

RECOMMANDATIONS

Mme Françoise Facy*, M. Bertrand Redonnet**

* Épidémiologiste, Inserm, Le Vésinet, France

** Épidémiologiste, OFDT, Saint-Denis, France

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel

I – Données épidémiologiques

Une approche de santé

Résumé

Les interactions entre addictions et santé au travail sont appréhendées en population générale et sur des groupes particuliers. Le Baromètre santé 2010 note une évolution significative des usages d'alcool : baisse quotidienne, mais hausse des ivresses pour les jeunes adultes. Les modes de consommation sont disparates entre les catégories d'actifs, les risques plus élevés chez agriculteurs et artisans. Selon la *Revue Internationale du Travail* (2009), "l'alcool et les drogues provoquent 20 % à 25 % des accidents du travail et jusqu'à 30 % des décès liés au travail". Deux enquêtes nationales évaluent la consommation de psychotropes, dans un secteur d'activité agricole en 2006, et par ailleurs leur influence sur la responsabilité d'accident mortel de la circulation auprès de conducteurs au travail ou en trajet domicile-travail en 2005. Plusieurs études menées par des services de santé au travail – en régions – indiquent des usages de cannabis plus élevés pour les emplois temporaires. Les métiers du transport sont également concernés par des usages à risque. Deux recommandations sont retenues pour les médecins du travail : être acteurs en addictologie, avec le repérage précoce des usages à risque ; être partenaires des systèmes d'informations épidémiologiques à visée nationale.

Mots-clés

Addiction – Santé au travail – Épidémiologie – Substance psychoactive.

L'angle de la santé est privilégié pour aborder la problématique des consommations de substances psychoactives (SPA) et de leurs conséquences en milieu du travail.

Cet article est issu de l'Argumentaire des Recommandations pour la pratique clinique "Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel".

Société française d'alcoologie, en partenariat avec la Société française de médecine du travail.

Summary

Misuse of psychoactive drugs at workplace.

I – Epidemiological data. A public health approach

Interactions between addictions and health in the workplace are assessed in the general population and in special groups. The 2010 Health Barometer revealed a very significant decline of the daily use of alcoholic beverages, but a significant increase in episodes of drunkenness declared by young adults. Modes of consumption differ considerably between the main categories of workers, with higher risks among farmers and craftsmen. According to the *Revue Internationale du Travail* (2009), "alcohol and drugs are responsible for 20% to 25% of work accidents and up to 30% of work-related deaths". Two national surveys evaluated the consumption of psychoactive drugs in a farming population in 2006 on one hand, and their influence on the responsibility of fatal road accident by drivers while at work or on their way to or from work in 2005 on the other hand. Two recommendations can be proposed to occupational health physicians: be players in the field of addiction medicine, allowing early detection of at risk consumption; be partners in epidemiological information systems.

Key words

Addiction – Health in the workplace – Epidemiology – Psychoactive substance.

Les connaissances sont analysées à partir d'observations épidémiologiques, cliniques et sociales. Outre l'analyse des résultats disponibles, une réflexion est menée sur la possibilité de mettre en place un système de repères épidémiologiques pour le suivi des consommations de SPA et leur impact sur l'activité professionnelle.

Les interactions entre addictions et santé au travail sont appréhendées du point de vue de la santé publique. Cette

notion regroupe aujourd'hui de multiples déterminants de santé, tels que les comportements individuels dits "à risque" (comme les consommations de tabac ou d'alcool) et différents facteurs professionnels dont les influences sont suivies tant sur le plan de la santé physique et mentale que sur celui du bien-être social.

Du point de vue de la santé publique, les impacts des conduites addictives sur la mortalité sont essentiellement dus au tabac et à l'alcool, de l'ordre de 90 000 décès pour un total de 530 000 décès annuels. Ce sont les causes les plus importantes de morts évitables (1).

Pour la santé au travail, les services de médecine du travail montrent que les facteurs professionnels pèsent d'un poids important sur l'état de santé somatique et psychique de la population. En extrapolant à partir de l'exemple de la Finlande (2), où la fraction de la mortalité totale attribuable à des facteurs professionnels a été estimée à 3,7 % (6,4 % pour les hommes et 1 % pour les femmes), la France totaliserait chaque année environ 20 000 décès (dont presque 90 % d'hommes) attribuables à des facteurs professionnels, soit 6,7 % (10,2 % pour les hommes, et 2,1 % pour les femmes) de l'ensemble des décès enregistrés dans les classes d'âge actives.

