

ÉPREUVE N° 11



CONCOURS INTERNE D'INGÉNIEUR EN CHEF TERRITORIAL

SESSION 2013

Analyse d'un document

Option : Sécurité du travail

EPREUVE N° 11

Durée : 4 h

Coefficient : 4

SUJET :

Le Conseil Général de X compte 1.850.000 habitants et 5.200 agents dont 450 non permanents. Outre les compétences obligatoires, action sociale (RSA, protection infantile, personnes âgées, personnes en situation de handicap,...), entretien des collèges et des routes départementales, actions dans la pierre et l'habitat, actions dans l'environnement (eau, boues de stations d'épuration, déchets, espaces naturels,), la gestion de son parc immobilier, les actions vers la jeunesse, l'éducation et le sport, le développement économique, l'aide aux associations et aux collectivités, le département intervient également de manière volontaire dans des actions spécifiques.

Il intervient notamment dans la gestion d'un plan d'eau et d'une station de ski pour permettre à ses habitants l'accès à la voile et au ski (le département étant situé loin de la mer et de la montagne). Il gère également en régie directe six musées dédiés à l'identité du Département notamment pour son histoire, son industrie et son terroir. Enfin, il gère également en régie directe, cinq châteaux, dont un reconnu au niveau international. Les agents du Département sont répartis sur 283 sites (dont 102 collèges) sur l'ensemble du territoire.

Le département est organisé autour d'une administration centrale et d'organisations territoriales.

Organisation centrale :

- La direction générale
- Le Pôle de l'action sociale
- Le Pôle de l'aménagement
- Le Pôle de l'éducation et de la jeunesse.

Organisation territoriale :

Des représentants et des personnels de chaque Pôle sont regroupés dans neuf territoires répartis sur l'ensemble du Département.

Les données du bilan social du Conseil Général de X de l'année précédente, confirment quelques craintes déjà signalées et alertent la collectivité (CHS, Direction Générale, Médecine préventive du travail,...) sur plusieurs accidents ou incidents graves qui se sont produits lors de l'exercice écoulé :

- Un chauffeur de camion en service hivernal qui s'est endormi au volant sous l'effet de médicaments. Bilan : Le conducteur du camion est décédé dans l'accident.
- 3 suicides de personnels de la collectivité, dont un sur le lieu de travail, les personnes décédées étant sous l'emprise de médicaments.
- Un pot de départ à la retraite célébré dans un service de la collectivité et qui s'est terminé avec un accident de voiture avec 3 personnes blessées, le conducteur et ses 2 passagers, à la sortie de l'évènement.
- Des produits stupéfiants retrouvés dans les locaux techniques de 2 agents de collègues.

D'autres cas sont également cités.

La question des conduites addictives et du travail a fait l'objet d'une très longue discussion au dernier Comité d'hygiène et de sécurité entre les différentes parties présentes. Après avoir écouté le rapport du bilan social, avoir demandé des précisions détaillées sur les différents points évoqués, écouté les représentants syndicaux et les directeurs ou chefs de services concernés, la Direction Générale s'est dite préoccupée par les cas cités et leur gravité. En concertation avec les parties prenantes et dans le cadre de son obligation de sécurité vis-à-vis de ses employés, la Direction Générale a annoncé qu'elle allait proposer un plan d'action pour prévenir ces addictions au travail pour le prochain CHS.

Question 1

Le DGS vous demande de lui établir un rapport sur la problématique de l'addiction et le travail à partir du dossier joint.

Question 2

Il souhaite également de votre part des propositions sous forme d'un plan d'actions visant à la prévention et à la maîtrise de l'addiction dans ses différentes formes (médicaments, tabac, alcool, drogue, ...) sur le lieu de travail.

Barème de notation :

- Compte rendu critique de l'analyse : 8 points
- Orientations prospectives : 10 points
- Lisibilité et cohérence du document : 2 points

DOCUMENTS JOINTS

Document n° 1	Extraits du Code du Travail – Mise à jour du volet juridique 2011	Page 4
Document n° 2	Conduites addictives et travail – Dossier médico-technique INRS – 3 ^{ème} trimestre 2008	Page 6
Document n° 3	Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail Dossier pratiques et déontologie – INRS – 3 ^{ème} trimestre 2004	Page 30
Document n° 4	Drogues illicites et risques professionnels – Assises nationales, Paris, 25 juin 2010 – Dossier notes de congrès – INRS – 4 ^{ème} trimestre 2010	Page 44

NOTA :

- 2 points seront retirés au total de la note sur 20 si la copie contient plus de 10 fautes d'orthographe ou de syntaxe.
- **Les candidats ne doivent porter aucun signe distinctif sur les copies** : pas de signature (signature à apposer uniquement dans le coin gommé de la copie à rabattre) ou nom, grade, même fictifs. Seuls la date du concours et le destinataire, (celui-ci est clairement identifié dans l'énoncé du sujet) sont à porter sur la copie.
- Les épreuves sont d'une durée limitée. Aucun brouillon ne sera accepté, la gestion du temps faisant partie intégrante des épreuves.
- Lorsque les renvois et annotations en bas d'une page ou à la fin d'un document ne sont pas joints au sujet, c'est qu'ils ne sont pas indispensables.

1.4. ►► Dispositions propres à l'alcool et à l'usage de stupéfiants

► Les dispositions propres à l'alcool

■ Le principe : interdiction sur le lieu de travail

Dans le Code du travail- article R4228-20 – Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail

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

■ Pour les personnes en état d'ivresse, l'alcotest ne peut être utilisé pour constater, sanctionner une faute mais pour prévenir ou faire cesser une situation dangereuse.

■ **L'interdiction par l'entreprise peut être étendue à toute boisson alcoolisée** à l'intérieur même de l'entreprise dans son intérêt.

■ Depuis le 1er juillet 2012, **tout conducteur d'un véhicule terrestre à moteur doit disposer d'un éthylotest à bord de son véhicule**. Cette mesure est générale et vise à ce que chaque conducteur s'auto contrôle. Le conducteur est sanctionné en cas de non respect . Cette obligation, bien que ne l'obligeant pas directement, concerne l'employeur en ce qu'il peut agir en matière de prévention, d'équipements et de contrôles possibles dès lors qu'ils sont intégrés dans les dispositifs préventifs et réglementaires de l'entreprise.

► Les stupéfiants

■ Un usage interdit par la loi.

L'absorption, habituelle ou occasionnelle, individuelle ou collective, de produits prohibés au titre de la lutte contre la drogue est interdite (article L. 3421 du Code de la Santé publique). Elle est réprimée pénalement.

En conséquence, il n'y a pas de dispositions particulières dans le Code du travail. En revanche en raison de la dangerosité croissante constatée du fait de l'usage de drogue par les conducteurs, , il a été introduit dans le Code de la route, **de fortes peines** pour les personnes qui conduisent sous l'emprise de substances stupéfiantes. Voir en particulier les articles L. 335-14 et suivants du Code de la route.

■ Tous les stupéfiants ayant des effets sur la vigilance ou sur l'appréciation des risques, rien ne s'oppose donc à ce que le chef d'entreprise insère des articles dans le règlement intérieur prohibant de façon absolue l'introduction ou la consommation de ces substances.

■ Complexité d'un contrôle

Ce problème est tout aussi complexe sinon plus que celui de la consommation d'alcool, il est proche également de celui des effets secondaires ou contraires dus à la prise de médicaments. A moins de constater la consommation flagrante du produit, la réalité de la consommation ne peut être établie. La fouille ne peut être envisagée, puisqu'elle outrepasserait les droits de l'employeur. Si l'état d'ivresse manifeste permet de soustraire le salarié d'une situation dangereuse, il n'en est rien pour l'usage de stupéfiant. Le CSPRP (*Conseil Supérieur de Prévention des Risques Professionnels*) admet néanmoins qu'il existe des activités pour lesquelles l'usage de drogue peut créer des risques, soit pour ceux qui exercent ces activités, soit pour d'autres salariés de l'entreprise, soit pour des tiers, pour lesquels la détermination de l'aptitude des salariés peut comporter un dépistage de la toxicomanie.

Dès lors, le dépistage devient possible par le médecin du travail selon les articles R 4624-25 et R 4624-26 du Code du Travail.

Jusqu'il y a peu, il n'existait pas de test de dépistage fiable et simple pouvant être utilisé par un non médecin, de plus, la rémanence dans le corps de ces substances se fait souvent dans le temps. Une positivité peut marquer une consommation déjà ancienne, voire une consommation passive.

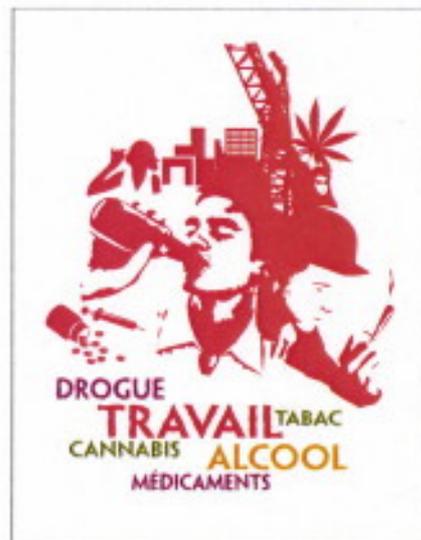
Aussi, un décret du 30 juillet n°2008-754/ JO du 1 août 2008 apporte la solution en autorisant le dépistage par prélèvement de salive (plus simple, plus rapide) En effet, lors du Comité interministériel de la sécurité routière (CISR) du 13 février 2008, il a été rappelé la nécessité de renforcer la lutte contre les risques liés à l'alcool et aux stupéfiants. Le CISR a décidé d'instaurer une peine complémentaire obligatoire de confiscation du véhicule en cas de récidive de conduite sous l'influence de stupéfiants. Le juge ne pourra y déroger que par une décision spécialement motivée.

Les articles R.235-3, R.235-4 et R.235-12 du Code de la Route ont été modifiés afin de permettre aux forces de l'ordre le dépistage de l'usage de produits stupéfiants au volant à l'aide de tests salivaires, sans nécessité la présence du corps médical

Conduites addictives et travail

Cet article tente de répondre aux questions qui se posent au sujet des addictions en milieu de travail. Après un rappel des différents types d'addictions, un état des lieux en entreprise est fait. Le cadre juridique est abordé ainsi qu'une description des mesures de prévention qui peuvent être mises en œuvre.

Le terme addiction, d'apparition relativement récente, a remplacé peu à peu celui de toxicomanie. L'histoire de l'usage de substances psychoactives permet de comprendre en partie ce glissement sémantique. Elle est brièvement développée en annexe 1 [1].



© EVA MINIER / INRS

En résumé

L'addiction se caractérise par la dépendance, c'est-à-dire l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives. Une conduite addictive peut être liée à des produits (alcool, tabac, drogues ou substances psychoactives) ou non (workaholisme notamment).

Les problèmes posés par des consommations occasionnelles ou répétées de substances psychoactives (alcool, cannabis, médicaments...) sont préoccupants pour les entreprises françaises. En effet, ces consommations peuvent mettre en danger la santé et la sécurité des salariés, et notamment être à l'origine d'accidents du travail (modification de la perception du risque et/ou prise de risque, perte d'attention ou de vigilance, mise en danger du salarié lui-même ou de ses collègues...).

La prévention et la prise en charge des addictions est donc nécessaire dans les entreprises. La prévention repose sur la mise en place d'une démarche collective. Il faut notamment aboutir à un protocole accepté par tous dans l'entreprise précisant, quand survient une situation où il y a danger, les modes d'intervention, les moyens à mettre en œuvre, les limites et les rôles de chacun sur les points suivants : dépistage, suivi, prise en charge, retrait ou maintien au poste...

Les addictions aux substances psychoactives sont responsables en France de plus de 100 000 décès évitables⁽¹⁾ par accident et par maladie dont près de 40 000 par cancer. Elles interviennent dans 30 % de la mortalité précoce (avant 65 ans) et sont donc fortement dommageables à une population active. Selon l'Observatoire français des drogues et

des toxicomanies [2, 3] : 9,7 millions de personnes consomment régulièrement⁽²⁾ de l'alcool, 11,8 millions du tabac, 3,8 millions des médicaments psychotropes et 1,2 million du cannabis. Face à cette situation, plusieurs réponses politiques concernant les addictions ont vu le jour. La loi du 31 décembre 1970 [4] récemment modifiée [5] définit, avec ses volets répressifs et thérapeutiques (injonction thérapeutique), le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la toxicomanie. L'évolution récente de la réglementation (cf. *Cadre juridique*) témoigne d'un renforcement de la volonté de réprimer la consommation de substances psychoactives.

Des plans de lutte contre les addictions ont également été mis en place pour répondre de façon globale à ce problème de santé publique majeur, notamment en ce qui concerne la prévention :

- Le Plan gouvernemental addiction 2007-2011 [6] a pour objectifs de renforcer et coordonner les dispositifs existants et de développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge (prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social). La formation des médecins du travail à cette problématique est explicitement envisagée dans ce plan.

- Le nouveau plan de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) vient d'être publié [7].

Alors que les professionnels de la santé publique se sont emparés depuis de nombreuses années de la notion de toxicomanie puis d'addiction, dans le monde de l'entreprise, la prise de conscience des phénomènes d'addictions est relativement récente. L'article L. 4622-3 du Code du travail [8] précise en effet que « le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé ». Des ré-

E. DURAND*, C. GAYET** L. LABORDE***, C. VAN DE WERDT****, E. FRIGES*****

* Département Études et assistance médicales, INRS

** Service juridique, INRS

*** Département Produits d'information, INRS

**** Département Homme au travail, INRS

***** Doctorant en Sciences politiques (pour l'annexe)

(1) Par décès évitables sont entendus ceux dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau.

SOURCE : « Plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions », ministère de la Santé et des Solidarités.

(2) Le terme régulièrement s'applique à l'ensemble des chiffres donnés et signifie 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours.

inrs

Documents pour le Médecin du Travail
N° 115
3^e trimestre 2008

339

flexions [9] ont cependant été menées notamment au sujet du dépistage des toxicomanies et de leurs conséquences sur l'aptitude au travail. Elles ont abouti à une circulaire au début des années 90 [10]. Cette circulaire rappelle les conditions et le cadre dans lequel le dépistage doit être effectué. Un article consacré à cette question a été publié dans un numéro précédent des *Documents pour le Médecin du Travail (DMT)* [11], le lecteur est invité à s'y reporter.

L'objectif de cet article est de faire le point sur les différents types d'addictions, de participer à la poursuite des réflexions entamées [12, 13], de dresser un état des lieux de la question en entreprise, de rappeler le cadre juridique et de proposer une démarche de prévention des addictions (et consommations) en entreprise.

Concepts et définitions

L'addictologie étudie les pratiques de consommation et les conduites addictives dans le cadre d'une approche globale. Elle vise à comprendre les mécanismes d'acquisition de la dépendance et s'intéresse en particulier aux déterminants biologiques, psychologiques et sociaux (y compris vie professionnelle). Son objectif est également de réfléchir aux traitements possibles et à la prévention ainsi qu'aux conséquences sociales et économiques de ces dépendances. La classification internationale des maladies (CIM 10) distingue l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance qu'elle soit physique ou psychique (*encadré 1*). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il existe six critères diagnostiques de la dépendance [14] :

- désir impératif ou sensation de compulsion ;
- difficulté à contrôler la prise ou le comportement ;
- présence d'un état de sevrage physiologique en cas d'arrêt ou de diminution de la consommation ;
- présence de signes de tolérance à la substance, par exemple, l'augmentation nécessaire de la dose pour obtenir les effets produits initialement par une dose plus faible ;
- perte progressive d'intérêt pour d'autres plaisirs ou activités ;
- poursuite de l'usage de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives.

Si au moins trois de ces critères sont présents, il s'agit d'une dépendance. Il faut également que les symptômes du trouble aient persisté au moins un mois, ou soient survenus de façon répétée sur une période prolongée.

De plus en plus, les spécialistes des addictions estiment qu'il est nécessaire de gérer l'ensemble des consommations de produits psychoactifs ou les comportements pouvant mener à une addiction (ou dé-

ENCADRÉ 1

Usage, abus et dépendance

Usage

L'usage est la consommation du produit occasionnelle ou régulière. Cet usage peut comporter ou non des risques pour la santé.

Abus (ou usage nocif)

L'abus (utilisation nocive pour la santé) est un mode de consommation d'une substance psychoactive préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Dépendance

La dépendance (ou syndrome de dépendance) est représentée par l'ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre de la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette substance, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

pendance) ceci, avant que celle-ci ne survienne. Il existe plusieurs théories concernant les facteurs qui peuvent amener à une addiction. Ces facteurs « explicatifs » sont développés dans l'*encadré 2*.

Les différents types de conduites addictives

Actuellement, plusieurs types d'addictions (ou de consommation) sont décrits : des addictions provoquées par des produits et des addictions comportementales.

ADDICTIONS AVEC PRODUITS

Les effets et risques liés aux produits (ou substances psychoactives) ont été détaillés dans un article précédent paru dans les *DMT* [11]. Ils sont résumés briève-

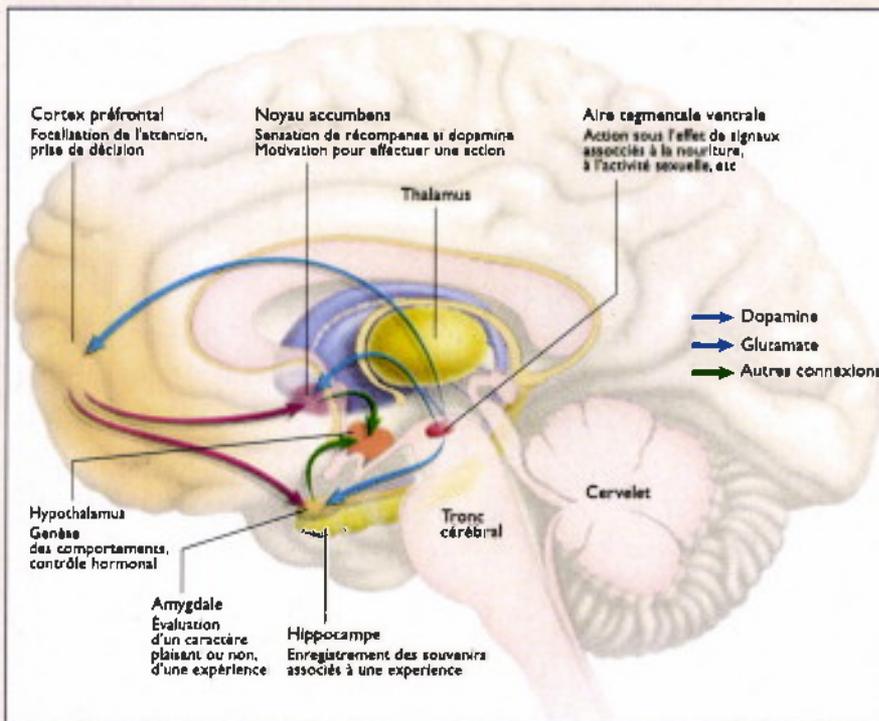
Facteurs explicatifs et mécanismes d'action des substances psychoactives

Une addiction peut faire suite à une simple curiosité, à une recherche de plaisir instantané ou à un besoin de faire diminuer rapidement malaises, angoisses ou tensions internes ressenties. La rencontre entre un individu et un produit/comportement, à un instant particulier de la vie, peut ensuite entraîner l'individu dans un engrenage le rendant « esclave ». Les raisons qui expliquent ce basculement vers la dépendance ne sont pas aisées à déterminer mais un certain nombre de vulnérabilités (biologiques, psychiques et sociales) joueraient un rôle, par exemple l'histoire personnelle, l'environnement social, familial, privé et professionnel.

Vulnérabilité biologique

La vulnérabilité biologique est basée sur le système de récompense (qui dépend de structures cérébrales). Il est déclenché via l'appareil sensoriel (manger, boire...). Les produits psychoactifs viennent court-circuiter ce système en l'activant directement.

Le circuit de récompense



Le système de récompense se trouve au centre de la réalisation des besoins vitaux. Plusieurs aires cérébrales sont impliquées, notamment l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens (reliés par des neurones dopaminergiques). Les autres aires impliquées sont « connectées » par des neurones qui libèrent de la dopamine et d'autres neuromédiateurs (glutamate et autres).

Vulnérabilité psychique

Une vulnérabilité psychique a été relevée chez les personnes dépendantes, qui peut être de différentes natures :

- elle peut être liée aux motivations : attrait de l'inconnu, recherche de plaisir, désir d'enrichir son expérience, etc ;
- elle peut être rattachée à un état de souffrance psychologique. Les personnes dépendantes peuvent être sujettes à l'anxiété, l'angoisse ou la dépression, ou avoir une faible estime de soi. Les conduites addictives seraient un moyen, plus ou moins conscient, de rechercher une sécurité à travers la routine de l'habitude [15] ;
- elle peut provenir de certains événements de vie, notamment défavorables. Par exemple, la proportion d'enfants élevés par d'autres personnes que leurs parents est plus importante chez les usagers de drogues. On note l'existence plus fréquente chez les usagers de drogue que dans la population générale d'un sentiment de rejet pendant l'enfance [16].
- elle peut avoir trait à la prise de risques pendant l'adolescence. Vallée [15] a en effet montré que la

ENCADRÉ 2
(suite)

recherche de sensations fortes amenant à une prise de risque importante par l'individu (généralement adolescent) constitue une des dimensions de l'addiction.

Vulnérabilité sociale

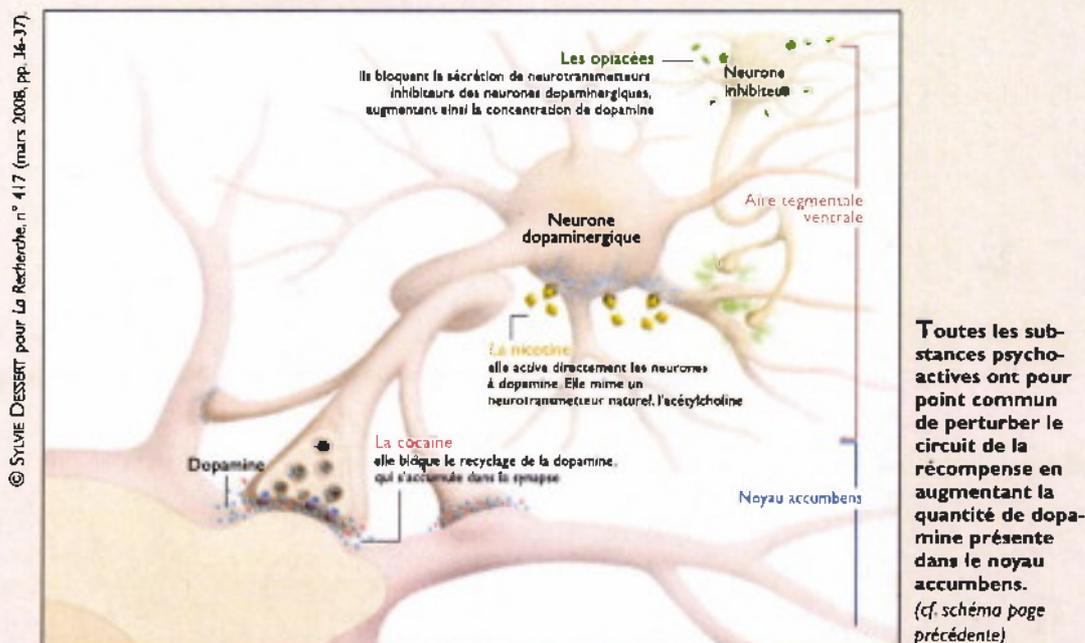
La vulnérabilité sociale concerne les facteurs liés à l'activité professionnelle et les facteurs sociaux.

Des contraintes de travail particulières peuvent conduire à des situations de stress : objectifs fixés trop élevés ou d'efficacité à tout prix, responsabilités trop fortes et difficiles à tenir, relations de travail difficiles ou conflits, exigences de vigilance continue... Les symptômes de stress que les personnes développent peuvent se traduire par des effets au niveau physique (troubles du sommeil, asthénie...), émotionnels (crise de larmes, de nerfs...), intellectuels (oublis, erreurs, problème de concentration...) et/ou comportementaux (agressivité, repli sur soi...). Ces symptômes peuvent amener des personnes à consommer des substances psychoactives ou se traduire par une addiction comportementale.

Certains contextes particuliers de précarité professionnelle (fermeture d'entreprise, plan de restructuration, fusion d'entreprise avec réduction de personnel à la clé, travail temporaire, difficulté de trouver une stabilité professionnelle...) peuvent également être des facteurs favorisants.

Le manque de soutien social, c'est-à-dire de soutien en provenance du contexte professionnel et/ou de l'environnement social et familial, constitue un élément pouvant favoriser une addiction. Par soutien social, on entend la reconnaissance par les pairs et par la hiérarchie, l'entraide au sein d'un collectif de travail, la solidarité dans l'entreprise, la compréhension et l'écoute dans l'environnement professionnel et privé (famille, cercle amical...). Le fait d'avoir du soutien social est reconnu scientifiquement comme un élément permettant de faire diminuer les symptômes chez une personne stressée. Le manque de soutien social, à l'inverse, agit en partie comme facteur aggravant. Pour les addictions, la présence ou non de soutien social est à prendre en considération de la même façon.

