou

ses omissions au travail ». En cas de manquement à son obligation de sécurité, le salarié peut encourir une sanction disciplinaire et sa responsabilité pénale peut être engagée.

Pour que la prévention dans l'entreprise soit efficace, tous les salariés :

- doivent être informés de la démarche élaborée, de ses objectifs et être invités à y participer ;
- doivent agir et alerter l'employeur ou les secours en cas de danger immédiat ;
- sont légitimes pour intervenir face à un collègue dont la consommation pose problème, en particulier en cas de danger immédiat.

Les représentants du personnel doivent être de véritables relais de la prévention, notamment en veillant à la rédaction du règlement intérieur et à son volet préventif, mais aussi en matière d'information et de sensibilisation. Ils ont également un rôle d'alerte et de repérage des situations à risque.

Le CHSCT et CSE, ou les délégués du personnel dans les établissements de moins de cinquante salariés, ont pour mission de contribuer à la protection de la santé et à la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail, et de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires fixées en ces matières. Pour cela, il procède régulièrement à des analyses des risques professionnels, à des inspections et enquêtes en matière d'hygiène, de sécurité au travail et d'accidents de travail. Il propose toute initiative qu'il juge utile dans cette perspective et des actions de prévention. Par exemple, il peut proposer que l'encadrement bénéficie d'une formation aux problématiques d'alcool et de substances illicites dans l'entreprise. Le CHSCT est pleinement associé à l'élaboration de la politique de prévention, pour laquelle il peut être force de proposition et assure un relais d'information des salariés. Il peut aussi faire appel à différents experts, tels que le médecin du travail, l'inspecteur du travail, l'agent de contrôle de la CARSAT et des consultants en prévention. Il est donc un interlocuteur privilégié pour évoquer les problématiques relatives aux conditions de travail et aux risques professionnels liés à la consommation de SPA.

### 3.2.2. Fiche d'Entreprise

La rédaction de la FE est une obligation pour le SST. En effet, le Code du travail (articles R.4624-46 à R.4624-50) prévoit que pour chaque entreprise ou établissement, quelle que soit sa taille, le SST doit établir et mettre à jour une fiche sur laquelle figurent les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés.

Au-delà d'une obligation, la FE est un outil permettant d'ouvrir le dialogue avec l'employeur sur les conditions de travail et d'instaurer une relation de conseil.

Quels que soient la taille et le secteur d'activité de l'entreprise, le risque lié à la consommation de SPA est à intégrer systématiquement à la FE, et à aborder sans tabou au même titre que les autres risques, avec pour objectifs de :

- Faire un état des lieux sur la prise en compte de ce risque dans l'entreprise

- Évaluer les actions déjà mises en place sur les volets management, information et aide
- Rechercher les déterminants professionnels qui pourraient initier, favoriser ou renforcer les usages de SPA [annexe 1]
- Émettre des préconisations afin d'éviter ou réduire le risque
- Aider l'employeur à prioriser les actions de prévention réalistes en liaison avec l'organisation de l'activité réelle du travail
- Accompagner si besoin l'entreprise en lui proposant une offre de services claire sur ce que le SST peut réaliser, ou en l'orientant vers des professionnels compétents

### 3.2.3. Aide à l'élaboration du DUERP

L'élaboration du DUERP relève de la responsabilité de l'employeur mais il peut être accompagné notamment par le SST dans cette démarche et/ou utiliser la FE comme support.

En tant que conseillers, le médecin du travail et les membres de l'équipe pluridisciplinaire doivent inciter l'employeur à inscrire le risque lié aux conduites addictives dans le DUERP et peuvent l'accompagner sur le plan méthodologique pour le faire.

Pour aider au repérage initial des situations de travail à risque, le SST peut proposer des outils tels que la typologie des facteurs professionnels retentissant sur les conduites de consommation de SPA [annexe 1] et la liste des PSS (liste jurisprudentielle donnée à titre indicatif devant l'absence de liste réglementaire : manipulation de produits dangereux, machines dangereuses, conduite de véhicules et transport de personnes, chauffeur poids lourd, cariste, chauffeur-livreur).

Le SST peut également aider à lister les mesures de préventions existantes, celles à mettre en place et proposer le cas échéant des indicateurs de suivi pertinents [36].

Certaines données peuvent servir d'indicateurs spécifiques, comme par exemple :

- Le nombre de visites occasionnelles à la demande de l'employeur pour une situation supposée en lien avec un usage de SPA
- Des éléments anonymes recueillis par les professionnels de santé du SST lors du suivi individuel des salariés (sur les niveaux d'usage notamment)
- Le nombre de salariés sensibilisés
- La fréquence des pots ou repas organisés avec boissons alcoolisées...

D'autres indicateurs, non spécifiques cette fois, peuvent être intéressants à suivre :

- Les accidents du travail
- Les retards à la prise de poste
- Les absences répétées et leur durée
- La diminution de la qualité du travail et/ou de la productivité
- Le nombre de salariés occupant des PSS...

### 3.2.4. Aide à la mise en place d'une démarche de prévention collective

Le SST incite l'entreprise à initier cette démarche de prévention des usages de SPA en présentant les bénéfices attendus.

Cette démarche permet d'une part à l'entreprise de répondre à ses obligations légales, de réduire les coûts en réduisant les risques d'accidents du travail, d'absentéisme, de conflits interpersonnels...

Mais d'autre part, elle permet d'interroger collectivement les conditions de travail et les déterminants professionnels des usages de SPA.

En cela, elle s'intègre dans une amélioration de la qualité de vie au travail.

Cette démarche de prévention collective doit s'inscrire dans la démarche globale de prévention et est à élaborer dans un esprit de concertation, d'accompagnement et de soutien, avec l'ensemble des salariés, afin qu'elle soit comprise et acceptée par tous dans l'entreprise. Les modes d'interventions, les moyens mis en œuvre, les limites et rôles de chacun doivent être connus de tous. Il est essentiel que l'ensemble des acteurs soient conscients que cette démarche doit cibler l'ensemble des salariés, dans une logique préventive et non répressive.

Afin de mettre en place cette démarche de prévention, l'INRS propose une stratégie [37] qui comprend différentes étapes :

- La mise en place d'un comité de pilotage représentatif de l'ensemble du personnel de l'entreprise (membres de la direction, du service des Ressources Humaines, de représentants de l'encadrement et des salariés, des services en charge de l'hygiène et de la sécurité, de membres de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail, ainsi qu'éventuellement des organismes extérieurs spécialisés).
- Un constat préalable de la situation existante prenant en compte différents éléments : les actions préventives éventuellement déjà mises en place en matière de conduites addictives, les habitudes culturelles, les conditions de travail, le vécu et la perception des salariés concernant l'usage de SPA.
- La construction d'un document écrit référent, qui ne remplace pas mais complète le règlement intérieur et reprend le plan d'actions issu de la réflexion commune.
- La détermination d'indicateurs d'alerte et de suivi.
- La collaboration avec des relais extérieurs expérimentés.
- L'élaboration de conduites à tenir en cas de problème individuel.
- La diffusion large et régulière de la démarche et du document référent au sein de l'entreprise afin de les mettre en application et d'en assurer la pérennité.