On distingue deux types de causes aux consommations de SPA en milieu professionnel. D'une part, des causes externes au milieu professionnel : les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui travaillent, leur personnalité, l'environnement et la socialisation, ainsi que les attentes qu'ont les consommateurs de leurs usages de SPA (ou *substance use outcome expectancies*), des croyances subjectives à propos des effets physiques et psychologiques des consommations de SPA. De ce point de vue, les consommations de SPA sont perçues comme une "solution" pour l'individu dans son environnement professionnel avant d'être problématiques. D'autre part, des causes internes ou propres au milieu professionnel : l'environnement de travail, le contrôle social exercé au travail au regard des consommations de SPA et les facteurs de stress au travail (3).

Les conséquences professionnelles (ou *outcomes*) sont par exemple : la productivité, la capacité à travailler, l'absentéisme ou, à plus long terme, les opportunités de carrière, la stabilité professionnelle.

Évaluer les conséquences de la consommation se heurte à la difficulté à séparer les conséquences de la consommation pour l'individu (santé, équilibre psychosocial) des

conséquences spécifiques pour le milieu professionnel (relations de travail, productivité, sécurité). Les parcours d'usage, d'abus et de dépendance aux SPA ont des temporalités diverses, et la prise en compte du temps de vie professionnelle peut aussi bien intégrer les études et la formation que le temps de la production, les périodes d'arrêt ou la retraite.

A – Quels sont les effets/conséquences des consommations de SPA en milieu professionnel ?

La recherche sur les consommations de SPA en milieu professionnel s'est principalement développée aux États-Unis avec la diffusion, dans les années 1980, du dépistage de drogues illicites. Des travaux épidémiologiques ont été menés en même temps qu'étaient débattus les aspects éthiques et juridiques du dépistage au travail. La recherche sur l'alcool en milieu professionnel s'est, dans une certaine mesure, développée séparément de celle portant sur d'autres SPA, notamment les drogues illicites.

La difficulté de mettre en évidence le lien entre les conditions de travail et la consommation de SPA est vite apparue. La recherche s'est alors portée vers des corrélats potentiels des consommations, notamment les caractéristiques socio-démographiques. Selon cette approche, les consommations seraient fonction des caractéristiques des populations qui exercent un travail, plutôt que les conditions de travail.

Il est plus facile d'étudier les usages de SPA par statut professionnel que les usages en milieu du travail à proprement parler. Étant donné la complexité et le nombre de déterminants à prendre en compte pour étudier ces relations, les études portant sur les relations entre travail et consommations restent rares. Une autre explication pourrait être que les consommations de SPA ont principalement lieu en dehors du milieu professionnel. Les connaissances relatives aux consommations sur le lieu du travail ou en relation étroite avec le travail étant des connaissances partielles et peu diffusées, il convient de considérer les aspects temporels des consommations (à proximité des heures de travail ou pendant le travail). La question demeure pourtant de savoir en quoi le milieu de travail peut induire ou conforter des comportements d'abus, voire des conduites addictives. Les facteurs professionnels pouvant être associés à la consommation sont par exemple : les fonctions et activités, les conditions de travail, la perception du travail, ou encore l'instabilité ou l'absence de travail.

A.1. Quelles sont les données en population générale sur les consommations de SPA des personnes en activité professionnelle ?

Les chiffres de la consommation de SPA en population générale, selon le Baromètre santé 2010

Le Baromètre santé est une enquête transversale sur la santé des personnes résidant en France, menée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population générale (n = 21 818 en 2010). Cette enquête comprend un volet sur la consommation de drogues illicites et de médicaments. En croisant les réponses sur le statut socio-professionnel et les consommations, il est possible d'obtenir des données sur les consommations des personnes actuellement en âge de travailler, en distinguant les actifs occupés et inoccupés.

Les actifs occupés sont étudiés par professions et catégories socioprofessionnelles (PCS), avec six niveaux agrégés classiques (agriculteurs ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; cadres, professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers). La variable utilisée ici est codée selon la profession actuelle de l'interviewé, avec reclassement des chômeurs dans leur dernière activité professionnelle. Sont inclus dans les "sans activité" : les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les personnes au foyer, les inactifs, les élèves ou étudiants, les rentiers, les personnes en congé longue durée. Les personnes retraitées sont une catégorie à part entière.