Mécanismes d'action des substances psychoactives



ment dans l'**encadré 3**. Rappelons simplement ici que les substances psychoactives listées dans la CIM 10 sont l'alcool, les amphétamines et produits dérivés, la caféine, le cannabis, les hallucinogènes, la nicotine, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, les solvants volatils⁽³⁾. En ce qui concerne la consommation de médicaments psychoactifs (voire la dépendance à ces médicaments) et les risques qu'ils peuvent générer en milieu de travail, le lecteur pourra également se reporter à deux dossiers parus dans des numéros précédents des DMT [17, 18]. En outre, de plus en plus d'auteurs évoquent des conduites dopantes au travail [19, 20, 21] et font référence aux « pilules de la performance ». Selon ces auteurs, ce dopage serait expliqué par la nécessité de répondre à des exigences de plus en plus importantes et le recours « pathologique » à des traitements pour supporter le quotidien. Cette addiction nécessiterait une prise en charge en milieu spécialisé et serait comparable à ce qui est observé pour certains sportifs de haut niveau.

ADDICTIONS SANS PRODUIT

Les addictions sans produit font l'objet d'un développement particulier dans ce dossier car elles n'ont pas été abordées, jusqu'à présent, dans la revue *Documents pour le Médecin du Travail*. Ces addictions sans produit correspondent à des dépendances comportementales (dépendance au travail, technodépendance, dépendance affective...).

Les sujets présentent de nombreux symptômes classiques de dépendance, et notamment : une envie irrésistible du comportement, l'abandon d'autres activités au profit du comportement électivement investi, des conséquences négatives individuelles, familiales, sociales et professionnelles, une sensation de manque, d'anxiété ou de malaise en cas d'interruption du comportement. Dans tous ces cas, le sujet accomplit de manière répétitive et « obligatoire » une séquence comportementale précise.

Workaholisme [22 à 25]

Le « workaholisme », ou « la dépendance au travail », qualifié de mal des temps modernes, serait en passe de concerner de plus en plus de personnes. Tout comme les autres addictions, la dépendance au travail amène les personnes dépendantes à ne penser qu'à cela et donc à agir sur un mode obsessionnel. En outre, elle s'accompagne d'une hâte compulsive les conduisant à travailler pendant les week-ends et les vacances. Il y a accoutumance⁽⁴⁾ lorsque les personnes dépendantes sont insérées dans un processus de « toujours en faire

plus ». L'état pathologique de dépendance auquel il conduit peut avoir des conséquences sur la personne et/ou sur son entourage professionnel ou familial. Il peut être à l'origine de stress, de surmenage, d'épuisement professionnel, voire de pression ou de harcèlement professionnel pour les collaborateurs.

Le terme de workaholisme existe depuis les années 1970. Mais déjà au début du XX^e siècle, la « névrose du dimanche » était décrite par un élève de Freud. Celui-ci avait remarqué que des personnes atteintes de ces troubles souffraient toujours pendant leurs grandes vacances ou leurs congés d'états psychiques plus ou moins pénibles. Cette névrose s'apparente à un certain ennui, rempli d'une certaine tension, en elle-même très fatigante telle qu'elle empêche la personne soit de pouvoir se distraire, soit d'être actif.

Le « workaholique » considère le travail comme le centre de son univers. Il est capable d'y sacrifier le sommeil, la nourriture, l'exercice physique, la famille, les amis et les loisirs. Son obsession est telle que sa santé physique et mentale en est affectée. Il se prend au sérieux, se donne de hauts standards de performance et n'accepte pas facilement la faiblesse. Il lui est difficile de travailler en équipe, son agressivité et son peu de confiance dans les autres le portant à vouloir tout faire seul. Et lorsqu'un travail est terminé, il se sent déprimé ou anxieux.

Le « workaholique » cache souvent une difficulté relationnelle avec l'entourage et avec soi-même. Les personnes dépendantes au travail ont peur de ce qu'elles ressentent et ont donc tendance à fuir. Elles ont peur de l'inactivité, qui les met face à leurs émotions et à leurs angoisses. Elles subissent de fortes tensions internes, et le travail, comme les substances psychoactives pour d'autres, peut les soulager alors temporairement. Ce sont également des personnes en recherche de défis permanents : un travail hyper-sollicitant leur procure dans un premier temps plaisir et satisfaction, mais à terme les rend dépendantes.

Les différentes pressions, provenant de l'environnement de travail, s'exerçant sur le personnel, peuvent favoriser ce type de comportement addictif, par exemple, certains contextes organisationnels d'efficacité à tout prix (culture de l'excellence). Sont également évoqués des objectifs fixés trop élevés ou des contextes particuliers de précarité professionnelle (menace de fermeture d'entreprise, plan de restructuration, fusion d'entreprises avec réduction de personnel, travail temporaire et recherche de stabilité professionnelle...).

Alors que la plupart des dépendances renvoient une image négative, la dépendance au travail fait exception à la règle. Encore aujourd'hui, les « workaholiques » sont perçus comme étant responsables, matures et vertueux. L'entourage considère volontiers qu'ils récoltent les promotions, gagnent beaucoup d'argent, sont respectés par leurs collègues de travail et par leurs supé-

(3) Le lecteur pourra également se reporter au dossier « lutter contre le tabagisme en entreprise » (www.inrs.fr) ainsi qu'au dossier « Addictions et travail » (*idem*).

(4) Définition de l'accoutumance : L'accoutumance ou tolérance est un processus d'adaptation de l'organisme à un stimulus extérieur, un environnement nouveau ou un produit.

ENCADRÉ 3

Principaux effets des substances psychoactives		
Type de substance	Nom ou famille	Principaux effets et risques
Substances autorisées	Tabac	<ul style="list-style-type: none"> - Cancers du poumon, de la vessie, de l'appareil digestif et de la sphère ORL - Bronchite chronique - Asthme - Pathologies cardiovasculaires...
	Alcool (éthanol)	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de vigilance et des réflexes - Ébriété, perte de contrôle avec passage à l'acte violent, accidents du travail et de la route - Coma éthylique en cas d'absorption massive - À long terme, cirrhose du foie, cancer de l'œsophage et atteintes d'autres organes (notamment le système nerveux central et périphérique)
	Médicaments (anxiolytiques, somnifères, anti-dépresseurs...)	Variables suivant la classe médicamenteuse (sommolence, modifications du comportement, troubles de la mémoire, troubles des capacités motrices...)
Substances illicites	Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - État ébrieux (altérations de la vigilance, excitation) - Modifications de l'humeur - Troubles des perceptions (vue, ouïe...) - Hallucinations visuelles, auditives et corporelles - Effet cancérogène avéré (voies aérodigestives supérieures et appareil respiratoire) - Troubles psychiatriques
	Autres drogues (cocaïne, opiacés, ecstasy...)	Variables suivant les produits (hallucinations, troubles psychiatriques, accidents cardiaques, violence, baisse de la vigilance, troubles respiratoires, infections virales ou/et bactériennes...)

rieurs. La réalité semble pourtant tout autre. Cette dépendance « propre » qui suscite souvent l'admiration peut avoir des conséquences graves. Dans sa forme extrême, elle peut conduire à une mort par le travail (ou « karoshi »). Ce phénomène, décrit initialement au Japon⁽⁵⁾, correspond à la mort subite par crise cardiaque d'une personne sur son lieu de travail, ayant exercé une activité de travail de plus de 24 heures sans discontinuité.

Un « travailleur achamé » se distingue clairement d'un « workaholique ». En effet, le premier prend tous les moyens nécessaires pour accomplir son travail (longues heures passées au bureau voire heures supplémentaires), mais les buts et les délais sont clairement définis. Lorsque le travail est accompli, le travailleur achamé décroche facilement et il se garde du temps pour sa famille et ses amis.

(téléphone, PAD, agenda électronique...), à la télévision, aux jeux vidéo, au baladeur MP3... pour ne citer que ceux-là. Ces « cyberdépendances » ont suivi les progrès de la société et du monde du travail. En outre, il n'est pas rare que le technodépendant nourrisse d'autres dépendances.

L'usage professionnel des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) s'est imposé dans les entreprises, bouleversant les habitudes de travail. Les outils technologiques se sont non seulement étendus et généralisés, mais ils se sont également rendus incontournables : échanges de données, recherche d'informations, messagerie électronique, outils de gestions et de transactions commerciales, formation à distance... Les NTIC apparaissent comme des outils d'aide à la réalisation de certaines tâches, permettant aussi et surtout de faire gagner du temps. Mais ce temps *a priori* économisé peut vite être « rattrapé » par une utilisation de ces outils inadéquate et/ou abusive. Les salariés consacrant une part croissante de leur temps de travail à la recherche et à la manipulation d'informations, peuvent, pour certains d'entre eux, devenir réellement dépendants.

Rappelons que pour tout projet important d'introduction de nouvelles technologies dans l'entreprise, le

(5) Un cas a récemment été décrit en Roumanie [26].

Technodépendance [23, 27 à 30]

La dépendance à toute forme de technologie répond aux critères définis par l'OMS (cf. plus haut). Ainsi sont décrites dans la littérature des addictions à Internet, à toutes les formes de communication mobile

comité d'entreprise ainsi que le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) doivent être préalablement informés et consultés (cf. *Cadre juridique*).

Outils de communication mobile

De plus en plus de personnes ressentent le besoin de rester constamment connectées. Elles ne peuvent plus se résoudre à éteindre leurs téléphones portables ou leurs périphériques numériques. Cela peut aller jusqu'à se réveiller plusieurs fois par nuit pour vérifier ses e-mails et textos. En outre, certains salariés tombent dans le piège des « mails compulsifs ». Cette dépendance entraîne des problèmes relationnels puisque ces personnes se ferment progressivement aux rapports familiaux et professionnels.

D'après une étude anglaise [31], près du tiers des personnes utilisant des périphériques portables sont technodépendantes. La raison peut être en partie l'habitude mais aussi l'attrait pour des objets insolites, innovants et présentant un intérêt pour l'activité professionnelle.

Le mobile apparaît comme un véritable phénomène de société, sans égal. Selon la Sofres, 72 % des Français possèdent un téléphone mobile personnel et/ou professionnel, soit un taux d'équipement moyen qui se rapproche du taux d'équipement moyen en téléphone fixe (83 %). Toutefois, 75 % des personnes interrogées citent un sentiment de dépendance. Pour les médecins addictologues, certaines personnes utilisent pendant plus de sept heures par jour la fonction SMS de leur mobile, y compris la nuit [32]. Par ailleurs, les personnes se servent plus volontiers de leur mobile que de leur ordinateur pour des utilisations privées y compris sur le lieu de travail [33].

Internet

Il existe peu de données concernant le milieu de travail et une addiction à Internet. C'est en 1995 que le concept de « Internet addiction disorder » (trouble de la dépendance à Internet) a vu le jour [34]. Le terme de « netaholisme » est également parfois utilisé. Chaque année, depuis 1996, un rapport sur le sujet est remis à l'APA (American Psychological Association) [35]. Par ailleurs, selon une étude de 1999 [36] réalisée auprès de 17 000 usagers du web, 6 % des internautes aux États-Unis seraient accros à Internet, soit 11 millions d'internautes souffrant de cyberdépendance. En France, des psychologues remettent en cause la valeur scientifique de cette étude [37, 38]. Certains auteurs estiment au sujet de l'usage des jeux vidéos par des adolescents qu'il ne s'agit pas d'une véritable addiction mais plutôt d'une passion [39].

Pourtant, certains addictologues sont amenés à voir en consultation de plus en plus de cas de cyberdépendance [40]. La France compte plus de 20 millions d'internautes et 10 millions de foyers sont équipés d'un ordinateur. Les plus optimistes des spécialistes français estiment que 1 % des internautes réguliers sont plus ou

moins atteints de cyberdépendance, soit approximativement 150 000 personnes.

En ce qui concerne le profil des « cyberdépendants », si les médias ont longtemps véhiculé le cliché de l'adolescent (complexé, associal, « scotché » à son ordinateur), la réalité est toute autre. Adeptes des forums, maniaques de l'information ou du jeu en réseau, son profil est particulièrement difficile à établir : tous les utilisateurs sont potentiellement concernés par cette nouvelle pathologie. Selon la première enquête française, réalisée entre 2002 et 2006 [41], les personnes qui ont le sentiment d'être dépendants à Internet sont principalement des hommes (près de 75 % des réponses) ayant entre 15 et 30 ans. Leur principale activité est la participation à des « chatrooms » (dans 23 % des cas), des jeux en réseau ou la consultation de sites à caractère sexuel. Mais, qu'il soit jeune ou plus âgé, le cyberdépendant est avant tout « accro » à ce qu'Internet peut lui offrir et non à la machine.

En cherchant du côté des causes, l'utilisation importante d'Internet serait chez certains internautes le reflet d'une souffrance psychologique (anxiété, dépression, manque d'estime de soi...). Pour J. Gautier [41], il n'y a pas de prédisposition psychologique ou physiologique à la cyberdépendance.

Dépendance affective [42, 43]

La dépendance affective est susceptible d'entraîner des agissements de type harcèlement au travail ou d'être à l'origine de ce genre d'agissements. Les pratiques de harcèlement (moral ou sexuel) sont interdites par le Code du travail et le Code pénal.

La dépendance affective se manifeste par un comportement obsessionnel ou compulsif : émotionnel et/ou sexuel. Elle peut entraîner des conséquences dans les domaines professionnel ou privé qui s'aggravent si elles ne sont pas prises en charge. Elle touche aussi bien les hommes que les femmes.

Le « dépendant affectif » est une personne dont les besoins affectifs sont urgents et intenses. Il répète constamment un scénario non satisfaisant qui le conduit à une impasse. La recherche d'assouvissement prend souvent un caractère urgent en raison de l'intensité du manque à combler. Si, à la longue, cette recherche demeure stérile, elle devient nuisible (voire destructrice) pour l'autre et/ou pour la personne dépendante. Généralement, la personne dépendante n'exprime pas clairement ses désirs et émotions. Elle espère que ses efforts, son abnégation ou sa soumission amèneront affection, valorisation et reconnaissance. Ceux et celles qui souffrent de dépendance affective ont besoin de rester en communication presque constante avec l'objet de leur obsession.

Lorsque le dépendant affectif est pris de panique, il mobilise ses ressources pour trouver des stratégies

d'attaque ou de défense. Même confronté à la réalité, le dépendant demeure convaincu que la relation est possible. Un dépendant affectif peut à ce titre être acteur ou victime de harcèlement selon les cas :

- Dans le premier cas, la personne dépendante est en demande permanente vis-à-vis de « l'autre », souvent implicitement, persuadée que c'est la seule façon d'apaiser ses angoisses. En ce sens, la personne dépendante affective peut être à même de provoquer une situation de harcèlement.

- Dans le deuxième cas, la personne dépendante est en position de soumission excessive et incite (inconsciemment) à des agissements de type harcèlement. Hirigoyen [43] considère que le harcèlement au travail est souvent le fruit d'une jouissance d'un pervers qui humilie, insulte, déstabilise et pousse sa victime à la décompensation psychopathologique. Dejours [42] considère que cette situation pourrait relever du masochisme, mais pas nécessairement. Une autre forme de soumission psychologique peut également en être la source : la dépendance affective. En revanche, Dejours précise que le harcèlement s'exerce contre une victime, sous le regard des autres qui savent, qui voient et qui se taisent. En ce sens, la puissance du harcèlement tient à sa publicité et c'est d'ailleurs ce qui en fait une méthode, voire une technique et non un dérèglement isolé.

État des lieux en entreprise

En raison de leurs implications en matière de santé et sécurité au travail, les entreprises sont concernées par les addictions. La présence de salariés en état d'ébriété ou sous l'emprise de substances psychoactives sur le lieu de travail peut mettre en danger la santé et la sécurité des salariés, à la fois pour eux-mêmes et pour leur entourage. L'altération de la vigilance, la modification de la perception du risque et/ou une prise de risque accrue peuvent ainsi être à l'origine d'accidents du travail. Ce sont les résultats d'un certain nombre d'études, apparues comme significatives et résumées ci-après, qui ont permis de mettre en évidence la réalité de ces consommations et de leur impact sur la santé et la sécurité au travail. À ce jour, aucune étude n'aborde la question des dépendances sans produit en milieu de travail.

ÉTUDES RÉALISÉES EN MILIEU DE TRAVAIL

En 1995, une enquête réalisée par un service inter-entreprise [44] portant sur 1 978 prélèvements urinaires a mis en évidence que le nombre de consommateurs de

substances modifiant la vigilance était significativement plus important chez les salariés occupant un poste de sûreté/sécurité que dans le reste de la population active. Chez les personnes occupant un poste de sécurité, les substances psychoactives recherchées (cannabis, opiacés, amphétamines, cocaïne, barbituriques, benzodiazépines et alcool) étaient retrouvées dans 40,4 % des urines (au moins une substance) versus 22,1 % dans l'ensemble de la population étudiée.

Les résultats de l'étude menée à partir de la cohorte Gazel d'EDF-GDF [45] ont apporté des résultats intéressants sur le lien entre consommation d'alcool et contraintes professionnelles. La consommation d'alcool évolue suivant la disparition ou la survenue de contraintes professionnelles. Elle augmente lors de la survenue de contraintes au travail et l'évolution de carrière est plus favorable pour les consommateurs de petites quantités.

L'étude menée par Delzenne et Pradeau [46] portait sur 313 candidats à un poste de chauffeurs poids lourds. Dix pour cent d'entre eux se sont désistés après le premier entretien au cours duquel la politique de dépistage était clairement développée. Parmi les postulants restants et ayant accepté le dépistage, 11 % étaient positifs pour le cannabis. Cette étude peut être rapprochée de celle menée dans la région Nord Pas-de-Calais [47]. Dans cette étude multi-centrique, mille chauffeurs routiers ont été inclus. Un dépistage urinaire de la méthadone, des benzodiazépines, de la cocaïne, des amphétamines, des opiacés, des cannabinoïdes, de la buprénorphine et de l'alcool a été réalisé. Tous les dépistages positifs ont été confirmés par une autre technique de dosage. Les résultats exprimés en pourcentage de positifs étaient les suivants : cannabinoïdes (8,5 %), alcool (5 %), opiacés (4,1 %), buprénorphine (1,8 %), méthadone (0,5 %), benzodiazépines (0,4 %), amphétamines (0,3 %) et cocaïne (0,1 %). Ces résultats ont confirmé ceux de l'étude de 1995 [44] pour la consommation de cannabis et d'alcool chez des travailleurs affectés à des postes de sûreté/sécurité.

Dans l'industrie automobile, après une première campagne de dépistage, des actions de sensibilisation aux problèmes des conduites addictives ont été mises en place. En trois ans, le taux de positivité au cannabis est passé de 33 à 20 % [48]. A la SNCF, pendant deux années consécutives, le taux de positifs sur 204 890 prélèvements pour des substances psychoactives est passé de 2,8 % en 2004 à 2,7 % en 2005. La substance la plus souvent retrouvée est le cannabis (0,9 et 0,8 %) [49]. Une enquête nationale par questionnaire [50] a également été réalisée en 2005 par la Mutualité sociale agricole (MSA). Le questionnaire, permettant d'évaluer la consommation de tabac, de cannabis, d'alcool et de médicaments, était rempli au cours d'une visite médicale où une fiche d'aptitude était délivrée chez des chauffeurs (tractoristes, engins, caristes, poids lourds). Les résultats mettent en évidence 36 % de fumeurs réguliers, 8 % ont

fumé du cannabis lors des douze derniers mois, 22 % présentent une consommation d'alcool à risque et enfin 9,5 % prennent un ou plusieurs médicaments.

L'expertise collective de l'INSERM relative aux dommages sociaux de l'alcool publiée en 2003 [51] a conclu que des consommations d'alcool sont constatées dans les professions physiquement les plus pénibles (bâtiment, agriculture, manutention) et les professions en contact avec le public (artisans, commerçants, chefs d'entreprise). Cette expertise a également constaté que les actions de prévention menées dans les grandes entreprises ont toujours permis une diminution de l'alcoolisation mais que ces actions sont peu appliquées dans les moyennes et petites entreprises qui concentrent la majorité des salariés. Une étude nationale, publiée en 2005 [52], auprès des Centres de cure ambulatoire en alcoologie par l'INSERM et l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie a porté sur 22169 consultants. Ces personnes étaient adressées par leur médecin du travail pour 2,2 % d'entre eux. Trente huit pour cent de ces 2,2 % estimaient que leur « problème » était lié au travail.

En 2006, deux enquêtes BVA/INPES/ANPAA [53, 54] ont mis en évidence que 85 % des Directeurs des ressources humaines (DRH) interrogés estiment que les risques liés aux addictions sont importants. L'usage de cannabis est jugé préoccupant par 25 % des salariés et 35 % des DRH d'entreprises de plus de 50 salariés. La consommation d'alcool est au 3^e rang des préoccupations des chefs d'entreprise et 10 % des salariés déclarent que la consommation d'alcool au travail fait partie de la culture de leur milieu professionnel. Le dernier Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) confirme effectivement que, dans certains milieux professionnels, l'usage de substances addictives est plus important, le secteur des transports apparaît comme étant celui où la proportion de salariés qui ont bénéficié d'actions sur les conduites addictives est la plus importante ; celui de la construction la moins importante alors qu'il est le plus concerné par les consommations [53, 54]. L'interlocuteur privilégié par les DRH comme par les salariés pour traiter ces questions est identifié clairement comme étant le médecin du travail par 75 % des salariés et 87 % des DRH [53, 54].

L'étude la plus récente en milieu de travail concerne les Gens de mer [55]. Elle présente l'intérêt d'évaluer la dépendance et non plus seulement la consommation (par des questions fermées avec réponse oui/non), 46,5 % des marins fument et 65 % de ces fumeurs sont dépendants. En ce qui concerne l'alcool, une prise quotidienne concerne 11 % des marins et une dépendance à l'alcool est retrouvée chez 15,5 % d'entre eux.

L'état des lieux fait dans ce paragraphe met en évidence le manque d'études épidémiologiques concernant les possibles liens entre travail et addiction.

ADDICTIONS, RISQUES PROFESSIONNELS ET ACCIDENTOLOGIE

Le risque désigne un danger bien identifié, associé à l'occurrence d'un événement ou d'une série d'événements, parfaitement descriptibles, dont on ne sait pas s'ils se produiront mais dont on sait qu'ils sont susceptibles de se produire. L'évaluation des risques professionnels, dont le chef d'entreprise est responsable, est obligatoire et doit être consignée dans un document unique. Cette évaluation doit être régulière. Les mesures de prévention doivent être conformes aux principes généraux de prévention des risques professionnels inscrits au Code du travail. Ces principes généraux consistent à éviter les risques, évaluer ceux qui ne peuvent être évités, combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme, etc.

Les études présentées dans le paragraphe précédent ont mis en évidence la réalité de certaines consommations dans des secteurs variés et pour des substances diverses. Lors de l'évaluation des risques et de la réalisation du document unique, les dangers liés à ces consommations et leurs conséquences sur certaines activités de travail doivent être pris en compte. En outre, les circonstances favorisant la prise de substances doivent être identifiées.

Le surrisque d'accident du travail existe et est relativement connu notamment pour l'alcool [51, 56]. L'effet de la consommation du cannabis sur la conduite a été démontré récemment [57, 58]. Une attention toute particulière est portée aux médicaments et à leurs effets sur la conduite [59, 60] depuis quelques années en raison de l'enjeu politique de sécurité routière. L'abord « prise de médicaments psychotropes et travail » en dehors de la conduite est cependant relativement rarement retrouvé dans la littérature [17, 18, 61]. Il n'est donc pas toujours aisé pour un médecin du travail de faire l'évaluation des conséquences de la consommation d'une substance psychoactive sur le travail.

Le cadre juridique

L'objectif de cette partie est de rappeler aux médecins du travail les principaux textes relatifs à leurs obligations et prérogatives en matière d'addictions. Le contexte réglementaire de prévention des conduites addictives et de sanction sera aussi évoqué, étant précisé que ces outils réglementaires ne peuvent être utilisés que dans le respect de la vie privée auquel chacun a droit (article 9 du Code civil) et dans le respect du secret médical qui s'impose à tout médecin.

Parmi ces outils, il faut noter qu'à ce jour aucun texte n'aborde les addictions sans produit. Le Code de la santé publique interdit le tabac dans les lieux publics (R. 3511-1 à R. 3511-14) et réprime l'usage de drogues illicites (livre IV). Le Code du sport comporte un titre III « Lutte contre le dopage ». L'interdiction de l'alcool sur le lieu de travail est mentionnée dans le Code du travail.

LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE ET LE TABAGISME

La lutte contre la toxicomanie relève de la loi de 1970 [4], (codifiée au livre IV du Code de santé publique), récemment modifiée par la loi relative à la prévention de la délinquance [5] (loi n°2007-297 du 5 mars 2007). Dorénavant, sur réquisitions du procureur de la République, les officiers de police judiciaire sont habilités à entrer dans les lieux où s'exerce le transport public de voyageurs aux fins de rechercher et constater le délit d'usage illicite de stupéfiants chez les salariés (article 48-1, codifié aux articles L. 3421-5, L. 3421-6, et L. 3421-7 du Code de la santé publique). En cas d'usage illicite de stupéfiants pour certains personnels des entreprises de transport, les peines encourues sont « aggravées » (décret d'application n° 2007-935 du 15 mai 2007 pris pour l'application du L. 3421-1 et portant création des articles R. 3421-1, R. 3421-2 et R. 3421-3 du Code de la santé publique).

Une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif de portée générale a été édictée avec la loi Evin (loi n° 91-32 du 10 janvier 1991) et les dispositions codifiées aux articles R. 3511-1 à R. 3511-14 du Code de la santé publique, récemment modifié par décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006. Cette interdiction concerne les lieux de travail. Il appartient à l'employeur dans le cadre de son obligation de sécurité inscrite à l'article L. 4121 et suivants du nouveau Code du travail, de prendre les mesures nécessaires pour que ces textes soient respectés. Cette obligation concerne notamment la protection des salariés non-fumeurs contre le tabagisme passif. Sur ce point précis, la chambre sociale de la Cour de cassation a précisé le 29 juin 2005 (Soc. 29 juin 2005, pourvoi n° 03-44412), que l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité de résultat. Le projet de création d'un emplacement réservé aux fumeurs, ainsi que ses modalités de mise en œuvre doivent être soumis par l'employeur au CHSCT (ou à défaut aux délégués du personnel) et au médecin du travail. Une fois l'emplacement créé, la consultation du CHSCT et du médecin du travail devra être renouvelée tous les deux ans.