Selon les besoins ciblés, les actions préventives peuvent par exemple porter sur :

- L'information des salariés sur les risques liés aux conduites addictives, le règlement intérieur, la conduite à tenir face à un salarié présentant des troubles du comportement, les aides extérieures possibles (structures spécialisées, sites internet, numéros verts)
- La clarification des responsabilités et du périmètre d'action de chacun
- La prévention des facteurs professionnels susceptibles de favoriser la consommation de SPA
- La définition et le suivi d'indicateurs permettant de déceler une situation nécessitant d'intervenir ou d'évaluer l'impact de la démarche mise en place
- L'élaboration d'un protocole relatif au dépistage et aux conditions de retrait du poste en cas de situation où il y a mise en danger
- L'encadrement des pots d'entreprise et repas d'affaire

A chacune des étapes de cette démarche, le SST peut apporter son éclairage.

Il peut participer à la formation des membres du comité de pilotage ou orienter vers un intervenant extérieur. Il est en effet fortement conseillé que les membres du comité de pilotage bénéficient d'un apport de connaissances préalable pour se débarrasser des idées reçues et tabous, nombreux et tenaces au sujet des conduites addictives, L'ensemble des acteurs doit être convaincu qu'il est important de lutter contre les attitudes d'évitement, en distinguant alerte et dénonciation et en respectant confidentialité et discrétion.

L'équipe pluridisciplinaire peut être force de proposition et aider à choisir les indicateurs les plus pertinents en fonction des caractéristiques de l'entreprise.

Ils peuvent également initier des discussions sur la pertinence d'intégrer l'évaluation de certains risques professionnels susceptibles de favoriser les consommations de SPA.

Les membres du service de santé au travail sont à même de fournir des données pertinentes issues des études scientifiques publiées, des actions en milieu de travail et de l'analyse de l'organisation et des conditions de travail.

Dans le respect du secret médical, le médecin du travail peut communiquer une synthèse d'éléments recueillis lors des visites médicales par le biais de statistiques relatives aux consommations de SPA et vécu du travail des salariés.

### 3.2.5. Conseils pour la mise en place d'une conduite à tenir en cas de trouble du comportement

L'employeur est responsable de l'organisation de secours dans son entreprise. Le Code du travail prévoit qu'en l'absence d'infirmiers, ou lorsque leur nombre ne permet pas d'assurer une présence permanente, l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades ou présentant des troubles du comportement aigus.

Le médecin du travail doit donc conseiller l'employeur dans l'élaboration d'une conduite à tenir en cas de troubles du comportement d'un salarié, dont les étiologies possibles sont multiples et peuvent être associées (consommation de substance psychoactive, mais aussi troubles métaboliques, état infectieux, troubles neurologiques, intoxications par des agents chimiques...). Pour cela, le médecin du travail peut faire appel aux recommandations pour la pratique clinique élaborées par la SFA en partenariat avec la SFMT sur la gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA en milieu professionnel pour aider à la prise en charge de l'urgence en phase aigüe puis de la « post-crise » [34].

La conduite à tenir en phase aigüe comprend :

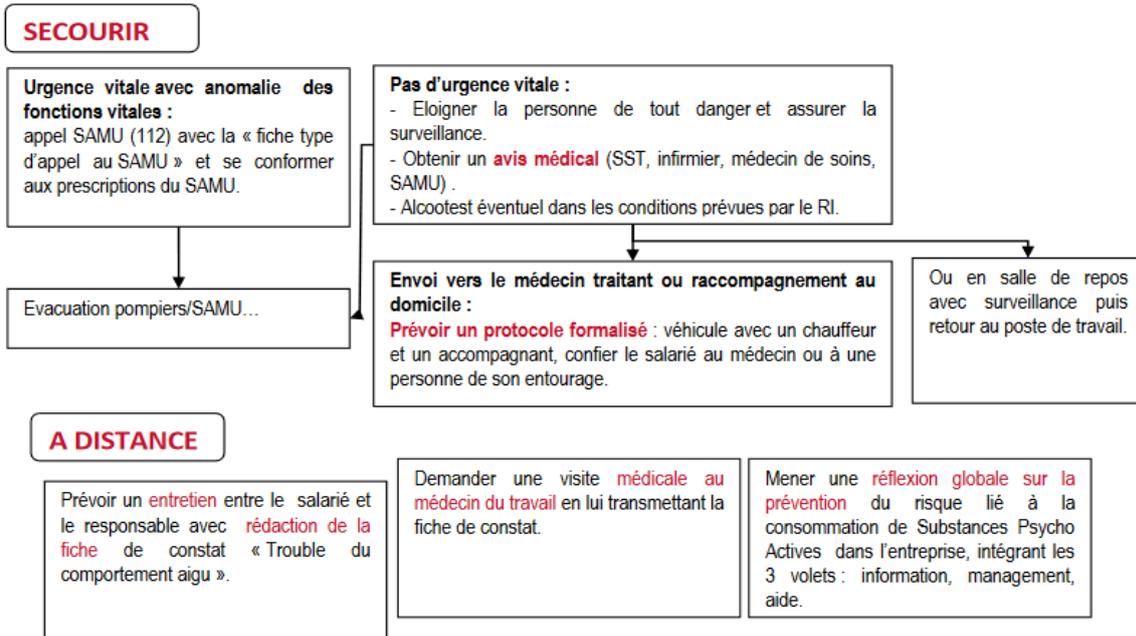
- L'identification des signes (état d'excitation, agitation, propos incohérents, confusion, troubles de l'équilibre, somnolence, agressivité...) afin d'évaluer si la personne est en danger ou potentiellement dangereuse,
- L'alerte de l'encadrement et si présence sur site d'un Sauveteur Secouriste du Travail ou personnel médical/infirmier. En cas de présence sur place d'infirmier(s), le médecin du travail se doit d'établir un protocole de soins d'urgence à leur attention afin d'accomplir les mesures conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin.
- La mise en sécurité de la personne, retirée du poste, placée dans un lieu sécurisé et accompagnée jusqu'à sa prise en charge médicale
- La prise d'un avis médical avec détermination préalable du médecin à contacter selon les circonstances (SAMU, médecin du travail)
- Le suivi des prescriptions médicales concernant les gestes de secours, la surveillance, le mode d'évacuation du salarié vers une structure d'accueil des urgences, les modalités de l'éventuel retour du salarié à son domicile.