Les éléments suivants reprennent des données publiées (4), complétées par les données disponibles relatives aux PCS. De nouvelles analyses du Baromètre santé par

l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sont attendues. Des indicateurs plus précis sur les contraintes psychosociales (module "conditions de travail") et des questions sur la contextualisation des événements ont en effet été intégrés dans le Baromètre santé 2010. Ce Baromètre vise également à appréhender les liens perçus entre états (ou dégradation) des comportements de santé et situations de travail, et à mesurer les répercussions déclarées des premiers, notamment des consommations de SPA, sur l'environnement de travail.

De manière générale, les substances licites, alcool et tabac, demeurent les produits les plus consommés dans la population, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage quotidien. Le tabac s'avère moins expérimenté que l'alcool (35,5 millions vs 44,4 millions de personnes), mais consommé quotidiennement nettement plus souvent (13,4 millions vs 5,0 millions de personnes).

Parmi les drogues illicites, le cannabis reste de très loin la substance la plus consommée, avec 13,4 millions de personnes à l'avoir déjà essayé. Son usage régulier (voir définitions tableau I) concerne plus d'un million de personnes en France. La consommation de cocaïne, deuxième produit illicite le plus consommé, se situe bien en-deçà et touche environ dix fois moins de personnes, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage dans l'année.

Parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, les consommations apparaissent très différentes selon le sexe et l'âge (tableau II). Pour tous les produits, les hommes se révèlent plus consommateurs que les femmes. À l'inverse de la consommation régulière d'alcool, les consommations

Tableau I : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans (d'après OFDT, *Tendances* 2011)

Expérimentateurs	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Nombre estimé	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
- dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
- dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
- dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2008 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC 2006 (service médical du rectorat de Toulouse).

// : non disponible.

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis d'au moins dix fois au cours du mois ou d'au moins 120 fois au cours de l'année.

NB : le nombre d'individus de 11-75 ans en 2009 (date mise à jour du recensement) est d'environ 49 millions.

Ces chiffres donnent un ordre de grandeur du nombre d'usagers. Une marge d'erreur existe, même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

Tableau II : Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans, en pourcentage (d'après OFDT, *Tendances* 2011)

Substance psychoactive	Ensemble n = 21 818	18-25 ans n = 2 899	26-34 ans n = 3 872	35-44 ans n = 5 368	45-54 ans n = 4 637	55-64 ans n = 5 042	Hommes n = 9 866	Femmes n = 11 952
Alcool	94,9	91,8	92,3	95,5	96,5	97,0	96,5	93,3
Tabac	78,3	76,3	79,7	79,5	80,1	75,4	82,7	74,2
Cannabis	32,8	47,3	51,7	38,0	22,6	10,1	40,5	25,4
Poppers	5,3	10,8	7,9	6,6	2,4	0,5	7,2	3,4
Cocaïne	3,8	6,0	7,6	3,7	2,2	0,6	5,5	2,2
Champignons hallucinogènes	3,2	4,9	6,7	3,0	1,9	0,5	4,9	1,6
Ecstasy / MDMA	2,7	4,2	6,8	2,5	0,7	0,1	4,0	1,4
Colles et solvants	1,9	2,7	3,2	2,2	1,4	0,3	2,7	1,1
LSD	1,8	2,1	3,4	1,4	1,3	0,9	2,7	0,9
Amphétamines	1,7	2,1	3,1	1,2	1,4	1,2	2,2	1,3
Héroïne	1,2	1,4	2,1	1,5	1,1	0,2	1,9	0,6

Source : Baromètre santé 2010 (INPES).

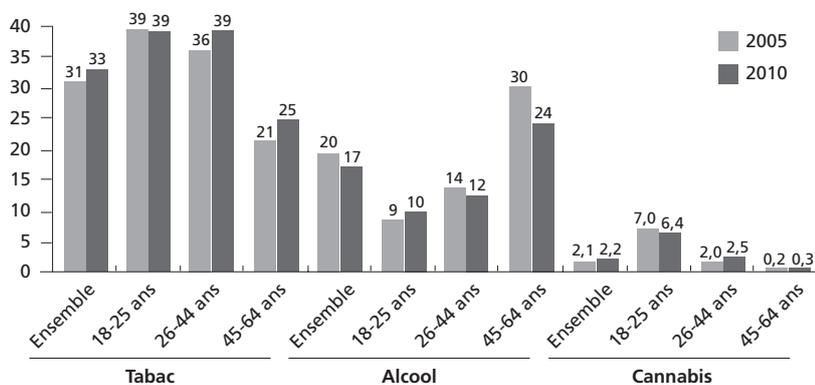


Figure 1. – Évolution des consommations régulières d'alcool et de cannabis et quotidiennes de tabac entre 2005 et 2010 suivant l'âge parmi les 18-64 ans, en pourcentage (d'après Becket et al., *Tendances* 2011).