INFRACTIONS COMMISES EN ÉTAT D'IVRESSE OU SOUS L'EMPIRE DE STUPÉFIANTS

Le Code pénal sanctionne plus lourdement l'auteur d'une infraction lorsqu'elle est commise en état d'ivresse ou sous l'empire de stupéfiants. Peuvent être cités notamment les articles 221-6-1, 221-8, 222-19-1, 222-20-1 pour la conduite automobile sous l'empire de stupéfiants, les articles 222-12 et 222-13 pour les violences sous l'empire de stupéfiants. Par ailleurs, les dispositions de l'article 222-41 : « Constituent des stupéfiants les substances ou plantes classées comme stupéfiants en application de l'article L. 5132-7 du Code de la santé publique » doivent être rappelées.

Le Code de la route renvoie aux dispositions du Code pénal pour ce qui concerne blessures et homicide involontaires en état d'ivresse ou sous l'empire de stupéfiants (L. 232-1, L. 232-2). Il précise aussi dans quel cas les agents ou officiers de police judiciaire peuvent ou doivent faire procéder sur le conducteur impliqué notamment dans un accident corporel ou mortel de la circulation à des épreuves de dépistage de l'usage de stupéfiants ou de l'imprégnation alcoolique (L. 234-3, L. 234-9, L. 235-1, L. 235-2, L. 235-3).

OBLIGATIONS DE SÉCURITÉ DE L'EMPLOYEUR ET DU SALARIÉ

L'employeur doit évaluer les risques professionnels, et les intégrer dans un document unique (article R. 4121-1). Le règlement intérieur peut prévoir l'interdiction et les sanctions de certains comportements ou pratiques dans l'entreprise, ainsi que les modes de preuve utilisés pour établir les faits reprochés. La réglementation concernant ces divers aspects a été détaillée de façon exhaustive dans un article précédent des DMT [11], notamment l'interdiction de l'alcool sur le lieu de travail.

L'obligation de sécurité de l'employeur est inscrite à l'article L. 4122-1 du Code du travail et celle du salarié à l'article L. 4121-1. L'obligation de sécurité de l'employeur justifie dans certains cas qu'il use de son pouvoir disciplinaire. À plusieurs reprises, la jurisprudence a admis qu'un licenciement puisse être prononcé : licenciement pour faute grave dans le cas d'un salarié retrouvé en état d'ébriété dans l'enceinte de l'entreprise eu égard à ses fonctions et ses antécédents (Chambre sociale de la Cour de cassation, 18 mai 2005, pourvoi n° 03-43404), licenciement d'un mécanicien en état d'ébriété, une mauvaise réparation pouvant mettre les clients en danger (Cour d'appel de Reims, 8 septembre 2004).

En dehors d'une inaptitude constatée par le médecin du travail, un refus d'embauche ou un licenciement, motivé par l'état de santé, notamment dans le cas d'un abus nocif ou d'une dépendance à une substance psychoactive, pourrait être jugé discriminatoire (au sens de l'article L. 1132-1 du Code du travail).

Par ailleurs, la création de la HALDE en 2005 est venue offrir à tout citoyen la possibilité de saisir cette structure s'il s'estime victime d'une discrimination, notamment en raison de son état de santé (encadré 4).

Des absences répétées ou prolongées ne peuvent être une cause réelle et sérieuse de licenciement qu'en cas de nécessité de pourvoir au remplacement définitif du salarié absent (Chambre sociale de la Cour de cassation, 5 juin 2001, pourvoi n° 99-41.603). Il n'y a pas à ce jour de jurisprudence spécifique à des cas de licenciement pour conduite addictive dans un contexte professionnel.

Rappelons que les membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par l'employeur (article L. 4614-9 du nouveau Code du travail).

Par ailleurs, le salarié retiré de son poste ou reconduit à son domicile ne doit pas être laissé en situation de danger : son employeur et/ou ses collègues pourraient être pénalement poursuivis pour non assistance à

personne en péril (article 223-6 du Code pénal). C'est sur ce fondement que le 5 juin 2007, la chambre criminelle de la Cour de cassation a sanctionné deux salariés qui avaient laissé un collègue reprendre le volant alors qu'il était visiblement hors d'état de conduire, au point de se tuer quelques mètres après la sortie de l'entreprise (pourvoi n° 06-86228). En outre, l'argument « culture d'entreprise » pour ce qui concerne les addictions est apprécié par le juge comme un facteur aggravant plutôt qu'atténuant de la responsabilité de l'employeur.

RÔLE ET MOYENS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Secret professionnel

« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » (Code de la Santé publique, article R. 4127-4 et Code de déontologie médicale).

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une admi-

La Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE)

ENCADRÉ 4

Saisine

Toute personne qui s'estime victime d'une discrimination peut agir directement ou par l'intermédiaire d'un parlementaire français ou européen. La HALDE peut aussi être saisie conjointement par la victime et une association dont l'objet est de combattre les discriminations ou d'assister les victimes de discrimination. La HALDE peut aussi s'auto-saisir si la victime ne s'y oppose pas.

Pouvoirs

La HALDE peut demander des explications à toute personne mise en cause devant elle. Elle peut procéder à des vérifications sur place et saisir le juge des référés si elle n'obtient pas ces informations.

La HALDE a un pouvoir de recommandation, dont le contenu peut être rendu public, et un pouvoir de médiation. Si elle constate des faits constitutifs de discrimination pour lesquels l'auteur n'a pas encore été poursuivi, la HALDE peut proposer à l'auteur des faits une transaction consistant en une amende transactionnelle dont le montant ne peut excéder 3 000 € pour une personne physique et 15 000 € pour une personne morale. La HALDE peut aussi proposer une transaction consistant en l'affichage d'un communiqué dans des lieux qu'elle précise, ou la transmission d'un communiqué au comité d'entreprise, ou la diffusion d'un communiqué au journal officiel ou autres publications de presse ou services de communication électronique, ou enfin l'obligation de publier la décision dans l'entreprise. Enfin, elle peut engager des poursuites pénales par voie de citation directe.

Se renseigner 08 1000 5000
(Du lundi au vendredi de 8 h à 20 h)
Saisir en ligne www.halde.fr
Par courrier HALDE,
11, rue Saint Georges,
75009 Paris

Discrimination ?
Je saisis la HALDE.

HALDE Haute Autorité
de Lutte contre
les Discriminations
et pour l'Égalité
08 1000 5000
www.halde.fr

inrs

Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 115
3^e trimestre 2008

nistration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions (Code de la santé publique, article R. 4127-95).

Par ailleurs, « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Le secret professionnel s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. [...] (Code de la santé publique, article L.1110-4) »

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » (Code pénal, article 226-13).

La convention collective du personnel des services interentreprises de médecine du travail prévoit dans un article 10 que « le secret professionnel, tel qu'il est sanctionné par le Code pénal, s'impose, chacun en ce qui les concerne, aux personnels des services interentreprises de médecine du travail. Le personnel devra être informé par écrit par le service interentreprises de médecine du travail, lors de l'embauchage, des sanctions pénales auxquelles il s'exposerait en cas de manquement à l'obligation du secret. De leur côté, les services interentreprises s'engagent à prendre toutes dispositions utiles pour que le secret professionnel soit respecté dans les locaux qu'ils mettent à la disposition du personnel, notamment en ce qui concerne le courrier, les modalités de conservation des dossiers médicaux, quel qu'en soit le support, et l'isolement acoustique des locaux où sont examinés les salariés. »

Dans le cadre du suivi médical d'un salarié, si une inaptitude est prononcée, le médecin n'a pas à en communiquer les motifs à l'employeur. Les informations recueillies par le médecin du travail sont protégées par le secret médical. L'indépendance du médecin du travail à l'égard de l'employeur est garantie par le Code du travail (article R. 4623-4) qui rappelle que le contrat de travail est conclu dans les conditions prévues par le Code de déontologie médicale.

Dispositions relatives à l'aptitude

Amené à se prononcer sur l'aptitude [62] des salariés, le médecin du travail devra prendre en compte l'existence d'une éventuelle addiction pour délivrer un avis d'aptitude :

- pour les postes à risque ou de sécurité ;

- lorsqu'un risque en rapport avec une consommation est identifié pour un salarié ou son entourage au poste de travail.

À cette fin le médecin du travail pourra recourir aux moyens de contrôle et de dépistage mis à sa disposition dans le cadre des examens complémentaires prévus par le Code du travail (article R. 4624-25). Ces moyens ont été largement développés dans un article précédent paru dans les DMT [11]. Quelques grandes lignes sont cependant rappelées ici. Les moyens de contrôle les plus couramment mis en oeuvre par le médecin du travail sont l'alcoolémie et le dépistage biologique de stupéfiants. Dans tous les cas, le salarié doit être informé de l'examen et de sa finalité.

- Le contrôle de l'alcoolémie des salariés est possible indépendamment de toute mention au règlement intérieur si le médecin du travail en éprouve la nécessité.

- Le dépistage systématique d'usage de stupéfiants ne peut en aucun cas se justifier (avis du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CSPRP), 16 octobre 1989). Il ne peut concerner que des postes comportant de grandes exigences en matière de sécurité et de maîtrise du comportement.

En cas de difficulté ou de désaccord entre l'employeur et le salarié avec la proposition émise par le médecin du travail sur une mutation ou une transformation de poste, justifiée par des considérations relatives à la santé physique ou mentale d'un travailleur, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin-inspecteur du travail (Code du travail, article L. 4624). C'est à lui que le médecin du travail peut en référer lorsqu'il ne trouve pas seul réponse à une question qui s'impose à lui ou lorsqu'il a besoin de conseils ou de compléments d'informations.

En certaines circonstances, le médecin du travail peut conclure à une inaptitude temporaire. Il peut en être ainsi lorsque l'altération des capacités physiques ne permet pas au salarié de rester à son poste mais que cet état a vocation à se résorber dans un délai prévisible. Le salarié pourra alors être dirigé vers son médecin traitant pour obtenir un arrêt de travail. À défaut, son contrat de travail étant suspendu, il ne pourrait pas bénéficier du maintien de son salaire ni du versement des indemnités journalières par l'Assurance maladie.

Le rôle du médecin du travail a été rappelé par le Conseil d'État [63] concernant la distinction entre médecine d'aptitude et médecine d'expertise (encadré 5).

Le médecin du travail connaît l'entreprise et le poste occupé mais il ne sait de la santé du salarié que ce que ce dernier veut bien lui en dire, et éventuellement ce que les examens complémentaires lui apprennent. Le médecin traitant connaît peut-être souvent mieux l'état de santé général du salarié. Mais a-t-il les informations suffisantes relatives au contexte professionnel de son patient ? La communication entre médecin du travail et médecin traitant n'est pas toujours aisée et le salarié

peut être réticent et redouter que le médecin du travail le déclare inapte avec le risque de reclassement, voire de licenciement qui peuvent y être associés. Or, le développement de l'échange d'informations entre ces deux praticiens repose sur l'accord indispensable du patient, dans le strict respect de sa liberté individuelle.

Mise en place d'une démarche de prévention

L'objectif de cette quatrième partie est de décrire les actions de prévention qui peuvent être mises en œuvre. La stratégie à mettre en place passe par l'élaboration d'une démarche collective associée à la prise en charge individuelle. Il faut notamment aboutir à un protocole accepté par tous dans l'entreprise : les modes d'intervention, les moyens à mettre en œuvre, les limites et les rôles de chacun doivent être connus. Des actions d'information et de sensibilisation doivent être menées de façon à contribuer à la prise de conscience de la réalité des enjeux.

ÉLABORATION DE LA DÉMARCHE DE PRÉVENTION

L'élaboration de la démarche de prévention doit se faire dans un esprit de concertation. Celle-ci sera d'autant mieux acceptée et appliquée que la direction et l'ensemble des salariés, des représentants du personnel et de l'encadrement auront été associés à son élaboration. Le rôle des instances représentatives du personnel (CHSCT, DP) est dans ce cadre essentiel. Le Code du travail donne notamment pour mission au CHSCT de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Cette démarche sera d'autant plus acceptée par le collectif de travail qu'elle aura été élaborée dans un esprit d'accompagnement et de soutien. L'ensemble des acteurs doit être conscient que cette démarche concerne tous les salariés et pas seulement ceux qui sont en difficulté. A cette fin, le langage et les approches devront être adaptés à l'ensemble des salariés. Les facteurs d'échec de cette démarche les plus fréquemment évoqués sont de rester dans une logique répressive ou de sanction ou d'intervenir en juge de comportements privés.

Il peut aussi être fait appel à des organismes ou des associations spécialisés dans la prise en charge des addictions pour des actions de sensibilisation et/ou de formation ou pour élaborer une démarche adaptée.

Les médecins du travail ont un rôle primordial à jouer dans l'élaboration et la mise en place de la dé-

Médecine d'expertise et transports

Cet encadré rappelle les situations professionnelles pour lesquelles l'avis d'un expert médical est requis préalablement à l'avis d'aptitude du médecin du travail.

Transport ferroviaire

► Un arrêté du 30 juillet 2003 relatif aux conditions d'aptitude physique et professionnelle et à la formation du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national (J.O. du 24 août 2003) prévoit, parmi les examens médicaux préalables et périodiques d'aptitude physique de fonctions de sécurité, un « examen biologique de dépistage de substances psychoactives ». Le chapitre VII de ce texte est relatif à la consommation de substances susceptibles d'altérer la vigilance, la concentration et le comportement du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national.

Transport aérien

► L'arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile (FCL 3) (J.O. du 13 mars 2005) prévoit que, pour les conditions d'aptitude psychiatrique, une attention toute particulière soit portée sur l'alcoolisme, l'usage ou l'abus de médicaments, drogues psychotropes ou de toute autre substance, avec ou sans dépendance.

► L'arrêté du 4 septembre 2007 relatif aux conditions d'aptitude physique et mentale du personnel navigant commercial (J.O. du 11 octobre 2007) précise que pour l'obtention et le renouvellement de l'attestation d'aptitude sont notamment cause d'inaptitude l'usage de drogues illicites, la présence de substances illicites dans le sang ou les urines, l'usage ou l'abus de médicaments ou de toute autre substance psychotrope avec ou sans dépendance, l'alcoolisme.

Transport terrestre

► L'arrêté du 21 décembre 2005 (J.O. du 28 décembre 2005) concerne les conducteurs soumis par la réglementation à un examen médical en vue de la délivrance ou du renouvellement de leur permis de conduire. Il fixe la liste des affections médicales incompatibles, dont les pratiques addictives et les médicaments susceptibles d'altérer la capacité de conduite ou le comportement des conducteurs.

marche collective. Des structures de soutien ou de soins spécialisés seront identifiées le plus tôt possible dans l'objectif d'organiser la prise en charge individuelle quand elle sera nécessaire.

Principales étapes de la démarche

Mise en place d'un comité de pilotage

La première étape consiste en la mise en place d'un comité de pilotage. Ce comité doit être représentatif de l'ensemble du personnel. Il va élaborer la démarche et communiquer à toutes les étapes de l'avancement

ENCADRÉ 5



Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 115
3^e trimestre 2008

des travaux. Ce comité peut être composé de membres de la direction, du service Ressources humaines, de représentants de l'encadrement et des salariés, de représentants du personnel, des personnes chargées de l'hygiène et de la sécurité et organismes extérieurs éventuels (associations, organismes spécialisés). Le choix de la structure extérieure doit être réfléchi. La structure choisie doit avoir démontré sa compétence en la matière.

Faire un constat préalable

Il est primordial de faire un constat préalable de la situation. Ce constat doit être consensuel pour être accepté par tous afin d'éviter tout déni par la suite. Ce constat devrait se décliner après analyse des éléments suivants :

- prise en compte par exemple d'une pratique existante de prévention en matière d'addictions et de la culture générale de prévention des risques dans l'entreprise, des habitudes culturelles notamment en matière de consommation, des conditions de travail, du vécu et de la perception des salariés vis-à-vis des addictions en général ;
- bilan de « l'état social » de l'entreprise et des outils de gestion des ressources humaines existants qui pourraient être utiles à l'analyse de la situation ;
- évaluation du risque « addictions » dans l'entreprise et inscription, si besoin, de ce risque dans le document unique...

Construire un document écrit référent

La construction d'un document écrit est également une étape importante de la démarche. Ce document doit être rédigé en concertation avec les différents partenaires de la démarche. Il vise à définir précisément la conduite tenue par l'entreprise pour tout ce qui concerne le suivi et la prise en charge dans une situation où il y a mise en danger possible, en privilégiant les interventions précoces afin d'éviter des situations requérant des réponses lourdes ou complexes. Il ne remplace pas le règlement intérieur. Il vient le compléter.

La construction de ce document sera l'occasion de rassurer sur la légitimité d'une approche collective.

Ce document doit permettre d'établir un protocole relatif au dépistage et au contrôle dans le respect de la réglementation et des libertés individuelles. Il doit également permettre de clarifier les conditions de retrait du poste ou de reclassement. L'ensemble des acteurs doit être convaincu qu'il est important pour chacun de lutter contre les attitudes d'évitement.

Il est également utile de tirer profit des retours d'expériences et des pratiques d'autres entreprises dans un même secteur d'activité pour affiner la démarche. Pour les plus petites structures, il peut être envisagé un regroupement pour des actions coordonnées.

Déterminer ou clarifier les rôles de chacun dans l'entreprise

Le rôle de chacun dans l'entreprise doit être précisé. Il est notamment recommandé d'insister sur l'importance du rôle des premiers niveaux d'encadrement, des services de santé au travail, du CHSCT et des structures de soutien collectif (services sociaux, groupes de parole ou de soutien...). Le rôle d'alerte de l'ensemble des salariés doit être rappelé. Il ne s'agit pas d'un rôle de délation mais de responsabilisation de chacun. À cette fin, il est nécessaire d'aborder la question de la différence entre alerte et dénonciation.

Par ailleurs, le respect de la confidentialité, la discrétion dans les interventions ou les mesures prises, l'organisation de « pots » sans alcool doivent être soulignés.

Déterminer des signaux ou des indicateurs d'alerte et de suivi

Ces signaux peuvent permettre à chacun de déceler une situation nécessitant d'intervenir. Ils vont également être utiles pour évaluer l'impact de la démarche mise en œuvre. Ces signaux ou indicateurs d'alerte doivent être discutés au cas par cas par chaque entreprise. Ils peuvent comporter des indicateurs utilisés par le service des ressources humaines. Quand ces derniers ne sont pas jugés pertinents, d'autres doivent être utilisés (par exemple, nombre de salariés sensibilisés, nombre de réunions de sensibilisation...).

Travailler avec des relais extérieurs expérimentés

Les relais extérieurs qui vont pouvoir intervenir doivent être clairement identifiés. Des contacts seront pris pour organiser notamment des actions d'éducation pour la santé ou des actions de sensibilisation. Les structures pouvant être contactées font l'objet de l'*encadré 6*.

Préciser la conduite à tenir en cas de problème individuel

Le document référent doit permettre de :

- définir quelles sont les conditions du retrait ou du

ENCADRÉ 6

Structures pouvant être contactées

Numéros verts et sites Internet d'information sur les addictions

Tabac info service	0 825 30 93 10
www.tabac-info-service.fr	
Écoute alcool	0 811 91 30 30
Écoute cannabis	0 811 91 20 20
Drogues info service	0 800 23 13 13

Site Drogues et dépendances (MILDT)
www.drogues-dependances.fr

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)
www.anpaa.asso.fr



maintien au poste ;

- faire le point sur la façon dont sont gérées les urgences individuelles en rapport avec des consommations occasionnelles ou répétées ;
- lister les relais externes qui assurent prise en charge et suivi ;
- rappeler les obligations et les responsabilités de chacun par une diffusion régulière.

Assurer la promotion et la pérennité de la démarche

Une fois le document écrit rédigé, il est important de le faire connaître, de le mettre en application et d'assurer sa pérennité. Il faut le diffuser largement et le tenir à disposition, au niveau de l'entreprise, à l'ensemble du personnel, y compris aux nouveaux embauchés ainsi qu'à tous les travailleurs temporaires (CDD, intérimaires, prestataires extérieurs). Afin de mieux faire comprendre les rôles à jouer et les responsabilités de chacun, la mise en place d'actions de formation, adaptées à chaque niveau d'encadrement de l'entreprise, sera utilement envisagée pour l'encadrement, les représentants du personnel et les salariés (par exemple, à base de jeux de rôle). Pour ce faire, l'entreprise pourra faire appel à des structures extérieures spécialisées ou faire connaître les numéros verts nationaux existants, ainsi que les sites d'information « grand public » (cf. encadré 6 et les sites de référence en fin de dossier : « Pour en savoir plus »).

Prise en charge et repérage des situations individuelles

Il est important que tout salarié dans l'entreprise sache, après les avoir identifiées, réagir face à des situations individuelles susceptibles de mettre en danger un salarié ou son entourage, suite à une supposée consommation occasionnelle ou répétée d'une substance psychoactive. Certains indices peuvent permettre de repérer de façon précoce (avant qu'il y ait mise en danger) les personnes en difficulté, avec une possible consommation de substances psychoactives.

Certaines situations devraient par ailleurs faire l'objet d'une vigilance accrue. Les études citées plus haut mettent en évidence que les consommations de substances psychoactives seraient plus élevées ou plus fréquentes chez les personnes qui sont affectées à des postes à risque ou à fortes contraintes :

- tâches à haut risque (métiers de sécurité, transports, sites à hauts risques industriels...);
- métiers pénibles ou difficiles ;
- postes à fortes responsabilités...

La marche à suivre figure dans le document écrit

établi collectivement pour la gestion et le suivi des addictions dans l'entreprise, y compris dans les situations d'urgence. Cependant, cette réponse d'urgence ne peut répondre qu'à des problématiques ponctuelles. Elle n'a que peu d'efficacité à long terme. On peut souligner que les difficultés constatées à un niveau individuel peuvent constituer un signal d'alarme d'un problème plus large, et servir à la recherche de mesures de portée plus collective.

OUTILS À LA DISPOSITION DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Dans le cadre de la démarche globale de prévention de l'entreprise, les services de santé au travail peuvent :

- déterminer des indicateurs pertinents de suivi ou d'alerte ;
- organiser un recueil de données (questionnaires, outils de repérage...);
- s'appuyer sur les résultats des examens de dépistage utilisés pour les postes de sécurité ;
- organiser des actions de sensibilisation ;
- participer à des actions de formation.

Les services de santé au travail ont un rôle spécifique à jouer : ils sont les détenteurs des informations permettant le suivi de l'état de santé des salariés et peuvent mettre en place des indicateurs pertinents pour évaluer l'évolution et les problèmes posés par des conduites addictives en milieu de travail (quantité consommée, fréquence de consommation, postes ou unités plus touchés que d'autres...), dans le respect du secret professionnel.

Le recueil de données peut être organisé au moyen de divers questionnaires de dépistage. Certains de ces questionnaires ont été validés et sont relativement faciles à utiliser et rapides à remplir. Peuvent être cités par exemple le test de Fagerström [64] pour le tabac, le test DETA CAGE pour l'alcool [65]. Ces deux questionnaires comprennent 6 questions pour le premier et 4 pour le deuxième. D'autres questionnaires comme l'Addiction Severity Index [ASI] (toutes substances) ou l'AUDIT sont relativement plus longs à remplir. En ce qui concerne le cannabis, le questionnaire CAST [66] est également court. Il a été développé par l'OFDT. En ce qui concerne l'évaluation du workaholisme, le test dit de Robinson [24] est proposé pour évaluer le degré de dépendance au travail. Ces questionnaires sont reproduits dans l'annexe 2.

En ce qui concerne les postes de sécurité, le suivi de la proportion de personnes positives pour telle ou telle substance peut être intéressant pour décider des actions de prévention et d'information à mettre en place. Ces actions ont, dans les études publiées, démontré leur efficacité [67].

Prévenir les addictions : des outils réalisés par l'INRS sont disponibles

Deux dossiers en ligne sur le site de l'Institut

Lutter contre le tabagisme en entreprise

www.inrs.fr/dossiers/tabagisme.html

La lutte contre le tabagisme est également une question de santé au travail qui passe par une interdiction de fumer (hors fumeurs) prévue par la réglementation, mais aussi par une démarche de prévention devant mobiliser l'ensemble des acteurs de l'entreprise.



Addictions et travail www.inrs.fr/dossiers/addictions.html

Ce dossier fait le point sur les addictions en France et les risques professionnels occasionnés, ainsi que sur le contexte réglementaire existant. Il détaille la stratégie à mettre en place dans les entreprises, qui passe par l'élaboration d'une démarche collective sans négliger la prise en charge individuelle.

Un DVD pour prévenir les risques liés aux consommations d'alcool et de drogues



« Alcool, drogues et travail » est un audiovisuel conçu pour être utilisé dans des actions de sensibilisation ou de formation. Il permet d'ouvrir une discussion dans l'entreprise et de travailler sur le rôle de chacun dans le cadre de la prévention des risques professionnels liés aux consommations de psychotropes.

Réf. DV 0380. Bande annonce visualisable sur : www.inrs.fr/actus/DvdAlcooldrogues.html

Un stage de formation

« Évaluer les risques liés aux addictions en milieu professionnel »

Public : médecins du travail.