A distance de la crise, les recommandations prévoient un entretien entre responsable et salarié concerné, avec traçabilité écrite et factuelle de l'événement, suivie de l'information de la direction des ressources humaines et du médecin du travail. Une fiche de constat peut être proposée par le SST afin d'assurer cette traçabilité [exemple de fiche en annexe 3].

Une visite médicale occasionnelle à la demande de l'employeur est ensuite organisée, la fiche de constat étant alors transmise au médecin du travail pour motiver/expliciter la demande.

Enfin, l'analyse de l'événement permet de mettre en place les actions de prévention nécessaires.

## GESTION DE LA CRISE



Arbre décisionnel extrait des « Recommandations pour la Pratique Clinique », SFA-SFMT, mars 2013, disponibles sur [www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2013-1\\_RPCTextecourt.pdf](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2013-1_RPCTextecourt.pdf)

### 3.2.6. Conseils pour l'encadrement des pots en entreprise

Si l'employeur par le biais du règlement intérieur n'interdit pas la consommation de boissons alcoolisées lors des pots et repas d'affaire, les membres du SST peuvent le conseiller sur les mesures visant à encadrer ces consommations, à savoir :

- Fournir systématiquement des boissons non alcoolisées
- Limiter les quantités de boissons alcoolisées mises à disposition
- Proposer de quoi se restaurer pour limiter le pic d'alcoolémie
- Prévoir un délai suffisant avant la reprise d'une activité en prenant en compte la pharmacocinétique de l'éthanol
- Mettre à disposition des salariés des éthylotests pour auto-évaluation

Cependant, il convient d'inciter l'employeur à réfléchir à la pertinence de mettre à disposition des boissons alcoolisées lors de ces occasions.

### 3.2.7. Modules de sensibilisation

Les équipes pluridisciplinaires des SST sont à même de mener des actions de sensibilisations collectives sur les conduites addictives en milieu professionnel. Pour cela, un partenariat peut être mis en place avec des acteurs de prévention et professionnels de santé comme l'ANPAA, la CARSAT, la DIRECCTE...

Des modules de sensibilisation collective peuvent ainsi être proposés à l'ensemble des salariés pour leur donner des repères sur les différentes SPA, les modes de consommation et les risques associés, des outils d'auto-évaluation, des informations sur le cadre réglementaire dans le contexte professionnel (code du travail, règlement intérieur), sur les structures spécialisées.

Il est également intéressant de pouvoir proposer aux encadrants un module complémentaire permettant de connaître le rôle de l'encadrant, notamment savoir repérer et aborder une situation individuelle, conduire un entretien et accompagner un collaborateur.

### 3.3. Prévention individuelle

#### 3.3.1. Evaluation et repérage

##### 3.3.1.1 . Consommation déclarée

Le suivi individuel des salariés lors des différentes visites médicales, et par délégation dans le cadre de protocoles par les infirmiers en santé au travail, permet d'aborder la question de la consommation de SPA (licites, prescrites et illicites). D'autant que, pour les personnes « en bonne santé », ce sont parfois les seuls professionnels de santé rencontrés.

Les entretiens individuels sont une étape fondamentale dans le repérage, par le recueil systématique de la consommation déclarée de SPA et le renseignement du DMST comme le préconise la HAS [33].

Cette étape permet de recenser les SPA consommées ainsi que les modalités de consommation et les facteurs de vulnérabilité. Dès lors qu'une consommation est identifiée, une polyconsommation est à envisager et rechercher. Le caractère licite ou illicite de la substance consommée ne doit pas guider l'évaluation.

Mais aborder la question de l'usage de SPA n'est pas chose facile pour les médecins du travail, les salariés pouvant craindre que des informations soient transmises à l'employeur ou que cela empêche la délivrance de l'aptitude. C'est pourquoi il s'avère important de rappeler aux salariés que le médecin du travail est soumis au secret médical.

Des études montrent que certains professionnels de santé au travail ont des difficultés à aborder le sujet des usages de SPA.

En 2009, une enquête a été menée auprès d'environ 750 médecins du travail, interrogés par téléphone sur leurs opinions et pratiques en matière de prévention des conduites addictives. Parmi les freins pouvant faire obstacle à leur implication dans des démarches de prévention individuelle des pratiques addictives, les médecins du travail évoquent en priorité la résistance des salariés (57 %) [38]. C'est également un frein retrouvé dans le travail de thèse de Célia Toulouse [39].

Il est vrai que le déni est fréquent face à la question de la consommation de SPA. Il est 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 » [40]. Mais en tant que professionnels de santé, il faut veiller à ne pas favoriser ce déni en adoptant des contre-attitudes, « qui 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 » [41].

Un abord systématique du sujet avec des salariés peut permettre de lever le tabou, que ce soit du côté du salarié qui se sentirait ainsi moins visé personnellement que du côté du médecin qui se sentirait également plus à l'aise.

### 3.3.1.2. Questionnaires

L'abord des consommations de SPA peut être facilité par l'utilisation de questionnaires.

- Validé en langue française, le test de Fagerström [annexe 3] est le plus couramment utilisé en clinique courante pour évaluer la dépendance nicotinique.
- Pour évaluer la consommation d'alcool, plusieurs questionnaires, diffusés ces dernières années en médecine générale, ont été testés et validés en milieu professionnel.  
L'AUDIT est un auto-questionnaire (qui peut donc être proposé par l'assistante en santé travail et renseigné avant la visite) en dix items, développé par l'OMS qui explore l'alcoolisation sur les douze derniers mois écoulés. Il permet de distinguer risque faible, risque élevé et dépendance. Il en existe une version courte en trois questions, l'AUDIT-C, pour repérer mésusage et dépendance.  
Le FACE est un hétéro-questionnaire en cinq questions, moins précis que l'AUDIT, mais rapide à remplir au cours de l'entretien [annexe 4].
- Le CAST est une échelle de repérage des consommations problématiques de cannabis en six items [annexe 5].

Ces questionnaires sont des outils pour initier le dialogue, aider au repérage mais ne permettent pas de poser un diagnostic.

### 3.3.1.3. Signes d'alerte cliniques

Le repérage peut parfois se faire sur des signes d'appels sociaux, comportementaux, psychiques ou physiques.

Les signes liés à la consommation d'une substance sont le plus souvent aspécifiques, surtout à un stade précoce. C'est souvent un faisceau de symptômes qui alerte le médecin.

Lors de l'examen clinique, les signes de consommation aiguë ou chronique de SPA et de complications organiques sont à rechercher. Et l'entretien permet de repérer des troubles dépressifs, anxieux, psychotiques ou de la personnalité.

#### 3.3.1.4. Dépistage biologique

La question du dépistage de SPA dans le cadre professionnel est un sujet épineux, source de polémiques du fait des conséquences éthiques, sociales, juridiques et sanitaires qu'il soulève.

En effet, la pratique du dépistage en entreprise peut être un outil de prévention de l'usage de SPA mais est strictement encadré de manière à garantir le respect de la liberté individuelle des salariés. D'après le Code du travail, nul ne peut « apporter au droit des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir, ni proportionnées au but recherché » (article L. 1321-3).