Source : Baromètre santé 2008 et 2010 (INPES). Les données 2005 et 2010 ont été redressées sur les données populationnelles correspondant à l'époque de l'enquête. Les critères de redressement appliqués aux données de 2010 ont été aussi appliqués aux données de 2005.

régulières de tabac et de cannabis et l'expérimentation d'autres substances illicites sont moins élevées chez les plus âgés (figure 1).

Pour l'alcool, les résultats font apparaître une baisse très significative de l'usage quotidien de boissons alcoolisées pour les deux sexes, dans la continuité de ce qui est observé depuis plusieurs décennies, ainsi qu'une stabilisation des niveaux de consommation plus occasionnels. En revanche, on constate une hausse significative des usages à risque (en particulier les usages à risque ponctuel), de même qu'une hausse significative des épisodes d'ivresse déclarés pour les deux sexes, hausses particulièrement fortes pour les hommes de 18-34 ans et pour les femmes de 18-25 ans.

Les modes de consommation sont disparates entre les grandes catégories d'actifs occupant un emploi et apparaissent très clivés socialement suivant la PCS des répondants. Selon la PCS d'appartenance, on observe notamment des disparités dans la proportion de consommation à risque.

Chez les hommes comme chez les femmes, la fréquence de consommation à risque et celle de consommation à risque ponctuel sont les plus élevées chez les agriculteurs (respectivement 62,8 % et 49,3 %). En proportion, la prise de risque chronique est légèrement plus élevée chez les artisans (15,1 %), mais les niveaux restent proches de ceux des agriculteurs (13,1 %).

Chez les hommes (figure 2), la part de consommation à risque ponctuel est proche de celle des agriculteurs (49,5 %) parmi les professions intermédiaires (47,8 %) et les cadres (46,6 %), contrastant avec celle, nettement plus basse, enregistrée chez les ouvriers (41,4 %) et employés (38,6 %). En ce qui concerne la prise de risque chronique, les ouvriers (13,5 %) se situent au même niveau que les agriculteurs, le niveau étant plus bas (environ 10 %) chez les employés, cadres et professions intermédiaires

Chez les femmes (figure 2), la proportion d'alcoolisation à risque est plus élevée chez les agricultrices et celle d'alcoo-

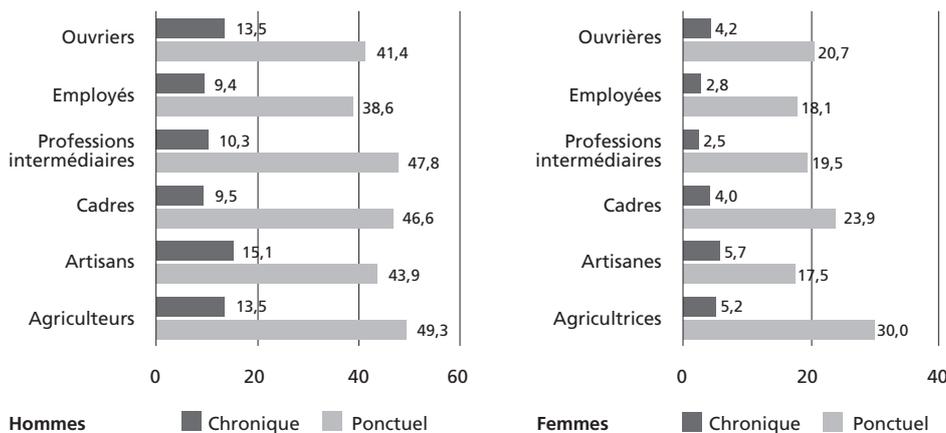


Figure 2. – Prévalences des profils d'alcoolisation par professions et catégories socioprofessionnelles et sexe dans l'enquête Baromètre santé 2010, en pourcentage (d'après Becket et al., *Tendances* 2011).

Source : Baromètre santé 2010 (INPES).