Objectifs : acquérir des connaissances de base sur les différents types d'addiction et leurs effets et conseiller l'entreprise dans la mise en œuvre d'une démarche de prévention des risques liés aux addictions.

Réf. B047.

Cas particulier de la prise en charge des addictions sans produit [71 à 74]

Workaholisme

Pour agir contre cette forme de dépendance, une première étape consiste d'abord à accepter d'avoir besoin d'aide, puis de modifier sa conduite. Des thérapies peuvent aider à y parvenir. Par exemple, les thérapies comportementales qui proposent principalement d'apprendre à résister à la compulsion en trouvant des attitudes compatibles avec une vie « normale » : programmer des vacances et les prendre, ne pas emporter son portable professionnel ou tout autre périphérique électronique, décider de partir le vendredi soir avant 5 heures et s'y tenir, etc. Par ailleurs, les thérapies de groupe peuvent également être efficaces. La confrontation des participants permet des prises de conscience. À partir de là, de nouveaux comportements peuvent s'établir. Ce phénomène est pris aujourd'hui très au sérieux dans certains pays : des programmes de sensibilisation collective ont été mis sur pied. Des approches de prise en charge individuelle ont également été élaborées, reposant essentiellement sur des psychothérapies comportementales (évaluation des comportements au travail, repérage des facteurs déclenchants...).

L'objectif principal de ces approches collectives et individuelles est d'aider le travailleur « compulsif » à reprendre à aimer le temps libre et à prendre soin de lui.

Technodépendance

Certaines entreprises développent des chartes de bonne utilisation d'Internet et de la messagerie.

Des programmes de prévention commencent également à être appliqués en entreprises. Ils sont basés sur l'information aux employeurs et aux employés des risques encourus par l'utilisation des téléphones portables de fonction, des e-mails, d'Internet, etc. Comme la plupart des addictions sans produit, le traitement de la dépendance au Net ne nécessite pas de médicament. Il repose sur des thérapies basées sur la parole et des thérapies comportementales (identification et modification du comportement). Comme pour toutes les autres conduites addictives, l'objectif est de comprendre les raisons qui poussent le cyberdépendant à utiliser des NTIC.

Contrairement aux États-Unis où les « Internet Addiction Disorders » font grand bruit, en France, la cyberdépendance reste encore rarement prise au sérieux. Les structures d'accueil sont largement insuffisantes. Quant à la prévention, elle est pour l'instant inexistante.

L'acceptation sociale de la cyberdépendance semble plus grande que pour les autres addictions.

L'usage d'outils modernes de communication est valorisé par notre société, et encouragé. La dépendance ne peut s'appréhender véritablement que par une approche globale intégrant ces trois champs en constantes interactions : l'objet de l'addiction, la personne et son environnement. Que l'on travaille sur les causes, les conséquences, les axes préventifs ou thérapeutiques, il faut, pour être pertinent, aborder le problème sous ces trois volets.

Ils peuvent également participer à des formations (actualisation ou acquisition de compétences) sur le sujet, ce qui est un des objectifs du Plan gouvernemental addictions 2007-2011.

Certains outils permettent à la fois un dépistage et une sensibilisation [68, 69]. Peut être citée notamment « l'intervention brève » utilisée pour l'alcool [70]. D'autres outils, notamment l'intervention brève pour le cannabis, devraient être développés à l'avenir.

Il est par ailleurs nécessaire de développer des relations avec des structures de prise en charge spécialisées, le rôle du service de santé au travail n'étant pas d'assurer la prise en charge thérapeutique mais de l'initier. Des contacts peuvent également être pris avec les consultations de pathologie professionnelle.

Dans le cas particulier des urgences en milieu de travail qu'elles soient liées à des consommations ou à une addiction comportementale et qui dépassent le cadre de la prévention, la conduite à tenir doit avoir été inscrite dans l'organisation des secours de l'entreprise et dans le document écrit référent établi collectivement pour la gestion et le suivi des addictions.

Le cas particulier de la prise en charge des addictions sans produit fait l'objet de l'encadré 7. Il ne s'agit

pas dans ce cas véritablement de prévention puisqu'il n'existe pas à ce jour de mesures de prévention validées de ces addictions.

Conclusion

L'ampleur et l'expansion de la consommation de substances psychoactives dans la population active créent un nouvel enjeu pour les services de santé au travail. La question des addictions en milieu de travail reste encore une problématique délicate à aborder en raison de la réglementation. Les réflexions récentes (rapport MILDT [75]) ont amené à proposer un certain nombre de pistes de travail pour lutter contre ce fléau et développer des démarches de prévention. Un certain nombre de pistes de réflexion et un canevas pour la mise en place d'une démarche de prévention des addictions qui doit, dans tous les cas, faire partie intégrante de la démarche globale de l'entreprise en matière de risque professionnel, ont été développés dans ce dossier.

Points à retenir

Les conduites addictives sont le plus souvent liées à des substances psychoactives mais de plus en plus d'addictions comportementales sont décrites dans la littérature

L'analyse des facteurs explicatifs des addictions met en évidence que les mécanismes sont comparables qu'il s'agisse d'addiction à un produit ou non

L'état des lieux en entreprise met en évidence que les consommations de substances psychoactives sont une réalité dans le monde du travail

Le cadre juridique permet de définir les bonnes pratiques en matière de prévention et de contrôle

La prévention repose avant tout sur une démarche collective qui doit respecter les libertés individuelles

Bibliographie

- [1] FARGES E - Les États face aux drogues. Mémoire de DEA de Sciences politiques ; 2002 (www.memoireonline.com/12/05/11/m_Jes-etats-face-aux-drogues0.html).
- [2] COSTES JM (Ed) - Drogues et dépendances, données essentielles. Paris : Editions La Découverte ; 2005 : 2002 p.
- [3] Drogues, chiffres clés. Saint-Denis la Plaine : OFDT ; 2007 : 6 p.
- [4] Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. *J Off Répub Fr.* 1971 ; 3 janvier 1971 : 74-76.
- [5] Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. *J Off Répub Fr.* 2007 ; 56, 7 mars 2007 : 4297-4336.
- [6] La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 (www.santé.gouv.fr/html/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf).
- [7] Présentation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. MILDT, 2008 (www.drogues.gouv.fr/article5831.html).
- [8] Code du travail - Article L. 4622-3 (www.legifrance.gouv.fr).
- [9] Avis n° 15 du 16 octobre 1989 sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise. Rapport du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 1989 (www.ccn-ethique.fr/docs/fr/avis015.pdf).
- [10] Circulaire n° 90/13 du 9 juillet 1990 relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise. *Bull Off Minis Trav Empl Form Prof.* 1990 ; 90/18, 26 septembre 1990 : 15-18.
- [11] DURAND E, GAYET C, BIAJOU A - Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail. *Pratiques et déontologie TM 2. Doc Méd Trav.* 2004 ; 99 : 301-14.
- [12] DURAND E - Conduites addictives et travail. Journées de l'Institut national de médecine agricole. Lille, 6-7 octobre 2005. Notes de congrès TD 146. *Doc Méd Trav.* 2006 ; 106 : pp. 203-15.
- [13] DELEPINE A, DURAND E, FALCY M, FERRERA M ET AL. - 29^e Congrès national de médecine et santé au travail. Lyon, 30 mai-2 juin 2006. Note de congrès TD 151. *Doc Méd Trav.* 2006 ; 108 : 507-38.
- [14] International Classification of Diseases (ICD). WHO, 2007 (www.who.int/classifications/icd/en).
- [15] VALLEUR M - Les addictions sans drogue et les conduites orales : addictions, substitutions. *Inf Psychiatr.* 2005 ; 81 (5) : 423-28.
- [16] AULLAIRE JF, PEUSSOLO A - Psychiatrie. In : GODEAU P, HERSON S, PIETTE JC - Traité de médecine. 4^e édition. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2004. 2 tomes : 2615-50, 3208 p.
- [17] DURAND E - Médicaments psychotropes et travail. Traitements de substitution aux opiacés. Dossier médico-technique TC 111. *Doc Méd Trav.* 108 ; 2006 : 441-60.
- [18] DURAND E - Médicaments psychotropes et travail. Médicaments antidépresseurs. Dossier médico-technique TC 116. *Doc Méd Trav.* 2007 ; 112 : 487-508.
- [19] Drogues et travail : le new deal ? *Rev Toxicol.* 2004 ; 15 : 1-18.
- [20] BONDELLE A, FELDMAN A, VALLEUR M - Dossier. Drogues et travail. Un très mauvais ménage. *Trav Sécur.* 2007 ; 678 : 16-28.
- [21] Conduites addictives et risques professionnels en Europe. Les débats d'Eurogip. Paris, 20 octobre 2006. Eurogip-27/F. Paris ; Eurogip ; 2006 : 31 p.
- [22] VALLEUR M, VALLES D - Les addictions sans drogue(s). *Rev Toxicol.* 2002 ; 6 : 1-13.
- [23] Kahn-Bensaude I, Rigaud A - La prévention et la prise en charge des addictions. *Bull Ordre Méd.* 2007 ; 3 : 6-10.
- [24] ROBINSON BE - Concurrent validity of the Work Addiction Risk Test as a measure of workaholism. *Psych. Rep.* 1996 ; 79 (3 Pt 2) : 1313-14.
- [25] VOIRDE C - Quelques aspects psychologiques de l'ergonomie. Association du Personnel de la Confédération, 2002 (apc.eplch.vwebdav/site/apc/shared/2002/BoulomanieExposeVoirol.pdf).
- [26] Avantages et inconvénients d'un travail bien rémunéré. Radio Romania International : 9 mai 2007 (www.riro/art-art.html?lang=68&sec=76&art=1841).
- [27] VACHIEY B, MAGALON D, LANGON C - Addiction à INTERNET. *THS Rev Addict.* 2005 ; 7 (27) : 1365-70.
- [28] VALLEUR M - Dépendances sans drogues. *Cerveau Psycho.* 2004 ; 7 : 54-59.
- [29] LEJOYEUX M, MORO L, ADES J - Addiction à l'internet. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Psychiatrie 37-396-A-27. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2003 : 6 p.
- [30] VALLEUR M - La cyberdépendance. *Agir Mag.* 2007 ; 13 : 27-28.
- [31] KAKABADSE N, BAILEY S - Behind closed doors Techno Addiction. Paper presented at the Sunley management Centre, University of Northampton, UK, 29th february 2008.
- [32] VAN DEN BULCK J - Text messaging as a cause of sleep interruption in adolescents, evidence from a cross-sectional study. *J Sleep Res.* 2003 ; 12 (3) : 263.
- [33] KAMVAR M, BALUJA S - A Large Scale Study of Wireless Search Behavior: Google Mobile Search. Proceedings of the SIGCHI conference on Human Factors in computing systems. CHI 2006 April 22-27. Montréal, Québec, Canada, 2006 (www.esprockets.com/papers/kamvar-baluja_chi06.pdf).
- [34] GOLDBERG I - Internet addiction disorder. Article posted by Ivan Goldberg to news group alt.internet.media-coverage. January 9, 1995 (www.cog.brown.edu/brochure/people/duch/or/humor/internetaddiction.html).
- [35] YOUNG KS - Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Paper presented at the 104th annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada August 15, 1996 (www.netaddiction.com/artides/newdisorder.htm).
- [36] YOUNG KS - Internet addiction: a new clinical phenomenon and its consequences. *Am Behav Scientist.* 2004 ; 48 (4) : 402-15.
- [37] GARNEAU J - Les recherches sur la cyberdépendance. *Lett Psy.* 1999 ; 3 (10) :
- [38] LEROUX Y - Il n'y a pas d'addiction à internet, aux jeux vidéos. *Epsychologie* 2006 (annuleroux.free.fr/?p=94).
- [39] ROSSE E - Clinique de l'addiction aux jeux en réseau. Communication aux 2^e journées de l'Albatros, 6 juin 2008.
- [40] LOWENSTEIN VW - Ces dépendances qui nous gouvernent : comment s'en libérer ? Paris : Librairie générale française ; 2007 : 317 p. (nouvelle édition)

[41] GAUMER J. - La cyberaddiction: une dépendance à Internet ? Impacts d'Internet en santé mentale: Résultats de l'enquête sur les accros du Web. Communication présentée au Congrès de l'université de Nantes, service de psychiatrie infanto-juvénile, CHS de Montbert, Nantes ; septembre 2006.

[42] DEJOURS C. - Le travail entre banalisation du mal et émancipation. In : Collège International de Psychanalyse et d'Anthropologie - D'un siècle à l'autre: la violence en héritage: perspectives psychanalytiques et anthropologiques. Paris: Editions In Press; 2002: 160 p.

[43] HIRIGORIEN MF. - Le Harcèlement moral. La violence perverse au quotidien. Paris: Éditions La Découverte et Syros; 1998: 213 p.

[44] HEGLENDOR JM, HANNOTHIAUX MH, LAYAHE-ROUSSEL MC, FONTAINE B ET AL. - Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel: une étude dans la région Nord Pas-de-Calais. *Bull. Ordre Méd.* 1997; 80: 111-15.

[45] LECIERC A, ZINS M, BUSEL J, CHASTANG JF ET AL. - Consommation de boissons alcoolisées et situation professionnelle dans la cohorte GAZEL (EDF-GDF). *Arch Mal Prof.* 1994; 55 (7): 509-17.

[46] DIEZINNE C, PRADTAU P. - Limite, intérêt et avenir du dépistage systématique des substances psychoactives: étude sur une population de candidats au poste de chauffeurs poids lourds. Communication aux 21^e journées méditerranéennes internationales de médecine du travail, 26-28 octobre 2001, Marrakech.

[47] LABAT L, DENON B, LHERMITTE M. - Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Ann Toxicol Anal.* 2004; 16 (4): 269-74.

[48] MOSEL P. - Prévention des conduites addictives en entreprise: expérience dans l'industrie automobile. *Arch Mal Prof Env.* 2006; 67 (2): 212-13.

[49] WYLNIEK M, RISODILL I. - Dépistage urinaire systématique des substances psychoactives parmi le personnel SNCF affecté aux postes de sécurité des circulations ferroviaires. Bilan à deux ans. *Arch Mal Prof Env.* 2006; 67 (2): 214.

[50] DENON B, MASSON N. - Conduites addictives et travail: enquête nationale chez les chauffeurs affiliés à la Mutualité Sociale Agricole. Actes du 29^e Congrès national de médecine et santé au travail. *Arch Mal Prof Env.* 2006; 67 (2): 212.

[51] Consommations en milieu de travail. In: *Alcool, Dommages sociaux, abus et dépendances. Expertise collective.* Paris: Les Éditions INSERM; 2003: 113-27, 536 p.

[52] FACY F, REBAUD M, BERGERET A. - Étude sur les liens entre santé au travail et secteur spécialisé en alcoologie. *Arch Mal Prof Env.* 2005; 66 (3): 226-35.

[53] MENARD C. - Alcool en entreprise: les difficultés de la prévention. *La Santé de l'Homme.* 2006; 385: 42-45.

[54] MENARD C, LEON C. - Activité professionnelle et santé, quels liens? In: BECK F, GUBERT P, GAUTIER A. (Eds) - Baromètre santé 2005. Attitudes et comportement de santé. Collection Baromètres Santé. Saint-Denis: INPES; 2007: 415-444, 608 p.

[55] BERGERET A, FORT E. - Enquête descriptive sur les pratiques addictives en milieu maritime français. Actes des 13^e journées de la médecine des Gens de mer. Paris, 13 et 14 mars 2008.

[56] Livre blanc: sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments. Paris: La documentation française; 1996: 249 p.

[57] BIECHLER MB, FACY F, MARTINEAU H, POYTAVIN JF. - Enquête stupéfiants et accidents mortels (SAM). Recherche des substances consommées. *Alcoologie Addictologie.* 2006; 28 (4): 297-309.

[58] LAUMON B, GADIGEERU B, MARTIN JL, BIECHLER MB ET AL. - Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ.* 2005; 331 (7529): 1371.

Erratum in: *BMJ.* 2006; 332 (7553): 1298.

[59] Arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée. *J Off Répub Fr.* 2005; 301, 28 décembre 2005; 20098-113.

[60] Médicaments et conduite automobile. Saint Denis: AFSSAPS; 2005: 19 p.

[61] DESJOLIX G, ASHAR AM, COLONNA D'ISTRIA E, RAUBIE D ET AL. - Consommation d'hypnotiques chez les militaires français. *Méd Armées* 2007; 35 (2): 155-58.

[62] GAYET C. - Aptitude, invalidité. Rôles respectifs du médecin du travail, du médecin-conseil et du médecin traitant. *Pratiques et déontologie TM 5. Doc Méd Trax.* 2005; 104: 441-47.

[63] Arrêté du Conseil d'État n° 279632 du 7 juin 2006 (www.legifrance.fr).

[64] FRIGERIO KM. - Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978; 3 (3-4): 235-41.

[65] RUFFET B, CRINAC J, DARNIE B. - Dépistage de malades « alcooliques » par l'autoquestionnaire systématique DETA. Parmi des consultants hospitaliers. *Presse Méd.* 1989; 18 (33): 1654-56.

Comment in: *Presse Méd.* 1990; 19 (7): 334.

[66] REYNOLDS M. - Usage nocif de substances psychoactives - identification des usages à risques: outils de repérage, conduite à tenir. Paris: Documentation française; 2002; 277 p.

[67] MICHAUD P, KUNTZ V, DEYORTIERE G, CABRE A ET AL. - Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Premiers résultats de l'étude EIST. *Évolutions.* 2008; 14: 1-6.

[68] DEYORTIERE G, MICHAUD P, DEVOST AV. - Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge. Études et enquêtes TF 141. *Doc Méd Trax.* 2005; 102: 215-23.

[69] KUNTZ V, MICHAUD P, TOULIAU S, LOBRAN G ET AL. - Risque alcool et santé au travail. Étude de repérage et d'intervention auprès de 2060 salariés. *Évolutions.* 2006; 11: 1-4.

[70] Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. *Bull Off Santé Prot. Soc. Solidar.* 2006; 06/11, 15 décembre 2006: 121-26.

[71] RAEBIDOU H, REYNAUD M. - Thérapies cognitives et comportementales et addictions. Flammarion Médecine-Sciences; 2006: 113 p.

[72] MIRABEL-SARRON C, VERA L, SAMUEL-LAEGRESSE B. - L'entretien en thérapie comportementale et cognitive. Paris: Dunod; 2004: 156 p.

[73] REYNOLDS M. - Addictions et psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 2005: 292 p.

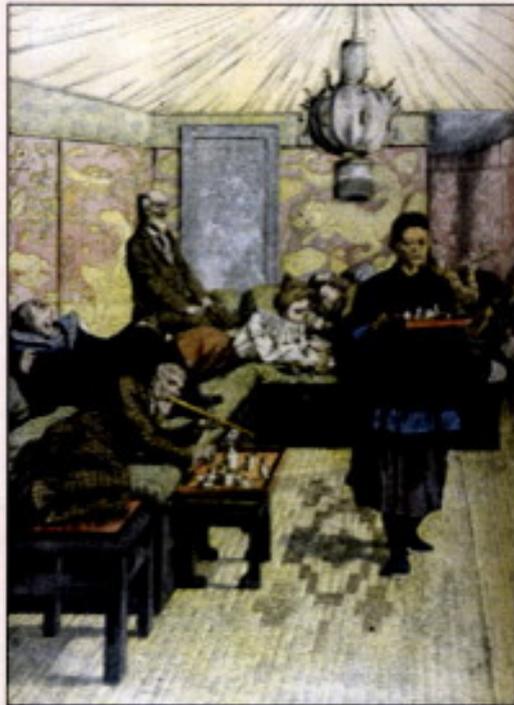
[74] CHINGI C. - Faire face aux dépendances: alcool, tabac, drogues, jeux, internet. Paris: Retz; 2005: 248 p.

[75] Conduites addictives et milieu professionnel. Rapport établi dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. MLDT, 2006 (www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/CONDUITES_ADDICTIVES.pdf).

Pour en savoir plus

- BONDÉLLE A, FELLMANN A, DUBOIS G, FAVIER AL. - Dossier. Alcool, tabac... au travail. De bien mauvaises habitudes. *Trav Sécur.* 2006; 667: 28-36.
- LUTTER CONTRE LE TABAGISME EN ENTREPRISE. INRS, 2008 (www.inrs.fr/dossiers/tabagisme.html).
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (www.emcdda.europa.eu).
- Ensemble, arrêtons le tabac (site interministériel) (www.tabac.gouv.fr).
- INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (Inpes) (www.inpes.sante.fr).

- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OFDT) (www.ofdt.fr).
- ADDICTIONS EN ENTREPRISE. Actes des Assises nationales de la prévention du 3 mai 2006. ANPAA, 2006 (www.anpaa.asso.fr/upload/synthese/4a3f92e3_Acces_du_3_mai_06.pdf).
- FONTAINE A. - Double vie. Les drogues et le travail. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond; 2006: 215 p.
- PHAN CHAN THE E. - Alcool et travail. Performances. 2006; 28: 3-17.
- ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS. Gérer les risques liés aux consommations de substances psychoactives. Actes du colloque du 7 juin 2005. ANPAA, 2005 (www.anpaa.asso.fr/upload/synthese/4a3f92e3_Acces_du_3_mai_06.pdf).



Fumerie d'opium en France. « Le Petit Journal », juillet 1903. © ROGER-VIOUET

L'usage de drogues, définies comme étant des « substances pouvant altérer les états de conscience de l'homme », est retrouvé très tôt dans l'histoire des civilisations humaines.

Les premières utilisations d'opiacés remontent aux époques sumérienne et babylonienne (3000 avant J.C.). En Égypte, l'opium était utilisé comme un médicament ou un poison. Il est également retrouvé en Chine vers l'an 1000 dans les suites de son importation. L'opium se développe en Europe durant le Moyen-âge, notamment comme médicament. Toutefois, ce n'est qu'au cours du 19^e siècle qu'est apparu un usage hédonique de la drogue. Les conduites toxicomaniaques renvoient dès lors à une recherche de plaisir personnel et à un démarquage social. La première cause de ce changement est le développement économique des substances qui acquièrent le statut de marchandise. Les gouvernements européens sont à l'époque largement favorables, pour des motifs économiques, au commerce et à la diffusion des substances notamment de l'opium. Au 19^e siècle, la « guerre de l'opium » contraint la Chine à ouvrir plusieurs ports francs au commerce européen.

Le développement des stupéfiants a également été favorisé par la découverte au cours du 19^e siècle des alcaloïdes, substances actives contenues dans les principaux stupéfiants naturels, simultanément à l'accélération rapide des progrès réalisés en chimie organique. En 1803, Louis Charles Dersonne isole un sel composé de morphine et de narcotine. Friedrich William Sertürmer, pharmacien de Westphalie, identifie en 1805 le premier alcaloïde de l'opium, baptisé morphium en référence aux puissantes propriétés calmantes et analgésiques de la substance. Elle sera utilisée, par voie injectable, comme anesthésiant pendant la guerre de 1870 ou encore durant la guerre de Sécession américaine. Les médecins s'enthousiasment pour ce médicament qui supprime instantanément la douleur. Le chimiste allemand Dreser synthétise une nouvelle substance encore plus puissante, l'héroïne, qui est mise sur le

Des notions de drogues et de toxicomanies à celle d'addictions

[d'après 1]

marché en tant que médicament en 1898. L'industrie pharmaceutique, à la recherche de nouveaux produits à commercialiser, soutient ces recherches. La généralisation de sa prescription dans un grand nombre d'indications peu ou pas adaptées à ses propriétés pharmacologiques banalise son usage au début du vingtième siècle et fut à l'origine d'innombrables cas de toxicomanies.

La cocaïne apparaît en Europe à la même époque. Elle est découverte par le chimiste allemand Albert Niemann en 1859 à partir des feuilles de coca rapportées du Pérou. La cocaïne est, tout comme la morphine, accueillie par le monde médical avec beaucoup d'enthousiasme. Elle est administrée comme traitement d'un grand nombre d'infections, comme désintoxiquant contre l'alcoolisme ou encore comme tonique. Freud préconise la cocaïne, dans un texte publié en 1884, dans les troubles les plus variés tels que l'indigestion, la cachexie et l'impuissance, mais surtout le morphinisme et l'alcoolisme.

La considération sociale des drogues est dominée, du début du 19^e siècle jusqu'aux années 1840, par la règle du « désintérêt général ». L'usage de drogues n'est pas stigmatisé et n'est pas encore perçu comme un fléau. L'attitude favorable du corps médical a fortement contribué à ce phénomène. L'opiomanie se développe de façon importante à partir du 19^e siècle. De nombreuses fumeries semi-clandestines se multiplient en France notamment après la colonisation de l'Indochine. L'opiophilie se développe dans les cercles artistiques et intellectuels, sous forme de la consommation d'opium fumable, et dans le milieu médical, sous forme d'opium ingéré.

Jacques Moreau, psychiatre, prescrivait à partir de 1842 du haschich à ses patients. Il soutenait qu'outre ses effets proprement thérapeutiques, le chanvre permet une « exploration en matière de pathologie mentale ». Moreau fréquenta le « club des haschichins », fondé par Théophile Gautier sur l'île Saint-Louis à Paris. Ce cercle d'initiés fut le rendez-vous du monde littéraire et artistique parisien durant la seconde moitié du 19^e siècle : Alexandre Dumas, Charles Baudelaire, Eugène Delacroix, Victor Hugo ou encore Gérard de Nerval figurèrent parmi ses habitués. Il s'agit pour eux d'ouvrir, à l'aide de l'usage de psychotropes, la porte de l'inconscient qui offre l'accès aux « paradis artificiels ». Les prises de haschich ou d'opium deviennent des stimulants qui permettent une initiation au voyage, un accroissement de conscience. L'usage hédoniste encore très restreint va cependant rapidement se développer et donner place à la toxicomanie.