Les Recommandations pour la Pratique Clinique préconisent de faire précéder le dépistage biologique par le repérage clinique (avec ou sans questionnaire).

Le médecin du travail peut prescrire et procéder à un dépistage pour déterminer l'aptitude d'un salarié à occuper son poste. Il peut en effet être une aide au diagnostic et à la décision mais ne peut entraîner à lui seul une restriction d'aptitude.

Le dépistage ne doit pas être systématique et ne doit concerner que les postes de sécurité ou comportant une exposition à un risque, nécessitant une maîtrise totale du comportement, comme le stipule le CCNE [17].

Concernant les aspects pratiques de ce dépistage de SPA, il s'agit de méthodes immunochimiques sur prélèvements urinaires ou salivaires, ou dans l'air expiré pour l'alcool. Le dépistage sur prélèvement urinaire doit suivre un protocole strict garantissant la confidentialité et l'anonymat. Le recueil salivaire peut s'avérer plus simple à réaliser, mais ces tests ont une sensibilité et une spécificité encore limitées, avec possibles faux positifs ou faux négatifs. Le résultat peut être confirmé par méthodes physicochimiques sur prélèvement sanguin, permettant l'identification et/ou la quantification moléculaire.

Le choix du test pratiqué dépend de la substance recherchée, du délai de consommation, de la facilité du prélèvement, et de l'objectif du médecin (dépistage ou confirmation).

Quant à l'interprétation des résultats, elle doit prendre en compte les antécédents et l'état clinique du salarié, les traitements suivis (certains pouvant entraîner une fausse positivité d'un test), la méthode utilisée et sa fiabilité.

Dans tous les cas, le médecin est tenu d'informer le salarié de la nature et des résultats du test, et des conséquences possibles sur son aptitude. Il est essentiel que ces échanges se fassent en

toute confidentialité et dans le respect du secret médical, les résultats n'étant bien sûr jamais communiqués à l'employeur.

#### 3.3.1.5. Repérage des déterminants et fonctions professionnels

Il s'agit d'une étape importante pour la santé au travail et la prévention des risques professionnels.

Il s'agit d'appréhender les consommations et leurs liens avec le travail : les effets attendus, les bénéfices perçus, leurs fonctions dans le travail et leurs conséquences bénéfiques et indésirables.

Les typologies proposées par Gladys Lutz, en relation directe avec les effets ressentis et attendus et avec les fonctions individuelles et sociales des usages, sont des outils au service du médecin du travail dans cette analyse compréhensive des facteurs et effets des usages professionnels de SPA.

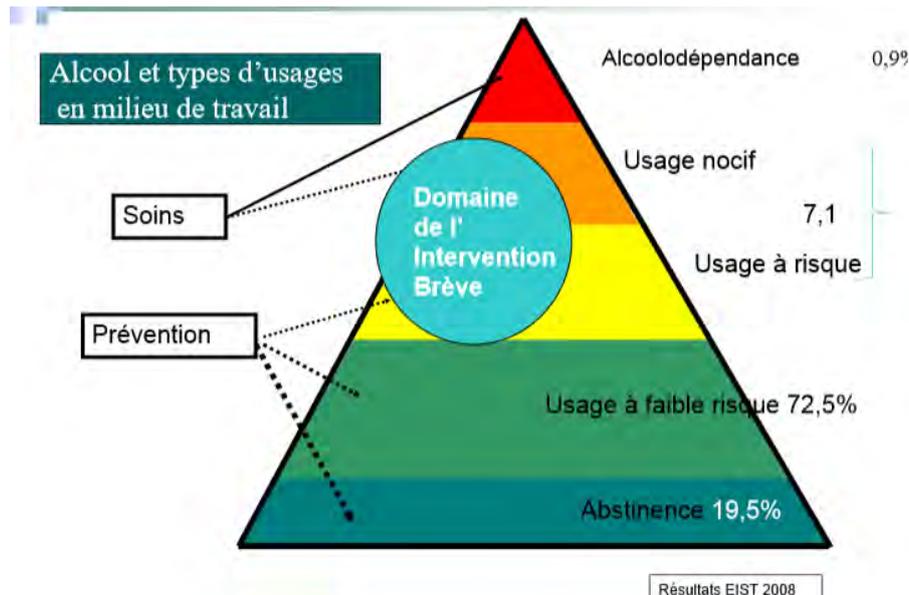
Ce repérage des déterminants professionnels nécessite une connaissance fine du poste de travail occupé par le salarié et des conditions de travail. Il convient d'interroger le salarié sur son poste de travail : type de contrat, contenu du travail, description des tâches, horaires de travail, risques professionnels et moyens de prévention, mais aussi vécu du travail (stress professionnel perçu, satisfaction, ressenti). Si besoin, une étude de poste peut être réalisée pour connaître au mieux l'activité réelle du salarié.

### 3.3.2. Conduite à tenir

#### 3.3.2.1. RPIB en cas de trouble de l'usage identifié

Cette pratique de prévention cible les consommateurs présentant un usage à risque, c'est-à-dire déjà engagés dans des conduites de consommation dangereuses pour leur santé, ou présentant des dommages dus à ces conduites sans ressentir toutefois de symptômes de dépendance.

La notion d'Intervention Brève fait référence à un ensemble d'interventions psychosociales s'appuyant notamment sur l'approche motivationnelle, et circonscrites dans le temps (quelques minutes).



La HAS a élaboré en 2014 un outil pour les professionnels de santé pour les aider au RPIB pour l'alcool, le tabac et le cannabis, afin de réduire les risques de dommages et d'accompagner les consommateurs vers un changement de comportement durable [42].

Cette démarche prévoit de :

- Restituer les résultats au salarié suite à l'issue de l'entretien et/ou ses questionnaires sur le niveau de risque
- Informer sur les risques concernant la consommation de substance
- Évaluer les risques personnel et situationnel
- Identifier les représentations et les attentes du patient
- Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter la consommation
- Proposer des objectifs et laisser le choix
- Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la démarche
- Donner la possibilité de réévaluer lors d'une autre consultation
- Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association...

Cette démarche a montré son efficacité pour l'alcool lors de l'étude contrôlée randomisée EIST publiée en 2008 [43] réalisée auprès de salariés suivis en santé travail. Le repérage du mésusage s'est fait sur la base du questionnaire AUDIT renseigné en salle d'attente, et l'inclusion était proposée aux salariés ayant un score entre 6 et 12 pour les femmes et 7 et 12 pour les hommes. Après randomisation, les salariés étaient répartis en deux groupes, l'un bénéficiant d'une intervention brève par le médecin du travail, l'autre groupe « contrôle » se voyant remettre un livret d'information par l'assistante. L'évolution a été évaluée douze mois après inclusion.