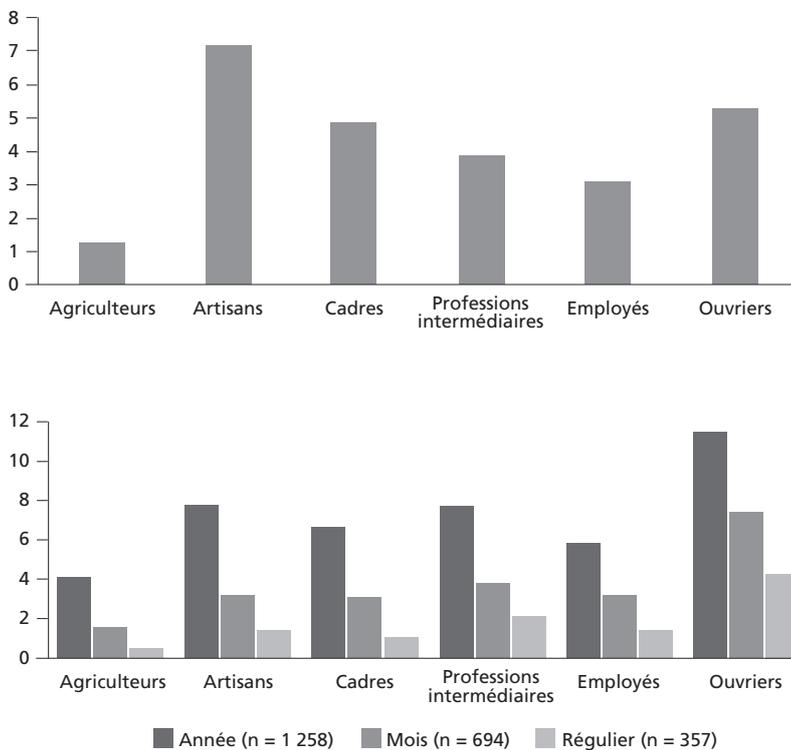


Figure 3. – Usage de cannabis par professions et catégories socioprofessionnelles (d'après Becket et al., *Tendances* 2011).

Source : Baromètre santé 2010 (INPES), exploitation OFDT.

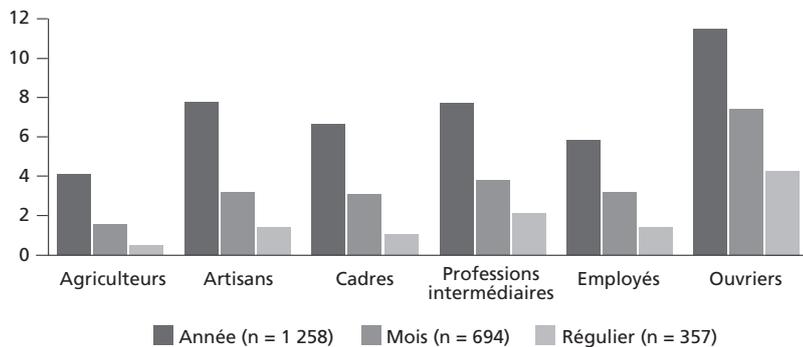


Figure 4. – Usage de cocaïne par professions et catégories socioprofessionnelles (n = 684) (d'après Becket et al., *Tendances* 2011).

Source : Baromètre santé 2010 (INPES), exploitation OFDT.

lisation à risque chronique chez les artisanes. Les fréquences d'alcoolisation à risque apparaissent plus élevées parmi les cadres (27,9 %) que chez les femmes des catégories professions intermédiaires (22 %), les employées (20,2 %) et les ouvrières (24,9 %). Un écart qui n'apparaît pas chez les hommes cadres. Reste que les comportements d'alcoolisation à risque sont deux fois moins nombreux chez les femmes cadres que chez les hommes.

La faiblesse des effectifs ne permet pas de dissocier avec exactitude les niveaux de consommation de drogues il-

licites déclinés par PCS, à plus forte raison lorsque l'on considère des usages réguliers. Les résultats suivants concernent donc seulement l'usage de cannabis (année, mois, régulier) et l'expérimentation de cocaïne, pour lesquels les effectifs permettent des analyses plus robustes.