À partir du milieu du 19^e siècle, l'usage de la morphine se généralise et dépasse les classes sociales aisées. Elle se répand dans les couches les plus défavorisées de la société. C'est à cette époque que le terme de « stupéfiant » intègre les dictionnaires et les encyclopédies. Le constat des com-

plications engendrées par une consommation régulière commença à préoccuper une partie de la population et du corps médical. En France, des ouvrages qui dénoncent les dangers des substances psychoactives sont publiés (Levinstein en 1877, Guimbail en 1891). De nombreux romans critiquent la déchéance du drogué. Un phénomène nouveau apparaît dont la désignation emprunte autant à la médecine qu'à la morale : morphinisme, morphinomanie, cocaïnomanie, cocaïnisme, etc. Le terme de toxicomane est introduit en 1885 par Regnard. Les médecins spécialisés commencent alors à débattre des modalités de traitement : sevrage brusque, rapide ou lent avec le recours ou non à d'autres substances psychoactives telles que la codéine ou l'alcool.

Une nouvelle explication du développement des substances émerge au début du vingtième siècle : il s'agit d'une épidémie menaçant l'ensemble de la société. Le toxicomane est décrit alors comme un « malade dangereusement contagieux, contre lequel les mesures les plus sévères doivent être prises, aussi bien dans son propre intérêt que dans celui de la société ». Certains médecins prônent une loi répressive afin d'endiguer les « toxiendémies » qui menacent la civilisation. Les hygiénistes décrivent trois épidémies d'abus de drogues qui ont eu lieu en France : la morphinomanie de 1880 à 1900, l'opiomane à partir du début du 20^e siècle puis la cocaïnomanie qui se développe considérablement au début du vingtième siècle et qui supprime la morphine et l'héroïne en France juste avant la guerre de 1914. La cocaïne symbolise l'arrivée massive de la drogue dans la rue.

La seconde moitié du 20^e siècle a vu la diffusion massive de substances psychoactives. La période des années 1950 correspond à une période de bien être social et à un mode de production et de consommation élevée ; très peu ont recours aux « stupéfiants ». Un peu avant la fin des trente glorieuses (fin des années 60), l'usage de substances psychoactives va se développer de façon notable notamment par le biais des prescriptions de médicaments comme les tranquillisants, les amphétamines, les analgésiques en Europe. Il s'agissait de substances légales dotées d'un fort pouvoir de dépendance. Les amphétamines étaient déjà utilisées durant la seconde guerre mondiale, tandis que Albert Hoffman décrit en 1943 les effets de l'acide lysergique, connu sous le nom de LSD. Certaines dépendances induites par ces médicaments ont été d'autant plus fortes par exemple que les amphétamines étaient fréquemment injectées par voie veineuse. En ce qui concerne les anti-dépresseurs, des erreurs ont accompagné leur usage et peuvent être soulignées. La première a consisté dans la très forte prescription de ces nouveaux médicaments et ce dans de nombreuses circonstances (sommeil, anxiété, régimes amincissants, etc.). La seconde a été la très forte pression des industries pharmaceutiques. La diffusion des drogues, pendant cette période, est également à mettre en lien avec un phénomène culturel. Les premières communautés hippies s'installent en 1966 sur les hauteurs de San Francisco et les États-Unis connaissent, dès 1967, une extension rapide de l'usage de drogue. Celle-ci atteint rapidement les couches sociales les plus pauvres. Les pays européens (Grande-Bretagne, Pays-Bas, France, Allemagne, Italie) connaissent les retombées de ce phénomène relativement rapidement. Cette consommation de drogues s'explique par le besoin de prendre des distances avec une réalité sociale et culturelle trop rigide. Les consommateurs se tournent notamment vers des substances telles que la marijuana, le haschich et le LSD, laissant à part l'héroïne. Le « temps des fleurs » prend cependant très rapidement fin

et le cannabis cède la place aux drogues telles que la cocaïne ou encore l'héroïne. Ainsi, de 1969 à 1971, le nombre d'interpellations pour usage ou trafic d'héroïne passe en France de 210 à 982.

Les années 80 ne présentent, mis à part une forte croissance des personnes usant de substances, qu'une seule nouveauté : l'augmentation de la consommation de la cocaïne qui semble pendant un temps devancer l'usage d'héroïne. Un autre facteur de l'évolution des consommations et de la diminution de l'héroïne, est, selon Pascal Courty, la situation économique des ménages qui va considérablement se détériorer au cours des années 80 tandis que les substances sont dotées d'une très forte rigidité des prix (prix moyen de l'héroïne à 1 000 francs le gramme = dose journalière moyenne). L'alcool commence à être utilisé au début des années 80 comme « substitut » aux autres



Détail d'un « Magic Bus » hippie, exposé au Bethel Woods Center for the Arts, un musée construit sur le site du festival de musique Woodstock 1969 et qui lui est consacré. © AFP PHOTO/EMMANUEL DUNAND

substances psychoactives. De nombreux médicaments vont également être détournés de leur utilisation tels que les sirops antitussifs ou les tranquillisants comme les benzodiazépines. Cette décennie se caractérise enfin par l'apparition de nouveaux modes de consommation des drogues synthétiques (LSD, amphétamines, ecstasy, etc.) et par le développement du cannabis qui a fortement contribué à l'augmentation de la consommation de substances des plus jeunes.

Actuellement, l'augmentation de la consommation de substances psychoactives, quel que soit leur statut vis-à-vis de la loi, a pris une ampleur sans précédent (cf. *Épidémiologie en population générale*). Les concepts de drogue dure ou douce ne sont plus d'actualité, les recherches neurobiologiques ayant mis en évidence que toutes les substances psychoactives agissent de façon comparable. Le concept de toxicomanie a été remplacé par celui d'addiction plus large permettant d'intégrer le tabac, l'alcool, les médicaments ainsi que des comportements addictifs sans produit (jeu pathologique par exemple...).

ANNEXE 2 : exemples de tests de dépistage

TABAC TEST DE FAGERSTRÖM [64]

1. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> moins de 5 minutes | 3 |
| <input type="checkbox"/> 6 et 30 minutes | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 à 60 minutes | 1 |
| <input type="checkbox"/> après 60 minutes | 0 |

2. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- | | |
|------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |

3. Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> la première | 1 |
| <input type="checkbox"/> une autre | 0 |

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 10 ou moins | 0 |
| <input type="checkbox"/> 11 à 20 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 21 à 30 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 ou plus | 3 |

5. Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- | | |
|------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |

6. Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- | | |
|------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU TEST

Les chiffres placés en colonne à droite (de couleur brique) permettent d'établir le score

- Score entre 0-2 : pas de dépendance
- Score entre 3-4 : dépendance faible
- Score entre 5-6 : dépendance moyenne
- Score entre 7-8 : dépendance forte
- Score entre 9-10 : dépendance très forte

A LCOOL QUESTIONNAIRE DETA-CAGE [65]

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> non |

2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> non |

3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> non |

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> non |

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU TEST

Compter 1 pour toute réponse positive, 0 si non

Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolodépendance à partir de 2 items positifs.

et de repérage

CANNABIS TEST D'ÉVALUATION D'ABUS OU DE DÉPENDANCE [66]

	jamais	rarement	de temps en temps	assez souvent	très souvent
1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, incidents, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU TEST

Le CAST n'est pas un outil diagnostique mais un test de repérage. Il a été développé pour un public d'adolescents ou de jeunes adultes. En pratique, le score se calcule de la façon suivante : les deux premières

questions cotent 1 à partir de la réponse « de temps en temps », 0 sinon. Les quatre suivantes cotent 1 dès la réponse « rarement ». Le score varie de 0 à 6. Un score ≥ 4 suggère un usage problématique.

T RAVAIL

TEST DE ROBINSON [24]

1. Je préfère faire les choses moi-même plutôt que de demander de l'aide
2. Je suis impatient quand je dois attendre l'aide d'un autre ou quand une tâche prend trop de temps
3. J'ai l'impression d'être pressé, de courir contre la montre
4. Je suis irrité quand on m'interrompt au milieu d'une activité
5. J'ai plusieurs fers au feu, je suis tout le temps occupé
6. Je fais plusieurs choses en même temps (manger, lire, répondre au téléphone...)
7. Je m'implique trop dans mon travail, je prends des engagements qui dépassent mes capacités de travail
8. Je me sens coupable lorsque je ne travaille pas
9. Il est important pour moi de voir les résultats concrets de ce que je fais
10. Je suis plus intéressé par le résultat final de ce que je fais que par la manière d'y arriver
11. Les choses ne vont jamais assez vite pour moi
12. Je perds patience quand les choses ne vont pas au rythme qui me convient
13. Je pose plusieurs fois les mêmes questions sans me rendre compte que j'ai déjà une réponse
14. Je passe beaucoup de temps à organiser mon travail et à réfléchir à la manière dont je vais travailler
15. Je continue à travailler alors que mes collègues ont quitté le bureau
16. Je suis irrité quand les personnes de mon entourage ne correspondent pas à ce que j'attends d'elle
17. Je suis en colère dans les situations que je ne peux pas contrôler
18. J'ai tendance à me mettre la pression en m'imposant des délais quand je travaille
19. Il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas
20. Je passe plus de temps au travail qu'en famille, avec mes amis ou aux activités de loisirs
21. J'aime préparer mon travail pour prendre de l'avance
22. Je supporte mal mes erreurs, même les plus anodines
23. Je consacre plus d'énergie à mon travail qu'à mes amis ou à ma famille
24. J'oublie, j'ignore ou néglige les vacances, les fêtes familiales
25. Je prends des décisions importantes avant d'avoir réuni tous les éléments nécessaires pour me forger une opinion

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU TEST

Ce test comprenant 25 items permet de détecter et quantifier le *workaholisme* ; chaque réponse est cotée de 1 à 4 (1 = jamais, 2 = parfois, 3 = souvent, 4 = toujours).

Trois niveaux de risques ont été établis par l'auteur : faible entre 25 et 56 ; moyen entre 57 et 66 ; élevé entre 67 et 100.

Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail

L'objet de cet article est de faire le point sur le cadre juridique du dépistage des substances psychoactives sur le lieu de travail. Dans une première partie seront donnés un certain nombre de définitions et une liste non exhaustive des produits les plus courants et de leurs effets. Dans une seconde partie seront développées les règles juridiques qui encadrent le dépistage sur le lieu de travail. Les méthodes de dépistage ne seront pas abordées dans cet article.

Les substances psychoactives sont définies comme des substances modifiant le fonctionnement psychique. Dans certains cas, il s'agit d'un effet recherché, ce qui est le cas des « médicaments psychotropes » et des « drogues ». Dans d'autres cas, par exemple des médicaments non psychotropes, il s'agit d'un effet secondaire indésirable.

L'addictologie, discipline récente, étudie les pratiques de consommation et les conduites addictives dans le cadre d'une approche globale. Elle vise à comprendre les mécanismes d'acquisition de la dépendance et s'intéresse en particulier aux déterminants biologiques, psychologiques et sociaux. Son objectif est également de réfléchir aux traitements et à la prévention ainsi qu'aux conséquences sociales et économiques de ces dépendances.

La classification internationale des maladies (CIM 10) distingue l'usage, l'abus et la dépendance qu'elle soit physique ou psychique (encadré 1). La CIM 10 consacre un chapitre aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19). Un certain nombre de produits font l'objet de cette classification suivant le stade des effets produits pour chacun d'entre eux : alcool, opiacés, dérivés du cannabis, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne, stimulants y compris la caféine, hallucinogènes, tabac, solvants volatils... La polyconsommation fait l'objet d'une catégorie à part ainsi que l'utilisation de substances autres que de celles déjà listées. La classification américaine DSM IV fait le même type de distinctions et n'est pas détaillée ici.

Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanes (OFDT), 8,9 millions de français consomment quotidiennement de l'alcool, 13 millions

E. DURAND*, C. GARETT**,
A. BIACU***

* Département Etudes et assistance médicales, INRS, Centre de Paris.

** Service juridique, INRS, Centre de Paris.

*** Département Documentation, Centre de Paris, INRS.

Usage, abus et dépendance (d'après la CIM 10)

ENCADRÉ 1

L'usage

Consommation du produit occasionnelle ou régulière. Cet usage peut comporter ou non des risques pour la santé.

L'abus (utilisation nocive pour la santé)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

La dépendance (ou syndrome de dépendance)

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et parfois, à un syndrome de sevrage physique.

 inrs

Documents pour le Médecin du Travail
N° 99
3^e trimestre 2004

301

du tabac, 2,4 millions des médicaments psychotropes et 280 000 du cannabis. Depuis 1970, en France, le nombre de consommateurs de substances psychoactives aurait été multiplié par dix ou vingt. Bien souvent, les consommations se cumulent : 90 % des consommateurs d'alcool ont été fumeurs et 80 % des fumeurs boivent de l'alcool. La quantité consommée et la fréquence de consommation sont des indicateurs fondamentaux.

Les entreprises ne peuvent qu'être concernées par ce phénomène en raison de son ampleur et des implications qu'il a en matière de santé au travail et de risques professionnels. La dépendance, définie dans l'encadré 1, peut entraîner des difficultés sur le lieu du travail. Elle nécessite une prise en charge médicale.

En effet, la présence de salariés en état d'ébriété ou sous l'emprise de drogues sur le lieu de travail présente des risques. Les conséquences en matière de comportement et de vigilance des salariés peuvent être à l'ori-

gine d'accidents. Cette situation pose en outre des problèmes d'ordre juridique étant donné les interdictions qui existent sur le plan légal, tant du point de vue de la consommation de stupéfiants que du séjour de salariés en état d'ivresse dans les entreprises.

Il peut être également noté que les informations disponibles à l'échelle nationale, à partir des dépistages routiers et des consultations en centres de cure ambulatoire en alcoologie, amènent à constater l'importance des conséquences des abus d'alcool en milieu routier et leurs implications dans les interventions des professionnels de la sécurité routière et de l'alcoologie.

La question du dépistage des substances psychoactives sur le lieu de travail reste problématique et se pose souvent dans des situations sociales difficiles et compliquées. Cependant, le dépistage de ces substances par les services de santé au travail est encadré par un certain nombre de textes juridiques qui seront développés ici. Les situations seront dans tous les cas différentes selon les produits :

- drogues licites et illicites (encadré 2) ;
- drogues sédatives (hypnotiques, sédatifs...) et désinhibitrices (alcool, cocaïne, amphétamines).

Enfin, il est nécessaire de rappeler que la consommation de drogues illicites est encadrée par la loi de 1970 (encadré 3). Les orientations du plan gouvernemental récemment adopté par le Premier ministre pour la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) sont détaillées dans l'encadré 4.

ENCADRÉ 2

Substances licites et illicites

Substances licites : alcool, tabac, solvants, médicaments...

Substances illicites : cannabis, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes...

ENCADRÉ 3

À propos de la loi du 31 décembre 1970

La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 (codifiée au livre IV de la troisième partie du Code de la Santé publique consacré à la lutte contre la toxicomanie) constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la drogue depuis près de trente ans. Cette loi réprime l'usage et le trafic de stupéfiants, en distinguant clairement ces deux aspects. Depuis 1970, la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises en augmentant les peines encourues ou en créant de nouveaux délits (offre et cession, blanchiment). En revanche, la répression de l'usage, objet de débats incessants, n'a pas été modifiée durant toutes ces années.

Cette relative permanence sur le plan législatif ne doit pas masquer cependant des évolutions assez marquées dans la mise en œuvre de la loi, telle qu'elle s'exprime tout au moins dans les circulaires et autres textes rédigés par les administrations en charge de la justice et de la santé.

Les objectifs de la loi sont de réprimer sévèrement le trafic, de poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage et enfin d'assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter. Le texte de loi fait référence aux substances stupéfiantes inscrites dans une liste déterminée par la commission des stupéfiants et psychotropes, en accord avec la réglementation internationale. Un arrêté ministériel permet de classer une substance comme produit stupéfiant (anciennement tableau B et depuis le décret du 29 décembre 1988 catégorie des substances stupéfiantes). Depuis 1970, de nombreuses dispositions législatives ont été introduites instaurant des notions nouvelles telles que les délits de cession et d'offre en vue de la consommation personnelle, le délit général de blanchiment du produit du crime, etc.

Les produits

D'après la Classification internationale des maladies (CIM 10), les substances psychoactives comprennent l'alcool, les amphétamines et produits dérivés, la caféine, le cannabis, les hallucinogènes, la nicotine, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, hypnotiques et anodolytiques, les solvants volatils...

ALCOOL

Produits

L'alcool est toujours fabriqué à partir de la fermentation de glucides contenus dans des fruits, des végétaux ou des céréales (raisins, pommes de terre...). Le sucre présent se transforme en alcool (éthanol) sous l'action de levures : c'est la fermentation. Les boissons alcoolisées fabriquées par fermentation sont représentées par le vin, le champagne, le cidre, la bière...

D'autres boissons telles que le whisky, le rhum... subissent, en plus du procédé de fermentation, une distillation consistant à récupérer l'alcool par chauffage. Les boissons distillées ont une concentration en alcool beaucoup plus élevée.

Cinétique et métabolisme

La consommation d'alcool entraîne une absorption par voie digestive quasi totale. Cette absorption peut être ralentie par l'absorption concomitante de nourriture. Elle est accélérée par le jeûne et les boissons gazeuses.

L'alcoolémie atteint un maximum en 30 à 60 minutes à jeun et en deux heures avec un repas. La décroissance de l'alcoolémie est d'environ 0,10-0,15 g/l par heure. La vitesse d'élimination augmente chez les consommateurs chroniques d'alcool et les fumeurs.

Effets

Les effets sont multiples. Ils peuvent aller de la sensation de détente, désinhibition, plaisir à l'ivresse jus-

MILDT : Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008

ENCADRÉ 4

Depuis 1998, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) a pour mission d'élargir son champ d'action à la lutte contre l'abus des produits licites, tels que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes, d'améliorer le dispositif de coordination locale de lutte contre la toxicomanie et d'évaluer des actions conduites ou soutenues par elle-même. Le plan gouvernemental, approuvé et signé par le premier ministre fin juillet 2004, met notamment l'accent sur la prévention.

Ainsi, pour lutter contre les drogues illicites, le plan prévoit notamment l'éducation obligatoire à la prévention des pratiques addictives tout au long de la scolarité par des messages adaptés à chaque âge, la diffusion d'informations aux parents pour les préparer à prévenir les consommations et à savoir réagir si des consommations surviennent. Un bilan d'expérience dans les zones urbaines sensibles doit être établi pour trouver de nouvelles méthodes d'intervention. La présence d'acteurs de prévention sera assurée lors d'événements festifs.

Par ailleurs, concernant la répression, l'application de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie

et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses (cf. encadré 3) sera adaptée, afin de mieux prévenir la récidive des mineurs, de traiter l'infraction d'usage plus rapidement et plus systématiquement pour rendre la sanction plus dissuasive, et de renforcer la lutte contre le trafic par une meilleure concertation des services répressifs.

Concernant le tabac, les mesures visant au respect de la loi Evin en milieu scolaire et dans les lieux collectifs et publics seront renforcées.

Quant à l'alcool, un accent particulier sera mis notamment sur la sécurité routière par la mise en œuvre de contrôles préventifs rendus véritablement dissuasifs.

Ce nouveau plan gouvernemental prévoit également, entre autres mesures, de diversifier et de mieux adapter l'offre de soins, de renforcer la coopération internationale notamment par un rapprochement avec les pays voisins de l'Union européenne, et d'intensifier les efforts en matière de recherche dans le champ des drogues.

L'évaluation de l'action gouvernementale est assortie de niveaux de réussite escomptés au terme de la période quinquennale.



qu'à des troubles digestifs avec nausées, vomissements. La consommation chronique d'alcool est à l'origine de syndromes dépressifs avec perte de l'estime de soi.

Risques

Les risques sont immédiats dans le cas d'intoxication aiguë et à long terme en cas de consommation chronique.

Les risques immédiats sont la diminution de vigilance et des réflexes, la perte de contrôle avec passages à l'acte violents, accidents du travail et de la route. La symptomatologie peut aller jusqu'au coma éthylique en cas d'absorption massive d'alcool. Les risques à long terme sont représentés par une atteinte de plusieurs organes : foie, appareil digestif, nerfs périphériques et atteinte neurologique centrale... La manifestation la plus classique à long terme est la cirrhose du foie.

TABAC

Produits

La fumée de tabac est composée d'une phase gazeuse et d'une phase particulaire. La composition de ces phases est un mélange complexe de 4 500 constituants dont une soixantaine de substances cancérigènes ou suspectées de l'être. Par exemple : benzène, 4-aminobiphényl, goudrons, o-toluidine, 2-naphtylamine, benzo[a]pyrène, benz[a]anthracène, N-nitrosodiméthylamine, cadmium et arsenic.

La fumée de tabac contient des substances irritantes sur le plan respiratoire présentes dans la phase particulaire (phénols, acides organiques, benzoquinones) et dans la phase gazeuse (aldéhyde allylique ou acroléine, autres aldéhydes, peroxyde d'azote, acide cyanhydrique).

Cinétique et métabolisme

Seuls le métabolisme de la nicotine et du CO qui font partie de la phase particulaire seront évoqués ici.

La nicotine est un alcaloïde du tabac. Elle est absorbée de façon maximale dès l'inhalation et atteint le système nerveux central en quelques secondes. Le métabolisme est hépatique et l'élimination urinaire. Elle est responsable d'une dépendance importante.

Le CO est absorbé également rapidement. Il se fixe sur l'hémoglobine avec une affinité 250 fois supérieure à celle de l'oxygène. Il peut être responsable, en réaction à l'hypoxie, de l'augmentation de l'hémoglobine (polyglobulie relative) et, chez les sujets âgés, de décompensation

d'une atteinte respiratoire. Son élimination est identique à celle du CO respiré dans l'air ambiant.

Effets

Le tabac peut provoquer une augmentation de la vigilance et de la capacité de réflexion. Il a un effet anxiolytique et coupe faim.

Risques

Le rôle cancérigène du tabagisme est démontré pour le poumon. Il est également prouvé qu'il est responsable d'asthme, de toux irritative... et d'anomalies respiratoires détectées aux épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR). Le tabac est également responsable d'autres cancers tels que les cancers ORL, digestifs, de la vessie... Le risque de maladie coronarienne (angine de poitrine, infarctus) est l'autre risque majeur de mortalité lié au tabagisme. Les risques du tabagisme passif ont été évoqués dans une publication précédente des *Documents pour le Médecin du Travail* ⁽¹⁾.

CANNABIS

Il existe une certaine banalisation du cannabis chez les jeunes mais on retrouve moins de 1 % d'usagers réguliers au-delà de 45 ans. La consommation à l'âge de dix-huit ans est passée de 34 à 60 % dans la population masculine entre 1993 et 1999. Pour la population féminine du même âge, elle est passée de 17 à 42 % entre 1993 et 1999.

Produits

Le cannabis est fabriqué à partir d'une plante, le chanvre. Son principe actif principal est le tétrahydrocannabinol (THC). Le THC est une substance psychoactive dont la concentration est variable suivant la variété de chanvre utilisée et la façon dont le produit est préparé. Le cannabis peut être fumé (« pétard ou joint ») ou mangé (« space cake »). Il se présente sous la forme de résine, d'herbe ou d'huile. Les termes marijuana, hashisch, shit désignent le cannabis sous ses diverses formes. L'apparition de produits à fortes concentrations de tétrahydrocannabinol doit être notée.

Cinétique et métabolisme

Le THC est absorbé par voie respiratoire quand il

(1) Henrotin JB, Jacquet F. Salariés non fumeurs et tabagisme passif dans les cafés et les restaurants : mise au point. *Doc Méd Trav*, 2004, 98 : 201-20.

est fumé. Il agit en activant un récepteur cellulaire. Ces récepteurs sont présents en quantité importante au niveau du cerveau et des cellules immunitaires. Dans le cerveau, c'est le système limbique, responsable des émotions qui contient le plus de ces récepteurs. Le THC est stocké dans les adipocytes et diverses cellules du cerveau. Ses effets sont prolongés (plus de 24 heures) et son élimination lente, ce qui explique que le dépistage du cannabis peut se révéler positif près de trois semaines après l'avoir fumé.

Effets

Les effets du cannabis sont complexes et multiples :

- système sympathique : congestion des conjonctives, accélération du pouls, élévation tensionnelle... ;
- altérations de la vigilance, excitation ;
- modifications de l'humeur ;
- troubles sensoriels ou esthésiques (vue, ouïe, perception corporelle...) ;
- hallucinations visuelles, auditives et corporelles ;
- synesthésies (2), etc.

Risques

Le cannabis fumé entraîne, tout comme le tabac, un effet cancérigène probable pour les voies aéro-digestives supérieures et l'appareil bronchique. Une altération des fonctions cognitives et de la mémoire régressives à l'arrêt ont été décrites.

Des troubles psychotiques aigus (co-morbidité fréquente entre usagers et troubles psychiatriques) ont également été rapportés. Le cannabis a par ailleurs été utilisé dans le traitement de la douleur. Son efficacité n'a pas été démontrée, mais des effets secondaires ont pu être notés à type de troubles paranoïdes dans 6 % des cas.

COCAÏNE

Produits

La cocaïne est un alcaloïde issu des feuilles de coca (3). C'est sous forme de chlorhydrate de cocaïne qu'elle est consommée. La cocaïne sous forme de poudre blanche est rarement pure, souvent « coupée » avec d'autres produits tels que de la caféine, du lactose... Elle est sniffée, fumée (sous forme de crack ou free base), voire injectée. Le crack est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et d'ammoniac, qui se présente sous forme de caillou fumé dans une pipe.