33488 salariés ont été invités à remplir le questionnaire. Un mésusage sans dépendance a été repéré chez 7,1% d'entre eux. L'échantillon analysé était constitué de 787 personnes, dont 435 ont été revues à un an.

Les résultats montrent que 44,8% étaient sortis du mésusage dans le groupe « contrôle », et 51,6% dans le groupe « intervention brève », avec une réduction plus marquée du score AUDIT ( $p=0,0088$ ) et des consommations ( $p=0,038$ ) dans le groupe « intervention brève ». Les facteurs prédictifs de succès retrouvés étant : être plus jeune, être une femme, ne pas présenter de critères DSM-4 de dépendance, et avoir reçu un ou deux livrets d'information lors de l'intervention brève.

L'enquête montre également que la connaissance du RPIB se diffuse parmi les médecins du travail : plus du tiers d'entre eux déclarent en avoir entendu parler, mais seuls 8 % se déclarent formés. La demande de formation est élevée, également pour les Infirmiers en Santé au Travail à qui peut être confiée la réalisation du RPIB.

### 3.3.2.2. En cas de dépendance

En cas d'usage de SPA avec dépendance déclarée ou repérée, le rôle du médecin du travail est d'informer le salarié sur la pathologie addictive et ses risques, puis de l'orienter vers un accompagnement spécialisé.

Dans l'intérêt du salarié et avec son accord, le médecin du travail collabore avec le médecin traitant, le psychiatre et les équipes de soins spécialisées en addictologie dans le cadre d'un véritable travail en réseau.

Le médecin du travail peut décider de mettre en place une surveillance médicale dans le cadre d'un soutien. Mais celui-ci ne doit pas se substituer ou limiter l'accès aux soins et à l'accompagnement externes.

### 3.3.2.3. Dispositions relatives à l'aptitude

Concernant l'aptitude au poste, l'avis émis dépend à la fois de la situation clinique, du poste occupé et des contraintes qui lui sont associées.

La décision du médecin du travail est donc guidée par la connaissance du poste et doit être proportionnelle au risque encouru. Elle s'appuie sur l'évaluation du risque au poste de travail et des conséquences de la consommation, en veillant à ne pas confondre usage et mésusage, y compris pour les substances illicites. En effet, tous les troubles de l'usage n'entraînent pas forcément de répercussions sur l'environnement professionnel et ne doivent pas avoir d'incidence sur la décision d'aptitude.

Le fait de se prononcer sur l'aptitude au poste ne doit pas être utilisé comme une « menace » pour obliger un salarié à initier une prise en charge thérapeutique. L'approche

motivationnelle, qui donne la responsabilité du changement à la personne concernée, est à privilégier.

Le médecin du travail peut être amené à prononcer une restriction d'aptitude du fait d'un usage de SPA si celui-ci génère un risque sanitaire ou sécuritaire pour le salarié ou son entourage professionnel.

Le maintien au poste est à privilégier, avec si besoin et si possible mise en place d'aménagement pour une durée à déterminer. Cette décision est à prendre en fonction de l'expertise clinique, des contraintes du poste de travail et de l'environnement professionnel, en respectant le secret médical et le principe des libertés individuelles et en prenant en compte le rôle intégrateur du travail.

Mais si le maintien au poste s'avère impossible, le médecin du travail peut être amené à prononcer une contre-indication temporaire à occuper le poste et orienter la personne vers le médecin traitant pour obtenir un arrêt de travail et mettre en place les soins nécessaires et un accompagnement spécialisé. En effet, le rôle des membres de l'équipe de santé au travail n'est pas d'assurer la prise en charge thérapeutique mais de l'initier.

Si en dernier recours un avis d'inaptitude est prononcé, le médecin du travail n'a évidemment pas à en communiquer les motifs à l'employeur, et oriente vers un reclassement adapté à l'état de santé du salarié.

### 3.4. Exemples d'actions mises en place par un service autonome

J'ai eu la chance de passer deux semestres au cours de mon internat dans le service autonome de santé au travail d'une entreprise de métallurgie. Cette usine est spécialisée dans la fabrication de pièces forgées matricées, estampées en aciers spéciaux, alliage de titane, superalliage, pour les marchés de l'aéronautique et de l'énergie notamment.

L'équipe de santé au travail se compose d'un médecin et de deux infirmières, et assure le suivi individuel d'environ 900 salariés et 200 intérimaires, la grande majorité d'entre eux travaillant en 3\*8 et occupant des postes de sécurité du fait de la conduite de chariots et de manipulation de machines dangereuses.

Cette équipe a mis en place de nombreuses actions de prévention des conduites addictives auxquelles j'ai pu participer pendant mes stages.

#### 3.4.1. Sur le plan collectif

- Modules de sensibilisation

En 2014, un module de sensibilisation sur les conduites addictives a été conçu à l'attention des salariés.

Il a été présenté par les membres de l'équipe à l'ensemble des salariés des différents ateliers par groupes. Depuis, ce module est également présenté au moment de la visite d'embauche aux intérimaires par petits groupes de deux à cinq.

L'objectif de ce module est de donner des repères sur les différents types d'usage, les facteurs de vulnérabilité, les effets aigus et chroniques des différentes substances psychoactives sur la santé. Il est l'occasion de dialoguer, de répondre aux éventuelles questions et de rappeler les contacts utiles (associations, numéros dont celui du service).

En 2017, l'équipe a fait appel au centre de soins spécialisé en addictologie du département pour mettre en place un module à l'attention de l'ensemble des managers de l'entreprise.

En plus de repères généraux sur les différents types d'usage et substances, ce module aborde spécifiquement les conduites addictives en milieu professionnel : les déterminants professionnels, le rôle du médecin du travail et surtout le rôle des managers dans le repérage, les attitudes à adopter et à éviter face à un collaborateur en difficulté. Cette séance de sensibilisation est animée par un intervenant en addictologie en collaboration avec le service de santé au travail, à l'attention d'un petit groupe de managers afin de favoriser les échanges. Elle est suivie par une intervention d'un membre du service des ressources humaines qui rappelle le cadre législatif, les dispositions relatives aux consommations de SPA dans le règlement intérieur de l'entreprise, notamment la réalisation de tests de dépistage par l'encadrement.

- Campagnes de sevrage tabagique

Le service de santé au travail organise annuellement une campagne de sevrage tabagique. Pour cela, il fait intervenir un tabacologue membre d'une association qui propose d'abord une réunion d'information collective pour expliquer la démarche à tous les salariés potentiellement intéressés.

Les personnes souhaitant être accompagnées dans le sevrage constituent un groupe qui sera ensuite suivi régulièrement par le tabacologue et une infirmière de l'équipe.

Un questionnaire est remis à chaque participant, explorant l'état de santé (traitement suivi, mode de vie, échelle HAD à la recherche de trouble anxieux ou dépressif), la consommation tabagique (histoire du tabagisme, dépendance avec le test de Fagerström, recherche de consommation associée) et la motivation à l'arrêt (objectif, balance décisionnelle).