Cinétique et métabolisme

L'absorption de la cocaïne se fait par voie nasale. C'est un anesthésique local et un puissant vasoconstricteur (effet alpha-adrénergique). La cocaïne interfère avec la recapture de la noradrénaline et de la dopamine par les neurones, en particulier ceux du système limbique. Elle agit également sur le métabolisme de la sérotonine.

Par voie nasale, la cocaïne est absorbée par la muqueuse nasale. Elle passe dans le sang en 3 à 5 minutes et les effets maximum sont atteints en 20 minutes. L'élimination se fait par voie urinaire. D'autres voies sont parfois utilisées : orale, parentérale ou pulmonaire. Dans ces cas, le temps de passage dans le sang varie suivant la voie : de trente minutes pour la voie orale à quelques minutes pour la voie pulmonaire, la voie parentérale étant la plus rapide (immédiat).

Effets

Les principaux effets de la cocaïne sont l'euphorie, la sensation de bien-être, l'hyperactivité, l'anorexie et l'insomnie. La dépendance est intense. A l'arrêt, en cas de consommation régulière, peut être noté un syndrome de sevrage avec malaise, apathie, difficulté de concentration.

Risques

Les complications psychosomatiques en cas de consommation prolongée sont la désorientation, la survenue d'hallucinations, des syndromes dépressifs et parfois des manifestations psychotiques. Des manifestations violentes peuvent également être observées telles que des passages à l'acte et des manifestations agressives. La cocaïne est responsable d'accidents cardiaques, de troubles du rythme cardiaque ainsi que d'atteintes pulmonaires ou neurologiques (épilepsie).

Les lésions de la muqueuse nasale, secondaires à la prise par sniff, sont des portes d'entrée pour le virus de l'hépatite C et de l'hépatite B lors du partage des pailles.

OPIACÉS

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies distingue quatre profils de consommateurs d'opiacés :

- les consommateurs d'héroïne qui consomment occasionnellement des produits de substitution quand ils n'ont plus d'héroïne ;

(2) Enchaînement d'un domaine sensoriel à un autre : musique entraînant une vision.

(3) Arbrisseau dont les feuilles persistantes contiennent des alcaloïdes dont la cocaïne.



- les personnes traitées par produits de substitution qui consomment occasionnellement de l'héroïne ;
- les polyconsommateurs de médicaments opiacés (cf. liste du paragraphe suivant) ;
- les consommateurs de cocaïne et de crack qui utilisent l'héroïne pour la « descente » (4).

(4) Le terme *descente* désigne le moment de la disparition de l'effet du produit.

Produits

Il existe différents types d'opiacés avec des prévalence de consommations différentes. En France, les chiffres de prévalence connus sont les suivants :

- environ 150 000 usagers d'opiacés (héroïne...);
- environ 79 000 personnes sont traitées par Subutex® ;
- entre 11 000 et 15 000 personnes sont traitées par méthadone (5).

(5) Le Subutex® et la méthadone sont des traitements de substitution utilisés chez les personnes dépendantes aux opiacés.

Les médicaments opiacés comprennent :

- le sulfate de morphine, par exemple Moscontin® ou Skenan® ;
- les opiacés de synthèse tels que la méthadone, la buprénorphine (Temgesic®, Subutex®), le dextropropoxyphène (Antalvic®), le tramadol (Topalgic®), la pentazocine (Fortal®), le fentanyl (Durogesic®), l'oxycodone (Eubine®), la nalbuphine (Azerty®), l'hydromorphone (Sophidone®) et la dihydrocodéine (Dicodein®).

L'opiacé le plus utilisé à visée toxicomaniaque est l'héroïne.

Cinétique et métabolisme

La cinétique et le métabolisme des médicaments opiacés n'est pas abordé ici. L'héroïne est liposoluble et passe immédiatement dans le cerveau. Son effet est quasi immédiat après injection (le flash). Son élimination se fait par voie urinale. L'héroïne se transforme en morphine dans les urines, morphine qui sera détectée en cas de dépistage urinaire.

Effets

Les effets des opiacés sont entre autres : sédation, euphorie, flash avec l'héroïne, baisse de vigilance, dépression respiratoire. Ces troubles sont le plus souvent liés à l'absence de « contrôle » des doses prises.

Risques

La dépendance aux opiacés survient très rapidement. Le retentissement sur la vie sociale est quasiment toujours important et les complications infec-

tieuses fréquentes. De nombreux toxicomanes sont aujourd'hui porteurs du virus de l'hépatite C (près de 70 % d'entre eux).

La transmission du VIH dans cette population a diminué depuis les mesures de réduction des risques décidées par les divers gouvernements depuis la fin des années 1980 (vente de seringues en pharmacie, Stéribox®, campagnes d'information, traitements de substitution...). La mise en place de traitements de substitution a permis de resocialiser un certain nombre de toxicomanes et de les réintégrer dans un milieu de travail. Les personnes sous traitement de substitution doivent cependant être informées des effets sur la vigilance pour la conduite automobile (en particulier en cas d'absorption d'alcool ou d'autres psychotropes).

AMPHÉTAMINES

Produits

Différents types de produits peuvent être distingués :

- les anorexigènes ;
- l'amineptine (Survector®) et l'Orténalv® ont été retirés du commerce ;
- l'ecstasy ou 3,4 méthylènedioxy-méthamphétamine (MDMA) est la plus fréquente des amphétamines ;
- les produits entactogènes : méthylène-dioxy-amphétamine (MDA), méthylène-dioxy-éthylamphétamine (MDE).

Cinétique et métabolisme

L'effet de l'ecstasy s'installe en moins d'une heure et dure environ 4 à 8 heures. Les molécules se fixent sur des récepteurs spécifiques de la sérotonine et agissent comme des agonistes au niveau des récepteurs alpha 2 présynaptiques.

La MDMA et son métabolite principal (MDA) sont retrouvés dans les 24 heures qui suivent la prise dans le sang, la salive et la sueur. L'élimination est urinaire.

Effets

Ces substances sont à l'origine d'une augmentation de la vigilance, d'une augmentation de la sensation de puissance, mais aussi d'erreurs dans l'appréciation des situations.

L'ecstasy provoque suivant les doses une euphorie, une excitation, une sensation de bien être, une exacerbation de la sensualité, une résistance à la fatigue, au sommeil et à la faim. Sur le plan cardiovasculaire, elle

provoque une augmentation de la tension artérielle, une tachycardie. Son effet dure quelques heures après la prise.

Risques

L'ecstasy peut provoquer des troubles de la mémoire et des troubles cognitifs persistants pendant plusieurs mois. Chez l'animal, une destruction des voies sérotoninergiques (cortex, hippocampe et striatum) a été mise en évidence ; chez l'homme une réduction de la densité des récepteurs sérotoninergiques a été observée.

Les risques immédiats de l'ecstasy sont divers. Elle peut être à l'origine d'une déshydratation, d'une tachycardie avec risques d'accidents cardiaques, de maux de tête et d'une hyperthermie maligne. Sur le plan neurologique, il y a un risque de convulsions. Elle est également à l'origine de crises de panique et de troubles psychiatriques, hallucinations, syndromes paranoïdes. Des troubles hépatiques peuvent également être observés (hépatite toxique).

À plus long terme et en cas de prises répétées, elle peut être à l'origine de syndromes dépressifs et d'une dépendance psychique. Des perturbations de la mémoire et des capacités cognitives ont été décrites (en particulier pour l'apprentissage).

HALLUCINOGENES

Produits

Des produits tels que le LSD (Acide diéthylamide lysergique), la psilocybine, la diméthyltryptamine (DMT) et la mescaline ne provoquent pas d'addiction mais certaines amphétamines (MDA, MDMA ou ecstasy) le font. La phencyclidine, le cannabis et les atropiniques ont également des effets hallucinogènes. Seul l'exemple du LSD est pris ici puisqu'il s'agit de l'hallucinogène le plus classique.

Le LSD ou diéthylamide de l'acide lysergique est obtenu à partir de l'ergot de seigle. Il se présente en général sous la forme d'un buvard ou micro-pointe ressemblant à une mine de crayon. C'est l'hallucinogène le plus puissant.

Métabolisme et cinétique

L'action du LSD se fait sur les connexions entre neurones, en particulier sur ceux régulant les fonctions

psychiques et intellectuelles. L'effet est atteint en moins d'une heure après la prise avec des sensations de « destruction du temps ».

Effets

Le LSD provoque des hallucinations visuelles et des modifications spatio-temporelles. Il entraîne également un trouble de la perception, les perceptions auditives, visuelles et tactiles se mélangeant. L'effet du LSD dure entre 6 et 12 heures et l'arrêt de l'effet (« descente ») est particulièrement désagréable avec une asthénie qui peut être intense.

Risques

Les risques principaux sont ceux secondaires à la descente : crises de panique, crise de paranoïa, bouffées délirantes aiguës.

L'usage répété de LSD est à l'origine de pathologies psychiatriques graves, notamment des épisodes de bouffée délirante aiguë.

SOLVANTS

Produits

L'appellation solvant recouvre un très grand nombre de produits qui ne peuvent pas être détaillés ici. Parmi ceux qui sont utilisés dans le cadre d'une consommation toxicomaniaque peuvent être cités les colles au toluène, au trichloréthylène, l'éther...

Métabolisme et cinétique

Pour le métabolisme et la cinétique des solvants, il est conseillé de se reporter aux fiches toxicologiques publiées par l'INRS ⁽⁶⁾.

Effets

La prise se fait en général par sniff, parfois en appliquant un sac plastique sur la tête pour amplification de l'effet.

Les principaux effets après la prise sont des vertiges, une instabilité, un nystagmus, une sensation d'ébriété ou d'ivresse, une confusion mentale. L'action sédatrice observée peut aller jusqu'au coma. Ils peuvent également provoquer des hallucinations visuelles. La

(6) Disponibles sur le site www.inrs.fr

dépendance peut être forte surtout dans le cas de l'éther.

Risques

Les solvants entraînent entre autres des altérations cognitives. Ils peuvent être à l'origine de lésions cérébrales, rénales, hépatiques, pulmonaires ou sanguines. Ces risques sont identiques à ceux rencontrés lors d'une exposition professionnelle.

MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LE COMPORTEMENT (DONT PSYCHOTROPES)

La consommation de médicaments est importante dans la population française si on la compare à celles d'autres pays européens. Les médicaments psychotropes représentent une part relativement importante de cette consommation. Trois classes médicamenteuses sont concernées : les anxiolytiques, les hypnotiques et les antidépresseurs. Dans la population française, 11 % des hommes et 20 % des femmes consomment des anxiolytiques et des hypnotiques. La population la plus concernée est celle des plus de 40 ans. Il est également notable que la consommation des anxiolytiques est stable depuis 10 ans alors que celle des antidépresseurs augmente.

Les médicaments non psychotropes peuvent également avoir un effet sur le comportement. Dans ce cas, il s'agit d'un effet secondaire indésirable et non recherché.

Produits

Les médicaments agissant sur le comportement sont représentés par tous les psychotropes mais aussi :

- les anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
- les anti-hypertenseurs ;
- les hormones ;
- les anti-histaminiques ;
- les anxiolytiques et les hypnotiques.

Métabolisme et cinétique

Il n'est pas possible ici de décrire le métabolisme et la cinétique de l'ensemble des médicaments cité dans le paragraphe précédent. Pour des précisions sur le métabolisme ou la cinétique de chaque médicament, se reporter au dictionnaire Vidal® ou à tout ouvrage de pharmacocinétique.

Effets

Les principaux effets indésirables qui peuvent être cités sont les suivants :

- altération des fonctions cognitives : mémoire, capacités visuo-motrices ;
- peut-être plus d'accidents du travail chez les consommateurs, mais il existe de nombreuses incertitudes ;
- syndrome de soumission (amnésie antérograde, modification du comportement), avec conséquences médico-légales pour la victime après prise à son insu de certains anxiolytiques ou hypnotiques.

Risques

Les risques de chaque classe médicamenteuse sont multiples et ne peuvent être décrits ici. Pour des précisions, se reporter au dictionnaire Vidal® ou à tout ouvrage de pharmacologie.

Aspects juridiques du dépistage

DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES PARTICULIÈRES

Plusieurs dispositions du Code du travail abordent la question de l'alcool sur le lieu de travail.

L'article L. 232-2 du Code du travail interdit d'introduire, de distribuer, de laisser introduire ou distribuer des boissons alcooliques ou de laisser entrer ou séjourner des personnes en état d'ivresse sur le lieu de travail.

Les articles L. 232-3 et R. 143-1 disposent respectivement que l'attribution de boissons alcooliques au titre d'avantages en nature doit être proscrit et que le paiement du salaire ne peut avoir lieu dans les débits de boisson.

L'article L. 142-5, qui concernait la conversion en espèces des avantages en nature attribués sous forme de boissons alcooliques, prévue par convention collective ou contrat de travail conclu avant l'introduction de l'article L. 232-3 dans le Code du travail, vient d'être abrogé par l'ordonnance n° 2004-602 du 24 juin 2004 relative à la simplification du droit dans les domaines du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

En outre, certaines dispositions du Code du travail

visent implicitement à éviter l'ingestion de boissons alcoolisées sur les lieux de travail.

L'article R. 232-3 dispose que les employeurs doivent mettre à la disposition des travailleurs de l'eau potable et fraîche pour la boisson.

L'article R. 232-3-1 prévoit que l'employeur mette à la disposition des salariés amenés à travailler dans des conditions particulières les amenant à se désaltérer fréquemment une boisson non alcoolisée.

En revanche, il n'y a aucune disposition dans le Code du travail relative à l'usage de stupéfiants,

LES OBLIGATIONS GÉNÉRALES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ

Au-delà de ces dispositions précises, c'est en raison des risques qu'elles font encourir aux salariés que ces pratiques addictives sont envisagées.

En effet, l'employeur a une obligation de sécurité à l'égard de ses salariés (art. L. 230-2 du Code du travail) et il est responsable des dommages que ces derniers peuvent causer à des tiers (art. 1384 du Code civil).

De même, il incombe aux salariés de prendre soin de leur santé et de leur sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de leurs actes ou de leurs omissions au travail (art. L. 230-3 du Code du travail).

LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR

L'outil à la disposition du chef d'établissement pour définir les mesures d'application de la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité, et de discipline, est le règlement intérieur (L. 122-34 du Code du travail), obligatoire dans les entreprises de 20 salariés au moins (art. L. 122-33 du Code du travail).

Dans son processus d'élaboration, le règlement intérieur doit être soumis au comité d'entreprise, au CHSCT pour les domaines qui le concernent, puis communiqué à l'inspecteur du travail qui peut être amené à exiger le retrait ou la modification de mentions contraires aux dispositions du Code du Travail qui le régissent.

Le règlement intérieur ne peut aborder d'autres points que ceux limitativement énumérés à l'article L. 122-34 du Code du travail (essentiellement les mesures d'hygiène et de sécurité, et celles relatives à la discipline), il ne peut contenir de clauses contraires aux lois et règlements, ni apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la tâche à

accomplir ni proportionnées au but recherché (art. L. 122-35 du Code du travail). Le règlement intérieur pourra prévoir ce qu'il est interdit de faire dans l'entreprise, les sanctions dont seront assortis les comportements contrevenant à ces interdictions, ainsi que les modes de preuve qui pourront être utilisés pour établir les faits reprochés.

Si les prescriptions du règlement intérieur ne sont pas respectées, le chef d'établissement peut être amené à user de son pouvoir disciplinaire (art. L. 122-40 du Code du travail), dans les limites fixées au règlement intérieur et dans le respect des libertés individuelles des salariés.

LES MOYENS DE CONTRÔLE

Les moyens de contrôle les plus couramment mis en œuvre pour veiller à l'application des prescriptions du règlement intérieur sont l'alcootest, la télésurveillance et les fouilles de vestiaires. L'encadré 5 reprend les modalités du dépistage.

Les règles du dépistage

Dans les cas justifiés par des considérations de sécurité, le recours à l'alcootest ou au dépistage de toxicomanie éventuelles doit être effectué dans des conditions strictes. Le test de dépistage de la toxicomanie est un test biologique pratiqué par un médecin ou un biologiste qui détecte la consommation, récente ou non, de produits stupéfiants.

Le salarié doit dans tous les cas être informé par le médecin du travail de la nature et de l'objet du test biologique qu'il va subir. Il doit également être informé des conséquences que le médecin peut tirer des résultats du test en ce qui concerne son aptitude au poste de travail. Les résultats du dépistage sont soumis au secret médical.

Le médecin doit se limiter à faire connaître à l'employeur l'aptitude ou l'inaptitude du candidat à un poste ou du salarié. Il ne doit en aucun cas révéler un renseignement confidentiel tel que le diagnostic, la nature ou l'origine de l'inaptitude, ou révéler une toxicomanie comme telle.

ENCADRÉ 5



L'alcootest

Il faut rappeler que si l'employeur peut soumettre un salarié à un alcootest, il ne peut pas contraindre le médecin du travail à réaliser un alcootest, une alcoolémie ou un autre test. En application de l'article R. 241-52 du Code du travail, le médecin du travail est le seul à pouvoir en décider pour ce qui le concerne. En revanche, le médecin du travail ne peut pas refuser d'examiner un salarié en état d'alcoolisation aiguë.

Le rôle du médecin du travail étant de se prononcer sur l'aptitude au poste de travail, il pourra prendre en considération les résultats d'un examen établissant l'alcoolisme d'un salarié mais il est tenu au secret médical sur ce point à l'égard de l'employeur. Il doit informer le salarié de la nature du test et des conséquences possibles du résultat.

Le dépistage

Pour la toxicomanie, le problème se pose techniquement d'une manière différente car l'employeur ne dispose d'aucun moyen d'effectuer le contrôle par lui-même, s'agissant d'une analyse biologique. Or, comme pour l'alcoolémie, il ne peut pas contraindre le médecin du travail à effectuer un test de dépistage.

Une circulaire du ministère du Travail n° 90/13 du 9 juillet 1990, relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise, publie une note du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) ; elle invite les médecins du travail à s'aligner de l'avis du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé du 16 octobre 1989.

A propos de la jurisprudence

À noter qu'en ce qui concerne la jurisprudence, deux types de contentieux principaux peuvent survenir :

- des contentieux judiciaires : la Cour de cassation peut être amenée à se prononcer après que le juge prud'homal ait été saisi par un salarié sanctionné qui conteste la sanction qui lui a été infligée ;
- des contentieux administratifs : le Conseil d'État quant à lui, peut être amené à se prononcer après que l'employeur ait saisi le juge administratif pour lui demander d'annuler une décision de l'administration du travail lui demandant de modifier le contenu du règlement intérieur.

La note du CSPRP précise qu'un dépistage systématique ne peut en aucun cas se justifier. Le dépistage ne peut concerner que des postes comportant de grandes exigences en matière de sécurité et de maîtrise du comportement. Le dépistage peut alors avoir lieu tant lors de la visite médicale d'embauche que de la visite médicale annuelle pour s'assurer du maintien de l'aptitude au poste de travail.

Si le médecin du travail estime que cet examen complémentaire est nécessaire, il peut le prescrire comme l'y autorise l'article R. 241-52 du Code du travail.

La vidéosurveillance et la fouille

Pour la mise en place de la vidéosurveillance, l'employeur doit préalablement avoir consulté les représentants du personnel, informé les salariés et adressé une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). La loi n° 95-73 du 21 janvier 1995, le décret n° 96-926 du 17 octobre 1996 et la circulaire ministérielle du 22 octobre 1996 prévoient que la mise en place d'un système de vidéosurveillance ne peut être installée que dans un lieu ouvert au public particulièrement exposé aux risques de vols ou d'agressions et afin d'assurer la sécurité des personnes et des biens.

Mais l'employeur pourra-t-il utiliser les images obtenues grâce à la vidéosurveillance à l'appui d'une sanction disciplinaire ou d'un licenciement ? La Cour de cassation l'a admis le 31 janvier 2001 dans une affaire où des caméras disposées dans un entrepôt servaient à veiller sur des marchandises et non à surveiller l'activité des salariés (Chambre sociale de la Cour de cassation, 31 janvier 2001).

Pour ce qui concerne les fouilles des vestiaires des salariés, la Cour de cassation et le Conseil d'État en ont admis le principe pourvu qu'elles soient réalisées dans les cas et aux conditions prévus au règlement intérieur, en présence du salarié ou celui-ci ayant été prévenu, et strictement à des fins de sécurité.

LA MISE EN ŒUVRE DES CONTRÔLES

La mise en œuvre de ces moyens de contrôle est strictement encadrée et résulte d'un « compromis » entre la nécessité de protéger les salariés et celle de respecter leurs libertés individuelles. La jurisprudence (encadré 6) veille scrupuleusement à ce que cet équilibre soit respecté.

En ce qui concerne l'alcootest utilisé comme mode de preuve, le Conseil d'État a précisé dans son arrêt « Corona » du 1^{er} février 1980 que le contrôle de l'alcoolémie ne peut pas être pratiqué de façon systéma-

ENCADRÉ 6

inrs

Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 99
3^e trimestre 2004

tique sur l'ensemble du personnel mais doit être réservé à des personnes travaillant à des postes où une grande sécurité doit être assurée. Puis il a admis dans son arrêt « RNUR » du 1^{er} juillet 1988 le principe de l'alcootest ayant pour seul et unique but de faire cesser ou de prévenir une situation dangereuse mais en aucun cas pour permettre de constater une faute disciplinaire. Du fait de cette restriction, le Conseil d'Etat ne subordonne pas le contrôle à une procédure contradictoire de contre-expertise.

La Cour de cassation considère « que les dispositions d'un règlement intérieur permettant d'établir sur le lieu de travail l'état d'ébriété d'un salarié en recourant à un contrôle de son alcoolémie sont licites dès lors, d'une part, que les modalités de ce contrôle en permettent la contestation, d'autre part, qu'en regard à la nature du travail confié à ce salarié, un tel état d'ébriété est de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger ».

La position de la Cour de cassation s'inscrit toujours dans l'esprit de l'article L. 122-35 du Code du travail qui prévoit notamment que le règlement intérieur ne peut apporter aux droits 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.

Déjà dans un arrêt de principe du 17 octobre 1973 dont la solution peut être appliquée au dépistage de la toxicomanie ou de l'alcoolémie lors de l'embauche d'un salarié, la Cour de cassation a décidé que l'employeur ne peut demander au postulant que des renseignements en lien direct et nécessaire avec le poste à pourvoir, dans le respect de l'article 9 du Code civil relatif à la protection de la vie privée et des articles 416 du Code pénal et L. 122-45 du Code du travail relatifs à la non-discrimination. Ceci signifie que l'employeur ne pourra prévoir un dépistage de l'alcoolémie ou de la toxicomanie lors de l'embauche d'un salarié que pour les postes pour lesquels il est nécessaire de connaître ce résultat.

Quant à la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH), au visa notamment de l'article 8 paragraphe 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme (posant le principe de proportionnalité en cas d'ingérence dans la vie privée), elle s'est prononcée à propos d'un cas de contrôle annuel de la toxicomanie, en faveur de ce dépistage dans la mesure où la nature des tâches à accomplir au poste de travail le justifie (CEDH, 7 novembre 2002).

LES CONSÉQUENCES DES CONTRÔLES

Faire cesser une situation dangereuse

Concrètement, l'employeur, à qui il semble qu'un salarié n'est pas en pleine possession de ses moyens,

devrait l'écartier momentanément de son poste de travail en application de l'article L. 232-2 du Code du travail qui interdit de laisser séjourner dans l'entreprise des personnes en état d'ivresse, d'autant que pour la Cour de cassation, l'accident du travail survenu alors que le salarié est en état d'ébriété n'écarte pas la qualification d'accident du travail (chambre sociale de la Cour de cassation, 15 novembre 2001 et 11 mars 2003), et l'imprégnation alcoolique ne fait pas disparaître ni ne diminue la responsabilité pénale de l'employeur s'il est établi que le défaut de protection du salarié constitue un lien de causalité suffisamment certain entre cette faute et par exemple, le décès de la victime (chambre criminelle de la Cour de cassation, 30 septembre 2003).

Le contrôle : fondement d'une sanction disciplinaire

La Cour de cassation admet l'alcootest comme mode de preuve, dans les limites du respect des libertés individuelles du salarié, non seulement pour éviter un accident imminent (obligation qui pèse sur le chef d'établissement en application de l'article L. 230-2 du Code du travail), mais aussi pour sanctionner un salarié dont l'état d'ébriété constitue une faute au regard de l'article L. 230-3 du Code du travail qui prévoit qu'il incombe à chaque salarié de prendre soin de sa santé et de celle des autres.

La Cour de cassation a adopté cette position dans son arrêt du 22 mai 2002, au visa notamment de l'article L. 230-3 du Code du travail qui prévoit qu'il incombe à chaque travailleur de prendre soin de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celle des autres. L'état d'ébriété est considéré comme une faute disciplinaire au regard de cette disposition, confirmée par l'alcootest.

C'est sur ce fondement que cette haute juridiction a admis que l'état d'ébriété puisse constituer une faute grave (chambre sociale de la Cour de cassation, 24 février 2004).

La Cour de cassation a même admis récemment que le retrait du permis de conduire pour conduite en état d'ivresse, hors du temps et du lieu de travail, puisse justifier un licenciement dans la mesure où s'agissant d'un routier, l'exécution même du contrat de travail était compromise par le retrait du permis de conduire (chambre sociale de la Cour de cassation, 2 décembre 2003).

Concernant la toxicomanie, la jurisprudence est encore rare : deux arrêts du 5 juillet 2000 de la chambre sociale de la Cour de cassation ont admis la rupture anticipée du contrat à durée déterminée pour faute grave de deux coureurs cyclistes pour usage de produits dopants.

L'APPROCHE DE CES QUESTIONS EN EUROPE

Enfin, il n'est pas inintéressant de voir comment quelques uns de nos voisins européens appréhendent ces questions.

En Allemagne, des organisations syndicales incitent à la prise en charge du salarié alcoolique et à l'amélioration des conditions de travail pouvant engendrer le problème de consommation d'alcool. Des entreprises mettent déjà en œuvre ces principes.

ENCADRÉ 7

Tabagisme et lieux de travail

La réglementation :

Outre des interdictions spécifiquement liées à l'hygiène et à la sécurité au travail (notamment l'article R. 231-56-3 du Code du travail relatif au risque d'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, ou l'article R. 232-12-14 du Code du travail relatif aux locaux ou emplacements dans lesquels sont entreposés ou manipulés des produits présentant des risques d'incendie ou d'explosion), le décret n° 92-478 du 29 mai 1992, pris en application de la loi Evin n° 91-32 du 10 janvier 1991, fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Ces deux textes, relatifs à la Santé publique, sont codifiés aux articles L. 3511-1 à L. 3512-2 et R. 3511-1 à R. 3512-2 du Code de la Santé publique.

Les lieux :

L'article R. 3511-1-1° du Code de la Santé publique précise que l'interdiction de fumer s'applique dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant des lieux de travail.

Obligations de l'employeur et moyens à sa disposition pour faire respecter l'interdiction de fumer :

La loi Evin et le décret n° 92-478 du 29 mai 1992 sont des textes relatifs à la Santé publique et c'est à l'employeur qu'il revient de prendre les mesures afin de protéger les salariés non-fumeurs des dangers du tabac. Il doit interdire de fumer dans les lieux clos et couverts : salles de réunion, de repos, par exemple. Il doit interdire de fumer sur les lieux de travail tels que les bureaux ou les ateliers. Mais il peut décider d'aménager des locaux ou de délimiter des espaces destinés aux fumeurs.

■ Signalisation

Une signalisation apparente doit rappeler le principe de l'interdiction de fumer et indiquer, s'ils existent, les emplacements mis à la disposition des fumeurs (article R. 3511-7 du Code de la Santé publique).

■ Règlement intérieur

L'employeur pourra prévoir dans le règlement intérieur des sanctions attachées à la violation de l'interdiction de fumer. Dans un arrêt du 18 mars 1998, le Conseil d'Etat a décidé que l'interdiction de fumer sur les lieux de travail peut figurer au règlement Intérieur dans la mesure où elle résulte de l'application d'un texte réglementaire, qui en outre concerne les lieux de travail et répond à un impératif d'hygiène. En revanche, les violations des dispositions de la loi Evin, pénalement sanctionnées et prévues par le décret, ne peuvent être verbalisées que par les agents de police judiciaire.

■ Aménagement des locaux

Si la disposition des lieux s'y prête, le chef d'établissement peut décider d'aménager des locaux ou de délimiter des espaces, spécialement réservés aux fumeurs. Avant de prendre une telle décision, il devra consulter le CHSCT (ou les délégués du personnel en l'absence de celui-ci) et le médecin du travail. Ils devront être consultés tous les deux ans (R. 3511-6 du Code de la Santé publique). Pour les locaux clos et couverts affectés à l'ensemble des salariés, l'employeur établit un plan d'aménagement des espaces qui peuvent être, le cas échéant, spécialement réservés aux fumeurs. Pour les autres locaux de travail, il établit un plan d'organisation ou d'aménagement actualisé en tant que de besoin tous les deux ans (R. 3511-5 du Code de la Santé publique).

■ Ventilation

Les endroits mis à la disposition des fumeurs devront respecter des règles techniques spécifiques de ventilation :

- débit minimal de 7 litres par seconde et par occupant pour les locaux dont la ventilation est assurée de façon mécanique ou naturelle par conduits ;
- volume minimal de 7 mètres cubes par occupant pour les locaux dont la ventilation est assurée par des ouvrants extérieurs (article R. 3511-3 du Code de la Santé publique).

Au Danemark, il n'existe pas de réglementation sur la consommation d'alcool sur les lieux de travail. Le ministère de la Santé et deux confédérations syndicales, l'une salariale, l'autre patronale, ont élaboré des recommandations incitant les entreprises à intégrer l'alcoolisme dans les problèmes généraux de gestion du personnel. Au niveau des entreprises, des politiques communes entre employeurs et syndicats visent notamment à aider les travailleurs ayant un problème d'alcool.

En Espagne, il est interdit aux travailleurs d'introduire des boissons alcoolisées dans l'entreprise et d'être en état d'ébriété ou sous toute forme d'intoxication au travail. Si l'ivresse habituelle ou la toxicomanie ont des répercussions négatives sur le travail, l'employeur pourra procéder au licenciement.

En Italie, un décret interdit la consommation d'alcool à l'intérieur de l'entreprise, sauf en quantités raisonnables pendant l'heure des repas. Des accords collectifs sectoriels prévoient des mesures disciplinaires en cas de consommation d'alcool ou d'intoxication.

Aux Pays-Bas, ce sont seulement les secteurs du transport aérien et de la Fonction publique qui se voient interdire toute consommation d'alcool par la réglementation.

En Grande-Bretagne, la question est abordée indirectement au travers de l'obligation qui est faite aux employeurs de sauvegarder la santé, la sécurité et le bien-être de leurs employés, de même que les salariés les uns envers les autres et envers eux-mêmes.

Il n'existe pas de texte au niveau européen qui aborde cette question du strict point de vue du droit du travail. En revanche, le paragraphe 3-1 de l'annexe à la décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la Santé publique (2003-2008) énumère parmi les actions et mesures : « Promouvoir la santé et prévenir les maladies en agissant à la fois sur les facteurs déterminants pour la santé

et au niveau de toutes les politiques et activités communautaires, en élaborant et en mettant en oeuvre des stratégies et des mesures, y compris celles relatives à des campagnes de sensibilisation aux facteurs déterminants pour la santé liés au mode de vie, tels que l'alimentation, l'activité physique, le tabac, l'alcool, les drogues et d'autres substances, et concernant la santé mentale, y compris des mesures à adopter dans toutes les politiques communautaires et des stratégies adaptées au sexe et à l'âge ».

Conclusion

La France s'est engagée depuis plusieurs années dans une action axée, entre autres, sur la prévention. Le plan quinquennal 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (encadré 4) confirme un certain nombre d'orientations initiées antérieurement, notamment celles relatives à la santé et la sécurité au travail. C'est ainsi que, entre autres objectifs, ce plan vise à renforcer le respect de l'interdiction de fumer sur les lieux de travail et à renouveler les programmes d'action visant à réduire les accidents du travail en lien avec les consommations d'alcool, de cannabis et d'autres produits.

La pratique du déplstage en entreprise fait partie d'un certain nombre de mesures de prévention de la consommation de substances psychoactives sur le lieu de travail. Elle doit cependant rester très encadrée de façon à éviter toute dérive.

Des outils d'information et de formation actualisés, sur les conduites addictives, à l'intention des professionnels de la prévention en entreprise, devraient être développés et les travaux de recherche dans le domaine poursuivis. Quant au tabagisme, l'application des dispositions existantes, notamment la loi Evin, devra être activement recherchée par une mobilisation des partenaires sociaux et des médecins du travail (encadré 7).

Éléments bibliographiques

BEAUDRY C. – Les tests de dépistage en milieu de travail - II. *Trav Santé*, 2003 ; vol. 19, n° 3, pp. 50-51.

BEAUDRY C. – Les tests de dépistage en milieu de travail. *Trav Santé*, 2003 ; vol. 19, n° 2, pp. 50-51.

BEUN J., MONTASTRUC J.L. – Etude de la consommation de médicaments du système nerveux central en milieu de travail. *Arch Mal Prof*, vol. 51, n° 1, 1990, pp. 21-26.

CAQUET R., CONSO F., COTHEREAU C., D'ESTEVÉ DE PRADEL C. ET COLL. – Substances psycho-actives et sécurité. *Inf Méd*, juin 2000, pp. 1-43.

CHOUQUEN D. – Substances psychoactives : quelle prévention au poste de travail ? *Trav Sécur*, n° 590, 1999, pp. 24-29.

Circulaire n° 90/13 du 9 juillet 1990 relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise ; dépistage de la toxicomanie dans l'entreprise (Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels) (non publiée au JO).

DELMOTTE H. – Conduites addictives dans les entreprises : comment faire face ? *Trav Sécur*, n° 633, 2003, pp. 14-20.

DIMONTELLI G., PESSONE F., BATEL P. (2001) – Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par utilisation d'auto-questionnaires : intérêt, faisabilité, limites. Etudes et enquêtes *Doc Med Trav* n° 86, pp. 193-200.

Dépistage de la toxicomanie en entreprise. Ministère du Travail. *Doc Méd Trav*, n° 43, 3^e trimestre 1990, pp. 259-262.

Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002. Paris : OFDT, 2002 : 368 p.

Drug screening in the workplace : ethical guidelines. *J Occup Med*, vol. 33, n° 5, may 1991, pp. 651-652.

DUBAND E., LUCAS N., CUZZOLIN-GAVALDA J. – Substances psychoactives et travail. Journée recherche de l'Institut interuniversitaire de médecine du travail Paris Ile-de-France, Paris, 15 mai 2002. Notes de congrès. *Doc Méd Trav*, n° 91, 2002, pp. 273-282.

FACH F., BIECHLER M.B., RABAUZ M., PENTAVIN J.E. – Dépistage sur route des alcoolémies et orientation vers un centre d'alcoologie. *Rech Transp Sécur*, n° 75, avril-juin 2002, pp. 100-114.

FERRERA M. – Le droit en pratique. Alcoolémie et toxicomanie : dépistage sur le lieu de travail. *Trav Sécur*, n° 605, mars 2001, pp. 14-15.

GOUCON Y., GUILAUMET A. – Drogues illicites en médecine du travail. *RESTA. Réseau santé - travail Aquitaine*, n° 19, février 2001, pp. 6-14.

LEVINE E. – A propos du dépistage systématique de l'utilisation de drogue dans les visites d'embauche. *Bull. Epidémiol. Méd. Trav*, n° 7, décembre 1992, pp. 5-6.

MCDONALD S., WELLS S., FRY R. – Les limites du dépistage de la toxicomanie sur le lieu de travail. *Rev Int Trav*, vol. 132, n° 1, 1993, pp. 105-126.

PILLERE F., SALDY M. – Diminution du taux légal d'alcoolémie : quelles incidences pour les salariés professionnellement exposés aux produits chimiques ? Dossier médico-technique. *Doc Méd Trav*, n° 69, 1997, pp. 3-12.

RYAN J., ZWIERUNG C., JONES M. – The effectiveness of pre-employment drug screening in the prediction of employment outcome. *J Occup Med*, vol. 34, n° 11, 1992, pp. 1057-1063.

TRABELUX R., COLLOMBRE D. – Toxicomanies, problèmes de dépistage en milieu de travail et implications dans l'aptitude. *Arch Mal Prof*, vol. 56, n° 7, 1995, pp. 564-566.

ZWIERUNG J.E., LAMBERT S.D. (Ed) – Addiction in the workplace. *Occup Med : State Art Rev*, vol. 17, n° 1, 2002, pp. 1-168.

ZWIERUNG C., RYAN J. – Preemployment drug screening. The epidemiologic issues. *J Occup Med*, vol. 34, n° 6, juin 1992, pp. 595-599.

SITES INTERNET

- www.drogues.gouv.fr
- www.sosreseaux.com
- www.inserm.fr
- www.inpes.fr
- www.inrs.fr
- www.toxibase.org
- www.alcowed.com
- www.sante.gouv.fr
- www.ilo.org
- www.justice.gouv.fr

Drogues illicites et risques professionnels

Assises nationales, Paris, 25 juin 2010

Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, le ministère chargé du Travail et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) ont organisé des états généraux des conduites addictives en milieu professionnel.

Après un rappel succinct sur le plan gouvernemental et des généralités, les Assises se sont déroulées sous forme de tables rondes permettant d'aborder les aspects de consommation, de prévention et de lutte contre l'usage de drogues en milieu de travail, la place des acteurs de prévention et celles des partenaires sociaux.

En résumé

Le ministère chargé du Travail et la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) ont organisé, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, des états généraux des conduites addictives en milieu professionnel. Les principales substances concernées sont l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes et les stupéfiants (en particulier le cannabis). Ces états généraux se sont déroulés en deux temps : en 2009, deux forums régionaux à Angers puis Bordeaux et en juin 2010, les Assises nationales à Paris. La question du dépistage était prégnante : comment, pour qui, par qui, pour quoi ? Médecins, juristes, employeurs, expériences étrangères sont venus enrichir le débat avec un objectif commun : lutter contre la consommation de drogues illicites, dangereuses pour le salarié et son environnement de travail. Pour y parvenir, sont proposées des actions de prévention axées sur l'information, la concertation des acteurs concernés avec un rôle essentiel confié au médecin du travail et la nécessité d'une implication forte de la part de l'employeur.

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

Le plan comporte 5 grands axes dont celui intitulé « Prévention, communication, information ». Près de 20 % des accidents et des problèmes d'absentéisme seraient associés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants. Dans cette perspective, le plan préco-

nise de mettre en œuvre une politique de prévention globale comportant notamment des actions de prévention spécifiques au monde du travail sur la base d'un état des lieux des addictions au travail réalisé en lien avec les partenaires sociaux.

Parmi les 193 mesures concrètes du plan, la fiche action thématique « Réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants » propose :

- l'organisation des états généraux avec tous les partenaires concernés sur la question des conduites addictives en milieu professionnel en prenant appui à la fois sur les préconisations issues du rapport MILDT-Direction générale du travail et sur des études épidémiologiques. Ces états généraux, lieu de débat et d'enrichissement mutuel, auraient pour objet d'assurer la visibilité de la politique à promouvoir en termes de conséquences sur la santé des personnels, la sécurité de l'ensemble des acteurs professionnels et des tiers et le management ;

- la promotion du dépistage comme l'un des outils du médecin du travail dans sa démarche d'élaboration d'une politique globale de prévention au service de la santé et de la sécurité de l'entreprise et des personnes.

FORUM RÉGIONAL PRÉPARATOIRE D'ANGERS

Le 1^{er} forum préparatoire aux États généraux « Drogues illicites et risques professionnels », organisé par la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) des Pays de la Loire en partenariat avec la DRTEFP du Nord Pas-de-

GARET C.

* Département
Études, veille et assistance documentaires,
INRS

 inrs

Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 124
4^e trimestre 2010

443

Calais, s'est tenu le 2 juillet 2010 au CHU d'Angers.

Un rapport, établi dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, suite au travail d'une Commission pilotée par la MILDT, avait été remis au Premier ministre en janvier 2007. Il énonçait un certain nombre de recommandations à l'intention des pouvoirs publics et des partenaires sociaux afin d'une part d'assurer la visibilité de la politique à promouvoir en matière de conduites addictives et d'autre part de dégager des recommandations destinées d'un côté aux médecins du travail, de l'autre, aux entreprises. Parmi ces recommandations, trois ont été plus particulièrement examinées au cours de ce premier forum :

- la connaissance du phénomène et de ses effets,
- l'état du droit, de la réglementation et des responsabilités des divers acteurs,
- les politiques de prévention à promouvoir.

FORUM RÉGIONAL PRÉPARATOIRE DE BORDEAUX

Le 2^e forum préparatoire, organisé par la Direction régionale de l'entreprise, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) d'Aquitaine, s'est tenu le 10 novembre 2009 à Bordeaux. Il s'est ouvert sur un constat : en France, 550 000 personnes ne peuvent commencer la journée sans fumer une cigarette de cannabis. Mais les moyens à mettre en place pour enrayer la progression de l'usage des drogues au travail ne fait pas consensus. Entre prévention et répression, dépistage et respect de la vie privée, droits et devoirs... où placer le curseur ? Concernant l'usage des tests salivaires, chacun s'accorde à considérer qu'ils doivent être strictement encadrés et résulter d'un compromis entre la nécessité de protéger les salariés et celle de respecter leurs libertés individuelles. Le forum de Bordeaux a pu créer les conditions d'une réflexion très large sur les risques professionnels potentiellement liés à la consommation de stupéfiants.

Assises nationales : ouverture

Étienne Apaire (président de la MILDT), a ouvert ces Assises en précisant que la question de la lutte contre la drogue se pose à tous les groupes sociaux dans la mesure où c'est le collectif qui aura sans doute le plus d'influence dans la prise en charge des addic-

tions. Un certain nombre d'études ont notamment permis d'établir que, dans le cas de la famille, un traitement a beaucoup plus de chances de réussir en matière d'addiction si le groupe familial est impliqué. Les résultats seraient beaucoup plus efficaces, si l'on pouvait compter sur la participation du collectif de travail dans la mise en place de ces traitements. La société est confrontée à une augmentation du nombre de consommateurs, avec un panel de produits élargi. De plus, cette consommation n'est plus simplement un problème d'adolescence et de dépendance ou d'addiction à la prise de drogue. Les adolescents vieillissent, pénètrent le marché du travail, s'installent dans les entreprises. Le phénomène de la consommation de drogue vient percuter celui de la consommation de produits licites et notamment l'alcool. Le développement des polytoxicomanies doit interroger. Ce n'est plus simplement une question sanitaire, même si l'état de santé de la personne concernée doit rester une priorité, mais c'est également une question de sécurité. La question de la productivité, de l'obsolescence des compétences suite au vieillissement prématuré dû à la consommation de drogue se pose. Le principe de la liberté doit être conservé : quelle est la limite entre la vie privée et la vie professionnelle ? Comment limiter les effets de la prise privée de ces produits sur la vie professionnelle ? Ces assises sont une étape pour faire un état des lieux, poser la question du rôle des règles, des moyens techniques qui existent à l'appui de ces règles, et se demander comment mieux prévenir toutes ces difficultés.

La conviction de tous est qu'il faut prévenir l'usage, faire régresser le niveau de consommation et mieux aider les personnes en souffrance. Les orientations et conclusions des assises pourraient permettre d'avancer dans la réflexion et venir compléter les dispositifs existant pour le plan gouvernemental 2012-2016.

LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES EN MILIEU DE TRAVAI *au confluent de considérations techniques, sanitaires, sécuritaires et réglementaires*

Didier Brassart (responsable régional du pôle Travail à la DIRECCTE Pays de la Loire), explique que la multitude de représentants d'entreprises publiques et privées, de l'État, des organisations patronales et des syndicats de salariés aux forums d'Angers et de Bordeaux a démontré que le sujet concerne la société dans son ensemble et les entreprises en particulier. La consommation de drogues et de médicaments dans une proportion importante est un problème nouveau qui soulève des interrogations. Au forum d'Angers, le philosophe Bernard Vergely avait évoqué le fait que « le

travail avait perdu de son sens et de son intérêt pour un certain nombre de personnes ». Tous les secteurs professionnels sont concernés, le phénomène n'est pas l'apanage des jeunes qui deviennent adultes et entrent dans le monde du travail avec leurs habitudes de consommation. Il ne s'agit pas que d'un problème de santé au travail mais plus globalement d'un problème de santé publique. Il faut distinguer consommation ponctuelle et addiction. De plus, la prise en charge ne semble concerner que 20 % des consommateurs de cannabis et 40 % des consommateurs d'alcool. La question des tests et notamment des tests salivaires est à l'origine de débats : quelles en sont la fiabilité, la validité, les limites ? Comment conserver la salive ? Quelles sont les interférences avec les aliments, les médicaments ? Quel est leur coût ? Quid du respect du secret médical, de la vie privée ?

LE DÉPISTAGE À MANIPULER AVEC PRUDENCE

La MILDT s'interroge sur la nécessité d'un cadre réglementaire pour le dépistage, voire son interdiction, et a saisi le Comité national consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

Malgré les difficultés techniques et juridiques concernant le dépistage, celui-ci doit être assorti de garanties :

- le respect du secret médical et de la vie privée,
- l'utilisation exceptionnelle de ce dépistage,
- le fait de le réserver à des postes à haute exigence de sécurité,
- la possibilité de contre-expertise par des personnes compétentes.

Lors du forum de Bordeaux, Monique Larche-Mochel de la Direction générale du travail (DGT) précisait que « les tests permettent de voir s'il y a eu consommation, mais on ne détecte pas une addiction par un test urinaire. Le repérage d'une addiction se fait par l'observation d'un comportement inapproprié et il n'y a pas besoin de dosage biologique pour reconnaître la dépendance ». Pour Philippe-Jean Parquet, psychiatre et addictologue au CHRU de Lille, « la prévention des conduites addictives ne peut se réduire au seul dépistage et à une réponse de sanction face à une conduite humaine considérée comme une faute. D'ailleurs s'agit-il d'une faute ? Par exemple une personne obèse ne peut s'empêcher de manger. C'est très mauvais pour sa santé bien évidemment, mais ce ne peut être considéré par la société comme une faute. Il faut que le rôle des différents intervenants dans l'entreprise soit défini et éclairci ».

Le chef d'entreprise a une obligation de prévention, mais la position du médecin du travail, dont le rôle n'est pas de sanctionner, est compliquée. La loi fixe une obligation générale de prévention avec la responsabilité

qui lui est attachée. La jurisprudence est rigoureuse. La cour de cassation a par exemple affirmé que l'accident provoqué par un chauffeur routier ayant consommé de la drogue n'en est pas moins un accident du travail.

L'action de salariés contestant un dépistage au motif qu'il ne respecte pas la vie privée a été rejetée par la Cour européenne des Droits de l'homme (CEDH). Faut-il légiférer ou négocier comme en Belgique, où un accord du 2 février 2007 et une convention collective du 1^{er} avril 2009 déterminent une politique de prévention relative à l'alcool et à la drogue fixant des règles concernant la consommation, les comportements attendus des uns et des autres, l'application des tests, l'aide et l'assistance aux consommateurs (voir la dernière table ronde).

Table ronde n° 1 Où en sommes-nous du phénomène de consommation de drogues illicites en milieu professionnel ?

L'objectif de cette table ronde était de dresser un état des lieux : que se passe-t-il dans les entreprises françaises ? La consommation de drogues illicites dans le monde du travail est-elle un phénomène marginal ou de grande ampleur ? Qu'est-ce que l'addiction ? Comment peut-on la traiter efficacement ?

D'ABORD L'ALCOOL

Paul Frimat (Institut de santé au travail du Nord de la France), a tenu à rappeler que, par ordre d'importance décroissant, les consommations de produits psychoactifs dans l'entreprise sont d'abord l'alcool, puis les médicaments, et ensuite le cannabis, en précisant, comme la plupart des intervenants par la suite, qu'il ne faut pas confondre consommation et addiction.

Colette Menard (chargée d'expertise au département enquêtes et analyses statistiques à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé [INPES]), rapporte que les résultats 2005 du baromètre santé montrent le tabac et l'alcool comme les deux produits les plus consommés. Les chômeurs s'avèrent être les plus consommateurs de produits illicites, quelle que soit la substance. L'ensemble des catégories socio-professionnelles est également concerné même si certains secteurs ou métiers sont plus touchés par l'usage des produits illicites. Dans l'enquête réalisée en 2006 avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), les directeurs des

ressources humaines interrogés se sont prononcés favorables à des contrôles. Dans celle réalisée avec l'INRS et la Société de médecine du travail de l'ouest de l'Île-de-France (SMTOIF) en 2009, les médecins du travail se révèlent réservés : pour 90 % d'entre eux, ils devraient être les seuls à pouvoir effectuer des dépistages biologiques, pour 85 % des interrogés, ces dépistages ne devraient être pratiqués que pour les postes dits de sécurité.

LE TEST SALIVAIRE EN QUESTION

Michel Lhermitte (docteur en pharmacie, responsable du laboratoire de toxicologie analytique au Centre hospitalier régional universitaire [CHRU] de Lille), apporte son éclairage sur le dépistage de la toxicomanie par test salivaire. De son expérience, la fiabilité des tests salivaires réalisés dans le cadre de la conduite automobile progresse. Ce test a l'avantage d'être facile et rapide mais il est difficile d'utilisation dans l'obscurité car l'appréciation du résultat est visuelle, il peut alors être automatisé mais la procédure devient plus lourde et requiert un personnel formé. Il y a très peu d'études aujourd'hui sur les problèmes d'interactions, mais par analogie avec les urines, il y a des risques d'interactions, comme par exemple avec les médicaments antitussifs, tels la codéine ou la pholcodine qui vont réagir avec l'anticorps antimorphine et donner un test positif. C'est la même chose avec les médicaments contenant de l'éphédrine, des dérivés de type amphétaminique ou une structure phénylpropanolamine, lors de la détection d'amphétamine ou d'ecstasy. Pour le cannabis, les risques sont moindres, mais un test peut être positif en présence d'un anti-inflammatoire non-stéroïdien contenant du tétrahydrocannabinol. Les graines de pavot peuvent aussi engendrer des réactions positives.

L'ADDICTION EST UNE MALADIE

Marc Auriacombe (psychiatre addictologue, à Bordeaux), en collaboration avec l'université de Bordeaux et la Direction régionale du travail, a mené une étude sur 3 000 salariés en Aquitaine. Parmi eux, 10 % consomment du cannabis et 1 % un produit illégal autre que le cannabis. Parmi les consommateurs de cannabis, 20 à 30 % ont des consommations addictives parmi lesquelles seulement 8 % sont prises en charge. Or l'addiction est une maladie pour laquelle il existe des traitements d'autant plus efficaces qu'ils sont instaurés précocement. Le plus souvent, le traitement est compatible avec le travail et « ne se voit pas ». Les per-

sonnes ainsi prises en charge sont particulièrement vigilantes et attentives. Il est donc nécessaire de mettre en place une détection précoce des personnes atteintes. Tout un chacun peut avoir un accident de la circulation par inattention due au manque de sommeil, au téléphone qui sonne. Il est dommage que l'attitude courante lorsque l'on repère une personne dépendante soit d'être tolérant et de laisser faire par bienveillance. En effet elle retarde la prise en charge qui sera d'autant plus complexe et incertaine qu'elle surviendra après des dysfonctionnements réparables en milieu de travail.