Lors de la première séance de groupe, le tabacologue fait un bilan individuel grâce à l'analyse du questionnaire, aux échanges et procède à la mesure du CO expiré. A l'issue de cette séance initiale, une proposition d'aide au sevrage adaptée est faite à chaque participant avec possible prescription de traitement de substitution nicotinique (patches, gommes, cigarette électronique) et/ou orientation vers une consultation (psychologique ou diététique) si besoin.

Le groupe est ensuite accompagné sur plusieurs semaines, chaque séance permettant d'évaluer la consommation tabagique (sevrage ou réduction), les consommations d'autres substances, les difficultés rencontrées, de suivre certains paramètres (poids, sommeil, anxiété...), de répondre aux questions et de créer un moment d'échanges entre les participants. Ils peuvent contacter le tabacologue par téléphone et/ou solliciter l'infirmière de l'équipe tout au long de la démarche.

- Conseils à l'employeur

Les données individuelles issues des visites médicales et entretiens infirmiers donnent lieu à l'élaboration de statistiques (par âge et sexe, statut, ateliers...) anonymes, qui alimentent les réflexions quant aux actions de prévention collective à mettre en place. Ces statistiques sont notamment présentées lors du CHSCT et de la restitution du rapport annuel de l'activité du service médical.

La thématique des conduites addictives donne lieu à des échanges réguliers avec les membres du service des ressources humaines et les représentants du personnel. Une attention particulière est apportée au fait que le rôle de chacun doit être bien défini.

- Echanges avec les autres services médicaux du groupe

L'entreprise appartient à un groupe, les autres sites disposent soit d'un service de santé au travail autonome, soit du suivi par un service inter-entreprise.

Des rencontres régulières sont organisées avec les services de santé au travail des autres sites. Cela permet d'échanger sur les pratiques notamment en matière de prévention des conduites addictives en vue de les homogénéiser.

### 3.4.2. Sur le plan individuel

- Repérage

Toute visite médicale ou entretien infirmier en santé travail est l'occasion d'aborder et d'informer sur la question des conduites addictives.

Le repérage passe par le recueil systématique de la consommation déclarée de SPA (licites et illicites), renseignée dans le dossier médical. S'il y a usage, l'entretien permet de le préciser : occasionnel ou régulier ; simple, à risque ou nocif, voire dépendance.

La majorité des postes étant des postes dits de sécurité, ce repérage clinique est couplé à un dépistage biologique sur échantillon urinaire qui peut être complété par un dépistage salivaire. Ce dépistage est réalisé en toute confidentialité, dans le respect du secret médical, après information et consentement du salarié.

Les motivations qui sous-tendent les consommations sont recherchées, notamment un éventuel lien avec une exposition professionnelle et les conditions de travail. Le vécu au travail est d'ailleurs également systématiquement interrogé avec évaluation du moral général, du stress professionnel ressenti et de la satisfaction globale au poste sur des échelles numériques.

- Prise en charge

Si un trouble de l'usage est repéré, un accompagnement par les membres de l'équipe est proposé au salarié, ainsi qu'une orientation vers le médecin traitant et une structure de soins spécialisés en addictologie. Un protocole écrit a été élaboré pour que les infirmières en santé travail participent à ce suivi.

Si l'usage repéré entraîne un risque sur le plan de la sécurité dans le cadre professionnel, une restriction d'aptitude peut être prononcée sur une durée déterminée, l'employeur n'étant pas informé du motif de la restriction. La situation individuelle du salarié sera réévaluée lors de visite(s) à la demande du médecin du travail pour juger de la possibilité de lever la restriction.

Le maintien au poste peut s'avérer impossible en cas de pathologie addictive. Il y a alors contre-indication temporaire à occuper le poste et le salarié est orienté vers son médecin traitant afin d'obtenir un arrêt de travail et d'initier une prise en charge thérapeutique adaptée. La compatibilité entre l'état de santé et les contraintes liées au poste de travail sera réévaluée par le médecin du travail lors d'une visite de pré-reprise si elle est demandée, sinon lors de la visite de reprise.

## Conclusion

Les conduites addictives constituent un réel problème de santé publique et de santé au travail. Leur prévention en milieu professionnel représente un enjeu de taille, qui figure d'ailleurs explicitement dans le Plan Santé Travail 2016-2020.

Ceci s'explique par le fait qu'usages de substances psychoactives et travail entretiennent des liens complexes : les troubles de l'usage ont des conséquences en termes de sécurité et de performance des organisations de travail ; mais il existe également des déterminants professionnels susceptibles d'initier, favoriser ou renforcer des usages de substances psychoactives, dans un contexte où les travailleurs font face aux exigences du travail et de la performance.

La problématique des conduites addictives concerne tous les acteurs de l'entreprise, qui se doivent de travailler en concertation pour mettre en place une prévention primaire pertinente et efficace. Cette ambition nécessite une prise de conscience collective, une levée de tabou et la définition du rôle de chacun, afin de s'inscrire dans une réelle logique préventive et non répressive. La thématique des substances psychoactives reste un sujet sensible dont l'abord est facilité par une collaboration étroite entre les différents acteurs de l'entreprise et le service de santé au travail.

L'équipe pluridisciplinaire en santé au travail, coordonnée par le médecin du travail, a en effet toute légitimité pour agir et occuper un rôle central dans cette démarche, de par son rôle de conseiller auprès de l'employeur, des salariés et de leurs représentants. Les actions de « prévention de la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail » sont d'ailleurs explicitement mentionnées dans les missions des services de santé au travail.

L'étude du milieu de travail par l'équipe pluridisciplinaire permet d'explorer la dimension collective pour analyser les facteurs des conduites addictives au-delà des problématiques personnelles afin de promouvoir un environnement de travail favorable à la santé.

Le suivi des salariés par les professionnels de santé de l'équipe permet d'agir à l'échelle individuelle par la pratique du repérage et l'initiation d'une prise en charge adaptée en collaboration avec les intervenants extérieurs spécialisés. Pour cela, il apparaît indispensable que médecins du travail et infirmiers soient formés en addictologie, notamment à la démarche préventive de Repérage Précoce et Intervention Brève.

Enfin, pour faciliter leur action sur la question des conduites addictives, on peut se féliciter que des recommandations pour la pratique clinique à destination des médecins du travail aient vu le jour. Si le champ des recommandations actuelles comprend le repérage clinique, le dépistage biologique et la gestion des troubles comportementaux aigus liés à la consommation de SPA, il serait toutefois intéressant que de futures recommandations soient élaborées spécifiquement dans le domaine de la prévention primaire.

A l'avenir, il est souhaitable que les services de santé au travail participent à poursuivre les recherches sur les liens entre conduites addictives et milieu professionnel, en agissant comme des cliniciens du travail, des scientifiques en quête de déterminants collectifs objectifs qui interagissent avec des comportements individuels.

Il serait également pertinent d'élargir cette réflexion et cette démarche à la prévention des conduites addictives sans substance.

## Bibliographie

1. Sous la direction de Reynaud M, Karila L, Aubin H-J, Benyamina A. *Traité d'Addictologie*. - (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Editions Lavoisier Médecine Sciences Publications, 2016. - 944 p. - (Collection : Traités)
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. - (fifth edition), 2013.
3. Burcoveanu T, *Workaholisme : état des connaissances*. INRS, *Références en santé au travail*, 2014, n°139, pp 143-151.
4. Gorwood P, Le Strat Y, Ramoz N. *Le concept des addictions sous l'angle de la génétique*. *Psychotropes*, 2008, Vol. 14, pp 29-39.
5. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014*. OFDT *Tendances*, 2015, n°99, 8 p.
6. INSERM. *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*. Rapport. Paris : Les éditions INSERM, 2012. – 586 p. – (Expertise collective)
7. Beck F, Guignard R, Haxaire C, Le Moigne P. *Les consommations de médicaments psychotropes en France*. *La santé en action*, 2014, n°427, pp 47-49.
8. Goullé J-P, Morel F. *Addictions en milieu professionnel*. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, 2017, 15 p.
9. Beck F, Guignard R, Léon C, Ménard C, Richard J-B. *Usage de substances psychoactives et milieu de travail*. *La santé en action*, 2013, n°425, pp 42-44.
10. Decorte T. *The Taming of cocaine : Cocaine Use in European and American Cities*. Brussels : VUB University Press, 2000.
11. Palle C. *Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel*. OFDT, *Note de synthèse*, 2015, 13 p.
12. INSERM. *Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance*. Rapport. Paris : Les éditions INSERM, 2003. – 536 p. – (Expertise collective)
13. Laumon B et al. *Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM)*. OFDT, *Analyse épidémiologique*, 2011, 166 p.
14. OFDT. *Impact des consommations de substances psychoactives sur le travail : le regard des dirigeants, des responsables de Ressources humaines et des représentants du personnel/syndicats*. OFDT, *Note de synthèse*, 2015, 6 p.

15. Negura L, Maranda M-F, Genest C. La consommation de substances psychoactives en lien avec le travail : l'impératif d'adapter les services aux causes réelles, dans L'intégration des services en toxicomanie. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2012. – 288 p. - (Collection : Toxicomanies)
16. Niezborala M, Lapeyre-Mestre M, Ngoundo-Mbongue T, et al. Conduite dopante en milieu professionnel : étude auprès de 2106 travailleurs de la région toulousaine. Communication orale aux Journées nationales de médecine et de santé au travail, Lyon, 31 mai 2006
17. Comité Consultatif National d'Éthique. Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection. CCNE, 2011, avis n°114, 28 p.
18. Krippeler S, Kittel F. Toxicomanies en milieu professionnel : prévalence de l'usage de substances psychoactives et sa relation avec le poste de sécurité et le stress. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2011, Vol. 72, n° 2, pp 181-188.
19. Labat L et al. Prevalence of psychoactive substances in truck drivers in the Nord-Pas-de-Calais region (France). Forensic Science International, 2008, Vol. 174, pp 90-94.
20. Leclerc A, Zins M, Bugel I, Chastang J-F, David S et al. Consommation de boissons alcoolisées et situation professionnelle dans la Cohorte GAZEL (EDF-GDF). Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail, 1994, Vol. 55, n°7, pp 509-517
21. Virtanen M et al. Long working hours and alcohol use : systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. BMJ, 2015
22. Cadet-Taïrou A et al. Drogues et usages de drogues en France : état des lieux et tendances récentes 2007-2009. OFDT, Neuvième édition du rapport national du dispositif Trend, 2010, 281 p.
23. Reynaud-Maurupt C, Hoareau E. Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers cachés. OFDT, 2010, 274 p.
24. Fontaine A, Fontana C. Drogues, activité professionnelle et vie privée - Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel. OFDT, 2003, 166 p.
25. Serre F, Denis C, Fatséas M, Auriacombe M. Santé, travail et addiction. Le Courrier des addictions, 2012, Vol. 14, pp 22-23.
26. Niedhammer I et al. Workplace bullying and psychotropic drug use : the mediating role of physical and mental health status. The annals of occupational hygiene, 2011, Vol. 55, pp 152-163.
27. ISTNF. Enquête santé travail apprentissage. Résultats du volet addictions et travail. ISTNF, 2013, 40 p.

28. Penneau-Fontbonne D, Dano C, Lacave-Oberti N et al. Conduites addictives et milieu du travail, dans *Traité d'Addictologie*. - (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Editions Lavoisier Médecine Sciences Publications, 2016. - 944 p. - (Collection : Traités)
29. Lutz G, Cleren P. Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel ; Interactions conduites de consommation / travail ; Déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou de renforcer les consommations de SPA. *Alcoologie et Addictologie*, 2013, Tome 35, n°3, pp 261-271
30. Lutz G. Les fonctions professionnelles des consommations de substances psychoactives, dans l'ouvrage collectif *Se doper pour travailler*. Editions Eres, 2017. – 348 p. – (Collection : Clinique du travail)
31. Article L4622-2 du Code du travail. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006903352&dateTexte&categorieLien=cid>
32. Plan Santé au Travail 2016-2020. Disponible : <https://travailemploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>
33. HAS. Le dossier médical en santé au travail. Recommandations de bonne pratique, 2009. Disponible : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-03/rbpp-dossier\\_medical\\_en\\_sante\\_au\\_travail\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-03/rbpp-dossier_medical_en_sante_au_travail_-_recommandations.pdf)
34. SFA, SFMT. Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. *Alcoologie et Addictologie*, 2013, n°35, pp 61-92.
35. Conseil d'Etat, décision 394178, 5 décembre 2016. Disponible : <http://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2016-12-05/394178>
36. Hache P. Pratiques addictives et évaluation des risques professionnels : comment inscrire ce risque dans le document unique ? INRS, *Références en santé au travail*, 2017, n°150, pp 113-115.
37. Durand E, Gayet C, Laborde L et al. Conduites addictives et travail. INRS, *Documents pour le médecin du travail*, 2008, n°115, pp 339-362.
38. Ménard C, Richard J-B, Gillet C, Dano C. Enquête « médecins du travail », dans *Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés*. INPES, 2012. – 192 p.- (Collection : Etudes santé).