UNE CONSOMMATION NON MAÎTRISÉE

François Wallach (chef du département Prévention et santé au travail de la SNCF), rapporte que dans son entreprise, la moitié du personnel est soumise à un examen biologique de dépistage de substances psychoactives en application d'un arrêté du 30 juillet 2003 (1). Parmi les 100 000 analyses par an, le taux de positivité est passé de 1,13 % en 2004 à 0,8 % en 2010, avec 92 % de consommation de cannabis et 8 % de consommation de médicaments. Ce qu'il faut souligner, c'est que ces résultats positifs révèlent les agents qui ne maîtrisent pas leur consommation puisque les salariés sont prévenus à l'avance de la réalisation de ces tests. C'est cette consommation qui est dangereuse et contre laquelle il faut lutter, grâce à la prévention avant tout. L'impact sur le fonctionnement de l'entreprise est fort, créant désorganisation au sein des services et incompréhension des salariés qui voient affectés à des postes « privilégiés » des salariés ayant moins d'ancienneté. Cette obligation de dépistage a un coût pour l'entreprise : environ 20 millions d'euros pour les tests et les visites médicales et autant pour les absences et les inaptitudes.

Philippe-Jean Parquet précise que la question à se poser n'est pas de savoir si l'on est favorable ou non aux tests de dépistage mais de savoir ce que l'on souhaite en faire. Utiliser les tests n'est pas seulement un moyen d'identifier une consommation mais c'est aussi une manière de dire « soyez attentifs à vos conduites addictives ».

Les interventions dans la salle suggèrent la réalisation des tests aléatoires au moment de l'examen du permis de conduire ou la simple mise en évidence d'un test sur le bureau du médecin permettant ainsi d'aborder le sujet et d'assister à des résultats encourageants 6 mois ou 1 an après.

SYNTHÈSE

Paul Frimat conclut cette table ronde par une demande d'études de terrain pour connaître la réalité des consommations. En rappelant que l'addiction est une

(1) Un arrêté du 30 juillet 2003 relatif aux conditions d'aptitude physique et professionnelle et à la formation du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national (J.O. du 24 août 2003) prévoit parmi les examens médicaux préalables et périodiques d'aptitude physique « examen biologique de dépistage de substances psychoactives ».

maladie, il insiste sur la place privilégiée que doit avoir l'équipe de santé au travail, et pas seulement le médecin du travail. Cependant persistent quelques interrogations : quelle est la définition des postes de sécurité ? Un chauffeur routier sous méthadone doit-il, peut-il être déclaré apte ? Quid des produits de substitution ? La salive étant un liquide biologique, l'utilisation des tests salivaires, et le dépistage plus globalement, doivent être réservés aux services de santé au travail. Sinon, quelle pourrait être l'utilisation de ces tests par l'employeur ? Ne faut-il pas se donner les moyens politiques de prévenir les consommations de produits psychoactifs plutôt que légiférer ? N'est-ce pas cette même question qui doit se poser dans l'entreprise et dans la société ?

Table ronde n° 2
Quelles solutions juridiques pour prévenir et lutter contre l'usage des drogues en milieu professionnel ?

ADDICTION ET TRANSPORT AÉRIEN

Terry Olson (conseiller d'État et conseiller à la Direction générale de l'aviation civile [DGAC]) fait le constat que, dans certains pays, la question de la consommation des produits psychoactifs relève de l'entreprise, dans d'autres, elle relève de la répression pénale, dans d'autres encore, une solution mixte a été adoptée. Le travail du groupe « addiction et transport aérien » consiste à faire des propositions pour prévenir les addictions des salariés affectés à des « postes concourant directement à la sécurité du transport aérien ». Toute la difficulté est de savoir ce qui est mis derrière l'adverbe « directement ». Un autre élément de difficulté est la diversité des statuts, puisque certains agents sont sous statut de droit privé, par exemple les salariés des entreprises de transport aérien, d'autres, notamment les contrôleurs aériens sont des fonctionnaires et sont donc soumis à un corpus juridique qui n'est pas exactement le même.

Les propositions, non encore validées, se dessinent autour de trois axes :

- prévenir efficacement en développant une véritable politique de prévention,
- sanctionner intelligemment,
- trouver un équilibre entre l'efficacité de ce dispositif et le respect des libertés, de la vie privée et de la dignité des personnes.

ADDICTIONS AU QUÉBEC

Émilie Gagne (avocate au Québec) rapporte qu'en 1998, une étude a permis d'établir, qu'en milieu de travail, 6 % des hommes, 3 % des femmes consomment du cannabis au Canada. Ces proportions s'élèvent respectivement à 14 % et 11 % au Québec. La connaissance de cette consommation en milieu de travail relève à la fois des tests de dépistage, de la gestion disciplinaire et du reclassement des salariés.

La législation canadienne n'encadre pas l'usage de la drogue au travail, ni n'impose des tests de dépistage. La pratique du dépistage de la consommation de drogue relève des politiques internes aux entreprises (règlements intérieurs) et de la jurisprudence très attachée au respect des droits de la personne. Ainsi, les employeurs ont le droit d'imposer des tests de dépistage dans des circonstances très précises :

- lorsque l'employeur a des motifs très précis de croire qu'un employé se présente sur les lieux du travail sous l'effet de la drogue ou dont les capacités sont affaiblies,
- lorsque les circonstances d'un accident le justifient,
- lorsque le salarié est de retour au travail suite à une absence pour réhabilitation liée à une consommation de drogues ou d'alcool,
- lors de l'embauche ou de l'affectation à un poste critique ou à sécurité élevée,

La jurisprudence a beaucoup évolué au Canada dans les derniers mois. Au Québec, l'addiction est assimilée au handicap et pas seulement à la maladie. Pour que le salarié bénéficie de la procédure de reclassement, la dépendance doit être médicalement avérée. L'employeur peut contester cette dépendance par une contre-expertise. La procédure de reclassement peut prendre plusieurs formes : l'accès à un programme d'aide aux salariés de l'entreprise, ou la désintoxication dans le cadre d'un congé sans solde ou avec maintien de salaire quand cela est possible. En cas de récurrence, il existe deux options : « l'entente de dernière chance » ou « l'entente de réintégration conditionnelle ». Les partenaires syndicaux de l'entreprise doivent être associés à cette procédure sous peine de se voir poursuivis par le salarié.

LORSQUE LA VIE PRIVÉE ENTRE DANS L'ENTREPRISE

Lise Casaux-Labrunée (professeur de droit à l'Université Toulouse 1) débute son propos en indiquant que si tous les acteurs ne sont pas toujours très au clair sur ce qu'ils peuvent faire ou non, ça ne veut pas dire forcément qu'il y a insuffisance de loi, ni besoin impérieux de légiférer. Cela peut signifier qu'il y a un

problème de connaissance ou de compréhension qui nécessite plutôt un effort d'explication que des textes supplémentaires. L'essentiel est dans le Code du travail, même si celui-ci ne comporte pas spécifiquement de textes sur les drogues illicites. Le principe fondamental est l'interdiction : « *Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail, des personnes en état d'ivresse* » (article R.4228-21 du Code du travail). La mise en pratique de cette interdiction relève du pouvoir réglementaire de l'employeur, notamment via le règlement intérieur, qui doit respecter l'article 1321-3 du 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.* » C'est un principe essentiel du droit social.

Concernant les postes à risque, les juristes se trouvent devant l'absence de définition juridique de ces postes à risque : s'agit-il de ceux qui relèvent de la mise en danger d'autrui au sens du Code pénal ? Quelle est la validité des tests proposés en tant que preuve, leur finalité, leur fiabilité, et par qui doivent-ils pouvoir être effectués ? Pourquoi pas de simples tests d'aptitude, de simples tests de comportement, puisqu'il s'agit juste de savoir si, à un moment donné, sur un lieu de travail déterminé, un salarié est apte ou pas à occuper son poste de travail sans se mettre en danger ni mettre en danger la santé ou la vie d'autrui.

Par ailleurs, l'alcool et les drogues sont mis en avant, mais la fatigue excessive ou la dépression peuvent aussi être génératrices de situations à risques, et méritent au même titre d'être surveillées. Dans un premier temps, pour faire face au problème immédiat dans l'entreprise, la solution la plus simple et la plus raisonnable (la moins onéreuse aussi) serait de simples tests de comportement.

Le salarié qui se révèle sur le lieu de travail sous l'emprise de produits illicites sera selon les cas, soit un salarié fautif (un élément de vie privée qui fait intrusion dans la vie professionnelle), soit un salarié malade (comportement addictif lié ou non aux conditions de travail dans l'entreprise repéré par le critère de la dépendance). Si le citoyen a un droit au travail garanti par la Constitution, il a également un droit à la santé. La jurisprudence a déjà procédé à condamnation de salarié fautif. Le droit social est protecteur du salarié mais il considère aussi le salarié en tant qu'acteur, avec une obligation de sécurité. L'employeur doit bien sûr se garder de franchir la limite entre la vie professionnelle et la vie personnelle et les juges font preuve d'une grande rigueur dans ce domaine, mais, il faut aussi s'interroger sur le salarié qui, délibérément, fait entrer des éléments de sa vie privée dans l'entreprise. Attention à n'exiger des entreprises que des mesures qui portent sur des faits qu'elles peuvent maîtriser et à ne pas exiger d'elles des efforts préventifs sur des éléments qui re-

lèvent de la vie privée des salariés, alors que cet accès leur est interdit. Dans ce cadre, les médecins du travail ont un rôle majeur notamment à travers les rapports de confiance qui s'établissent avec les salariés.

SYNTHÈSE

Terry Olson conclut sur les approches très complexes qu'un même comportement peut induire : maladie, handicap, faute, constatant néanmoins qu'à partir du moment où on traite de droit, la faute finit toujours par s'inviter, celle de l'employeur, celle du salarié. L'exemple québécois dans lequel le syndicat est véritablement partie prenante dans l'entreprise ouvre des pistes de réflexion. Les difficultés juridiques relèvent bien souvent des difficultés à fixer des limites, la voie du progrès semblant s'inscrire dans les conditions d'une relation fluide et confiante entre les salariés, les employeurs, les médecins du travail et les juristes.

ÉTHIQUE ET DROIT INTERNATIONAL

Christian Hervé (responsable du laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale de l'INSERM) a évoqué la dimension éthique de la réponse à apporter aux consommations de drogue illicite en entreprise, le dépistage pouvant servir autant de mesure de prévention que de répression.

Gilles de Robien (ancien ministre, ambassadeur, chargé de la promotion de la cohésion sociale, délégué du gouvernement auprès de l'Organisation internationale du travail [OIT]) a évoqué pour sa part, les conduites addictives vues au travers des conventions internationales de l'OIT et du Bureau international du travail (BIT).

Table ronde n°3

La prévention en milieu professionnel : quels acteurs ? quelles actions ?

En introduction de cette table ronde, Philippe-Jean Parquet rappelle l'hétérogénéité des conduites humaines avec d'un côté la dépendance présentant un certain nombre de singularités qui se repèrent cliniquement sans besoin de test biologique, et de l'autre des consommations de substances psychoactives susceptibles d'altérer les compétences professionnelles ou

constituant des usages à risque. À cette hétérogénéité de conduites doit correspondre une hétérogénéité des modalités de prise en charge. Il insiste sur le potentiel extrêmement fécond du milieu professionnel pour la prévention. Lutter contre les représentations des conduites addictives perçues comme des conduites humaines différentes des autres est certainement une première étape majeure.

UNE NOUVELLE CULTURE DE PRÉVENTION

En tant que directeur général de Bouygues Construction, Philippe Bonnavé précise que dans cette entreprise, le règlement intérieur interdit la consommation et l'introduction d'alcool et de drogue sur les chantiers et dans l'entreprise. Cela n'a pas été facile et ne l'est toujours pas. De longs dialogues ont permis de comprendre la perception des salariés : « Si je dénonce, il va y avoir sanction ». Mettre l'accès aux soins en avant les a libérés de telles craintes. L'autre point important a été d'étendre les contrôles réalisés sur les chantiers aux postes d'encadrement. Ils sont généralement bien acceptés pour l'alcool, moins pour la drogue, parce que le dépistage est plus long et que les salariés pensent que s'ils ont consommé chez eux des produits illicites le samedi ou le dimanche ils ne sont plus sous leur influence lorsqu'ils sont testés positifs le mardi. Dans cette entreprise, des tests salivaires sont réalisés par l'encadrement qui a reçu une formation dédiée. Sur les chantiers, il n'y a plus de pot alcoolisé ni d'alcool sur les tables de déjeuner. En cas d'addiction, le salarié est orienté par le médecin du travail pour une prise en charge et un suivi médical. Il n'y a pas eu de licenciement sauf pour des salariés qui étaient des consommateurs occasionnels mais qui, ayant été contrôlés positifs plusieurs fois, refusaient tout « rapport social normal ». C'est ainsi une nouvelle culture de sécurité qui a été impulsée.

Thomas Auvergnon (inspecteur de l'action sanitaire et sociale, dans le service « addictions » de l'Agence régionale de santé [ARS] de Haute-Normandie), expose que la constitution du comité de pilotage d'un groupe de travail sur les conduites addictives en milieu professionnel a permis de réunir l'ensemble des acteurs concernés de la santé et du médico-social (associations de prévention et spécialistes hospitaliers) avec ceux du monde du travail (personnels de la santé au travail et organisations syndicales). Les premiers constats ont été le déni et l'éparpillement des acteurs. L'option choisie a été de construire une démarche globale de prévention, au sens le plus large du terme, allant de l'identification des ressources locales pour que chaque personne sache à qui s'adresser (sur des compétences médicales ou juridiques), à un discours commun en entreprise, à l'Éducation nationale ou dans d'autres milieux.

SENSIBILISATION ET FORMATION

Christiane Jacquet (médecin coordonnateur d'Airbus à Toulouse), intervient à l'école des mécaniciens auprès de jeunes de 15-16 ans pour parler des drogues et de l'alcool. Elle participe aussi à la formation de l'encadrement, des agents de sécurité et des directeurs des ressources humaines.

Une démarche similaire a été mise en place à la mairie de Nantes, rapportée par Colette Budan. Le plan de prévention de la consommation des drogues illicites comporte 4 actions simultanées :

- sensibiliser aux produits, aux risques professionnels, au rôle à tenir en tant que collègue, en tant qu'encadrant,
- identifier des conduites à risque,
- former l'encadrement à la connaissance des risques, au travail sur les représentations, en sachant remettre en question son mode managérial, connaître ses responsabilités, utiliser les outils sans jamais juger ni poser de questions indiscrettes, s'en tenir au constat de l'inadaptation du comportement,
- éviter les tentations (pots sans alcool...).

La gestion des moments de convivialité est axée sur la responsabilisation de la personne qui l'organise avec mise à disposition systématique d'éthylotests. Ceux-ci ont également été introduits dans tous les véhicules, tous les services, tous les pots, en apprenant aux salariés à s'en servir. L'auto-contrôle a été très efficace. Des contrôles en situation ont aussi été menés. Lorsqu'un salarié a un comportement inadapté, un alcooltest lui est proposé. S'il est sur un poste de sécurité, il ne peut pas le refuser mais peut le contester et aller effectuer un examen biologique. En cas d'alcootest positif, une visite avec le médecin du travail, sans sanction possible pour la première fois, est proposée. Ce n'est pas la sanction qui est intéressante, mais l'accompagnement managérial, aussi bien pour la prise de conscience et la détection des comportements que pour l'aménagement du poste (permettre d'aller à la consultation d'addictologie sur le temps de travail, retirer le salarié du contact avec le public...). L'encadrement peut s'interroger sur un lien possible entre les conditions de travail et la consommation et doit ainsi se centrer uniquement sur le levier professionnel et non personnel.

Le bilan est positif et l'ensemble des mesures a été repris dans un arrêté du maire. Tout comme chez Bouygues Construction, les contrôles ne sont pas limités aux postes de sécurité, ils ont été élargis aux postes d'encadrement partant du principe qu'un encadrant qui a un comportement inadapté peut engager la sécurité de tous ses salariés ou qu'un directeur des finances peut engager la responsabilité de la municipalité.

Un témoignage de la salle est également venu abonder dans ce sens et rappeler 6 points clés de la réussite

d'un plan de prévention de lutte contre la consommation de substances psychoactives en entreprise : l'engagement clair de la direction, des représentants du personnel ou du CHSCT, des médecins du travail et d'autres intervenants extérieurs, la sensibilisation, la formation, l'information régulière, le contrôle et l'apport de réponses aux différentes situations en cas de contrôles positifs. Certains sont dépendants, d'autres sont des consommateurs occasionnels, d'autres encore prennent des traitements médicaux ponctuellement ou au long cours. Les réponses ne peuvent pas être les mêmes : prendre en charge et aider par un accompagnement les collaborateurs qui sont dépendants, éventuellement adapter le poste de travail pour un salarié sous traitement médical, sanctionner les comportements pour les gens qui sont en consommation occasionnelle et qui ne respectent pas les règles. Tout ceci passe par le règlement intérieur, le médecin du travail, la notion de « poste sensible », étant précisé que les salariés préfèrent la généralisation effective ou potentielle des contrôles afin que ceux-ci ne soient pas vécus comme discriminatoires.

SYNTHÈSE

En conclusion, Philippe-Jean Parquet retient la nécessité que la prévention faite dans l'entreprise soit cohérente avec celle mise en œuvre dans la société et adaptée aux différentes tranches d'âge de la population. Il faut que l'approche soit diversifiée et pas seulement centrée sur les dépendants. S'il peut y avoir des spécificités dans les outils et la méthodologie, les objectifs doivent être les mêmes : créer une culture de prévention afin, entre autres, de favoriser la capacité à demander de l'aide. Les conduites addictives ne constituent pas un tabou, et les évoquer en entreprise procède d'une mesure de prévention.

Table ronde n°4

Échanges avec les partenaires sociaux

Des prises de parole respectives de l'ensemble des partenaires sociaux ressortent des avis relativement consensuels : pas de test systématique, l'addiction est une maladie, le médecin du travail est l'interlocuteur privilégié, les conditions de travail ne doivent pas générer de besoin de drogue, la prévention doit être adaptée et, pourquoi pas, relever de la négociation de branche.

Hermann Fonck (Confédération des syndicats chrétiens de Belgique) présente les moyens à la disposition des entreprises belges pour lutter contre les effets des consommations de substances psychoactives sur les lieux de travail. À l'origine, un accord interprofessionnel soulevait des questions juridiques sur les tests, sur des pratiques d'entreprise interdites par les juges pour non-respect de la vie privée, des pratiques très disparates d'une entreprise à l'autre, l'apparition de nouvelles techniques comme les verrous anti-alcool dans les voitures. D'où une demande des employeurs d'aborder ces sujets dans un accord, et d'apporter des réponses sans intervention du législateur. Employeurs et salariés ont donc créé un cadre pour régler cette problématique au niveau de l'entreprise. Des assises ont été organisées avec des témoignages, des experts. L'usage des tests ayant rapidement montré ses limites en matière de prévention de consommations de produits psychoactifs, une convention a rendu obligatoire le développement d'une politique de prévention en entreprise, dans un délai d'un an, en concertation avec les salariés, pour gérer les dysfonctionnements liés à l'utilisation de l'alcool ou de drogues. L'accent a été mis sur la nécessité d'une politique spécifique à chaque entreprise, les exigences d'une centrale nucléaire étant différentes de celles des métiers du journalisme, par exemple. L'accord de tous les travailleurs était requis et celui de tous les délégués des travailleurs était obligatoire pour passer à l'étape suivante. Au final, trois types de mesures ont été développés :

- adopter une politique claire de mise à disposition et d'utilisation de l'alcool pendant les heures de travail,
- développer des procédures claires sur quoi faire en cas de dysfonctionnement. Par exemple, savoir à qui s'adresser lors du constat d'un dysfonctionnement perçu comme ayant un lien avec l'alcool,
- définir les mesures à prendre au cas où une personne doit être écartée du travail s'il y a un dysfonctionnement.

L'entreprise doit définir une politique pour l'ensemble des salariés, du cadre dirigeant à l'ouvrier. Il est interdit de développer une politique uniquement pour le personnel de l'atelier. Des tests peuvent être prévus pour certaines circonstances. Il faut alors l'accord de tous les travailleurs, et prévoir par exemple des procédures de contre-examen ou d'assistance. Les tests pratiqués ne peuvent mener à des sanctions. En Belgique, il s'agit de tests respiratoires ou psychomoteurs que seul un médecin peut pratiquer, de sa seule initiative et sans en communiquer les résultats à l'employeur. Les tests biologiques, dont les tests salivaires, sont interdits en Belgique.

Jean-Denis Combrexelle (Directeur général du travail) insiste sur le dialogue social et pose la question de toutes les entreprises, petites ou moyennes, dans lequel celui-ci n'existe pas.

Étienne Apaire mentionne le phénomène de l'alcoolisme qui se développe dans les écoles de management, d'ingénieurs ou de commerce, évoquant la nécessité de modes de prévention à mettre en œuvre pour que ces mauvaises habitudes ne pénètrent pas le monde de l'entreprise, autant pour la santé de celle-ci que pour celle des salariés et la sécurité des produits ou services vendus aux consommateurs.

La représentante d'une organisation patronale suggère qu'une campagne nationale de sensibilisation soit menée dont les messages puissent être repris, relayés par les PME qui pourraient par ailleurs bénéficier de l'appui et de l'expérience de grandes entreprises qui sont en avance pour aborder ces sujets.

Conclusion

En conclusion, Jean-Denis Combrexelle a indiqué qu'une large diffusion des informations disponibles sur la consommation des produits psychoactifs en entreprise et sur leurs conséquences sur la santé et la sécurité des personnes serait assurée sur le site internet « www.travailler-mieux.gouv.fr ». La complexité vient du fait que la mise en place d'une politique de prévention, de dépistage et d'accompagnement de l'addiction en milieu professionnel doit parvenir à concilier plusieurs obligations fondamentales : la sécurité des per-

sonnes, l'employeur ayant en la matière une obligation de résultat, la nécessaire proportionnalité des mesures contraignantes adoptées dans l'entreprise, le respect des libertés individuelles et du principe de non-discrimination en raison de l'état de santé. L'employeur se sent souvent démuné alors que des outils juridiques, bien que peut-être insuffisamment maîtrisés, sont à la disposition des chefs d'entreprise. En soutien des entreprises confrontées à ces situations, la DGT mettra en ligne, sur le site « www.travailler-mieux.gouv.fr », des fiches juridiques qui complèteront l'information sur le rôle et les compétences du médecin du travail, la jurisprudence relative à la détention, à la consommation de drogues illicites au travail et aux modalités du dépistage, ainsi que sur le champ du pouvoir disciplinaire de l'employeur en ce domaine. Un « *Guide des bonnes pratiques pour l'élaboration d'une politique de prévention des conduites addictives dans l'entreprise* » va être élaboré sous l'égide de la DGT ainsi que l'incitation à la formation de l'encadrement sur la gestion de ce risque et l'organisation de campagnes de prévention. L'accent a été mis sur l'accompagnement des entreprises dans des actions pragmatiques pour que soient mises en place des politiques de prévention plus efficaces qu'un dispositif exclusivement disciplinaire. Ces mesures pourront être inscrites au prochain plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2012 - 2016) et participer à réduire effectivement les risques liés à la consommation de drogues illicites dans l'entreprise.

Points à retenir

Il ne faut pas confondre consommation occasionnelle et addiction qui est une maladie.

Les tests salivaires, en vente libre, utilisés par les employeurs, ne sont pas la réponse à la prévention des consommations de drogues illicites en entreprise.

Nul besoin d'une réglementation supplémentaire, il est en revanche nécessaire de mieux expliciter auprès des salariés et des employeurs celle déjà existante.

La prévention en entreprise est un bon vecteur de prévention dans la société en générale.

L'implication du chef d'entreprise en concertation avec l'ensemble des salariés est indispensable pour une politique de prévention efficace.

Pour en savoir plus

■ DURAND E, GAYET C, LABORDE L, VAN DE WEERDT C ET AL. - Conduites addictives et travail. Dossier médico-technique TC 121. *Doc Méd Trav*. 2008 ; 115 : 339-62.

■ DURAND E - Médicaments psychotropes et travail. Traitements de substitution aux opiacés. Dossier médico-technique TC 111. *Doc Méd Trav*. 2006 ; 108 : 441-60.

■ DURAND E, GAYET C, BJAOUI A - Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail. *Pratiques et déontologie TM 2*. *Doc Méd Trav*. 2004 ; 99 : 301-14.

■ DEMORTIERE G, PESSIERE F, BATEL P - Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'auto-questionnaires : intérêt, faisabilité, limites. *Études et enquêtes TF 105*. *Doc Méd Trav*. 2001 ; 86 : 193-200.

(Ces articles sont également disponibles au format pdf sur le site : www.dmt-prevention.fr)

■ Dossier Addictions et travail. INRS, 2008 (www.inrs.fr/dossiers/addictions.html).

■ Dossier Cannabis et travail. INRS, 2008 (www.inrs.fr/dossiers/cannabis.html).

■ Dossier Lutter contre le tabagisme en entreprise. INRS, 2008 (www.inrs.fr/dossiers/tabagisme.html).

■ Alcool, drogues et travail. Un DVD pour prévenir les risques liés aux consommations d'alcool et de drogues. INRS, 2008 (www.inrs.fr/actus/DvdAlcoolDrogues.html).