39. Toulouse C. Freins et leviers pour la prévention des conduites addictives en santé au travail : étude qualitative auprès de médecins, infirmiers et préventeurs en Occitanie. 188 p. Thèse de médecine : Toulouse : 2018 ; n° 2018 TOU3 1645
40. Charon F, Van Woensel G. Le déni : un symptôme de l'alcoolisme. Revue de la Médecine Générale, 2000, n° 170
41. Gache P. Prise en charge du patient alcoolodépendant : préjugés et contre-attitudes. Revue Médicale Suisse, 2000, Volume-4.20815.
42. HAS. Outils d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève, 2014. Disponible : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil\\_rpib\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf)
43. Michaud P, Kunz V, Demortière G et al., Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Evolutions, 2008, n°14, 6 p.

## Annexes

### Annexe 1

**Les facteurs professionnels retentissant sur les conduites de consommation de SPA [Lutz, 2012] : 6 classes de déterminants pouvant initier, favoriser ou renforcer l'usage de SPA**

1.Disponibilité et offre des produits liées au milieu professionnel	<i>offre d'alcool sur le lieu de travail, métiers de production, de vente ou de contrôle liés aux produits psychoactifs, métiers de la santé</i>
2.Pratiques culturelles et socialisantes	<i>genre du métier, habitudes conviviales, relation hiérarchique, bizutage, image de marque, réseau, démarche commerciale, cohésion d'équipe, âge, ancienneté</i>
3.Précarité professionnelle	<i>statut, rémunération, image de marque du métier, évolution professionnelle, reclassement, formation, projet d'entreprise peu clair</i>
4.Tensions psychiques	<i>conflit, souffrance, isolement, désœuvrement, anxiété, vigilance, activités interrompues, charge émotionnelle, manque d'expérience, mésestime de soi, exclusion, surinvestissement, manque de reconnaissance, âge, perte de sens, injonction contradictoire, écueil éthique, usure mentale</i>
5.Pauvreté des liaisons sociales	<i>absence de reconnaissance, manque de soutien, isolement, relations hiérarchiques atomisées, opacité managériale, manque de soutien syndical, manque de temps de transmission, manque de réunion de travail, absence de supervision, absence de débats professionnels, absence d'évolution professionnelle, absence ou excès de contrôle, exclusion, désinsertion sociale</i>
6.Tensions physiques	<i>temps de travail, horaires atypiques, gardes, activité répétitive, intensité des gestes, bruit, odeurs, chaleur, douleur, TMS, âge</i>

## Annexe 2 : Exemple de fiche de constat en cas de trouble du comportement aigu

### Exemple de Fiche de Constat

Nom : ..... Entreprise : .....

Prénom : ..... Poste de travail : .....

#### Descriptif de l'état anormal

*(Présence de plusieurs critères convergents)*

- Difficultés d'élocution
- Gestes imprécis
- Propos incohérents
- Troubles de l'équilibre
- Désorientation
- Agitation
- Agressivité
- Somnolence
- Haleine alcoolisée

#### Prise en charge

- Appel
  - 15 ou 112 – SAMU
  - 17 – Police ou Gendarmerie
  - Médecin de ville
- Suivi
  - Maintien en entreprise
  - Évacuation

#### Évacuation

- Retour à domicile  
*(si présence d'un tiers au domicile)*
  - Par la famille
  - Par un proche extérieur à l'entreprise
- Hospitalisation
  - SAMU
  - Ambulance adressée par le SAMU

Constat effectué le : (date/heure)
Par : (nom/fonction)
Lieu : (précis)
Témoïn(s) éventuel(s) : (nom/fonction)

Fiche à transmettre post-ivo :

- + Au médecin du travail
- + Au responsable du personnel
- + Au salarié concerné

**NE PAS UTILISER CETTE FICHE A DES FINS REPRESSIVES**

## Annexe 3 : Test de Fagerström



**tabac-info-service.fr**  
Quand les cigarettes, elles vous manquent d'arrêter

### ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">fagerstrom1</div> Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
<b>Total</b>		

### DE FAÇON GÉNÉRALE, VOICI COMMENT INTERPRÉTER LE SCORE OBTENU PAR VOTRE PATIENT :

#### SCORE DE 0 À 2 :

Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Si toutefois le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux (jeter les cendriers, boire un verre d'eau...). Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89.

#### SCORE DE 3 À 4 :

Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...) vous pouvez éventuellement lui conseiller de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...). Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien.

#### SCORE DE 5 À 6 :

Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements 

fagerstrom2

 logiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Vos conseils ~~seront utiles~~ pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

#### SCORE DE 7 À 10 :

Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varenicline). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

## Annexe 4 : Questionnaires AUDIT et FACE

Le questionnaire AUDIT fait référence aux **12 derniers mois de la vie de la personne.**

Questions	0	1	2	3	4
1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous ?	Jamais	1 x/mois ou -	2 à 4 x/mois	2 à 3 x/sem.	4 x ou +/sem.
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou +
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les douze derniers mois		Oui, au cours des douze derniers mois
10. Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	Non		Oui, mais pas dans les douze derniers mois		Oui, au cours des douze derniers mois
Score total					

**Interprétation :** - Consommation à risque si le total est entre 6 et 12 pour une femme  
 - Consommation à risque si le total est entre 7 et 12 pour un homme  
 - Dépendance probable si le total est supérieur à 12

### Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

#### 1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**

#### 2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**

#### 3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

#### 4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

#### 5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

#### Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)

Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 ; **renforcement des conduites favorables à la santé**

Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 ; **intervention brève**

Dépendance probable : H et F plus de 8 ; **proposer une consultation d'addictologie**

## Annexe 5 : Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test), OFDT

Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation.

### Au cours des 12 derniers mois :

	Oui	Non
1 Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?		
2 Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?		
3 Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?		
4 Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?		
5 Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?		
6 Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ?		
<b>TOTAL</b>		

### Interprétation :

- Deux réponses positives au test doivent vous amener à vous interroger sur les conséquences de votre consommation.
- Trois réponses positives ou plus doivent vous amener à demander de l'aide.

---

## **Interactions entre conduites addictives et milieu professionnel Quels moyens d'action pour le service de santé au travail ?**

---

### RESUME EN FRANÇAIS :

Les interactions entre conduites addictives et milieu professionnel ne sont pas univoques. Les usages de substances psychoactives peuvent avoir des conséquences en termes de sécurité et de performance, mais il existe également des facteurs professionnels susceptibles d'influencer les conduites addictives. Le service de santé au travail a toute légitimité pour agir sur cette problématique et participer à la mise en place d'une démarche de prévention collectivement partagée dans l'entreprise, dans le respect du rôle et des responsabilités de chacun. La pluridisciplinarité permet au service de santé au travail de faire preuve d'une expertise collective et d'intervenir de manière préventive sur les usages de substances psychoactives en milieu professionnel, tant au niveau collectif que sur le plan individuel.

---

### TITRE EN ANGLAIS :

Interactions between addictive behaviors and the professional environment  
What means of action for the occupational health service ?

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : conduites addictives, prévention, services de santé au travail, médecin du travail, équipe pluridisciplinaire, RPIB

---

### 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

---

Directrice de thèse : Dr Lise LAFFERAYRIE