Quel que soit le mode d'usage (année, mois, régulier), les consommateurs de cannabis (figure 3) sont plus nombreux parmi les ouvriers, suivis par les artisans et professions intermédiaires, les cadres et les employés. L'expérimentation de cocaïne (figure 4) concerne davan-

tage les artisans (7,2 %), suivis par les ouvriers (5,3 %), les cadres (4,9 %), les professions intermédiaires (3,9 %) et les employés (3,1 %). Les agriculteurs sont moins consommateurs, pour le cannabis comme pour la cocaïne.

Une analyse plus fine par PCS et par genre aurait été souhaitable, mais les effectifs ne permettent pas de mettre en évidence de résultats probants. Toutefois, quelle que soit la PCS, les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer du cannabis et de la cocaïne (11,5 % vs 4,7 % pour le cannabis dans l'année, 6,6 % vs 2,2 % pour le cannabis dans le mois, 3,4 % vs 0,9 % pour le cannabis régulier, 5,5 % vs 2,2 % pour l'expérimentation de cocaïne).

A.2. Quels usages et quels rapports au milieu professionnel en fonction du type de SPA ?

Alcool

Réalisée à la demande du ministère de la Santé, l'expertise collective sur les dommages sociaux, abus et dépendance liés à l'alcool (5) s'appuie sur les connaissances scientifiques publiées dans la littérature internationale actuelle et sur l'expérience des experts de différentes disciplines. Elle note que :

- le recueil de données objectives et systématiques est éthiquement difficile dans le cadre de la médecine du travail ;
- les taux d'alcoolémie acceptables ont diminué au cours du temps, ne serait-ce qu'en raison de la législation en vigueur pour la conduite automobile (0,5 g/l actuellement, selon la loi du 13 novembre 1996).

D'après l'étude Gazel (6) d'une cohorte constituée depuis 1989 de salariés d'EDF-GDF, la consommation d'alcool observée chez les salariés est similaire à celle de la population générale d'âge comparable (tableau III).

La consommation d'alcool est souvent associée à certaines habitudes qui n'évoluent que très lentement, les pots ou les repas d'affaires notamment. Selon une enquête Ipsos

Tableau III : Consommation d'alcool chez les salariés EDF-GDF en verres par jour (d'après l'étude Gazel, 1989)

Consommation quotidienne d'alcool	Hommes	Femmes
5 verres et plus	12,6 %	1,2 %
3 à 4 verres	18,7 %	3,5 %
1 à 2 verres	16,7 %	14,9 %
0 verre ou occasionnelle	52,0 %	80,4 %

de septembre 2001 (7), réalisée par téléphone selon la méthode des quotas auprès de 551 personnes "en activité" extraites d'un échantillon national représentatif, 71 % des personnes interrogées consomment de l'alcool lors des repas d'affaires avec, pour 35 % d'entre elles, une consommation augmentée par rapport à leur consommation habituelle. La prise d'alcool dans un contexte professionnel est constatée dans les professions les plus pénibles physiquement : bâtiment, agriculture, manutention et professions en rapport avec le public.

Selon une étude réalisée auprès des médecins du travail d'Île-de-France (8), près d'un salarié sur quatre consomme régulièrement de l'alcool au travail avec ses collègues ou ses clients.

Dans tous les cas et quel que soit l'âge, le nombre moyen de verres consommés par les hommes dans le milieu du travail est une fois et demie à deux fois supérieur à celui des femmes.

La part attribuable à l'alcool dans les accidents du travail est étudiée à partir de quelques travaux américains rapportés dans la *Revue Internationale du Travail* (9) : "l'alcool et les drogues provoquent 20 % à 25 % des accidents du travail et jusqu'à 30 % des décès liés au travail". Pour la France, l'expertise collective INSERM 2003 (5) indique que "bien que ce soit un problème récurrent en milieu du travail, les études précises et récentes concernant l'implication de l'alcool dans les accidents du travail font défaut".

L'alcool est la SPA pour laquelle le plus d'outils cliniques ont été développés pour le repérage précoce et les interventions brèves, outils notamment utilisés en médecine générale (10) et, dans une moindre mesure, en médecine du travail (11).

Cannabis

Une étude transversale sur la consommation de cannabis des salariés en Haute-Vienne (12), toutes PCS confondues (sauf le monde agricole), a été réalisée en 2005 et 2006 à partir de 1 046 questionnaires via 35 médecins du travail exerçant dans un service interentreprises, en service autonome ou dans le secteur hospitalier (n = 1 046, âge moyen de 37 ans, 45,8 % des salariés ayant moins de 35 ans). La prévalence des expérimentateurs de cannabis était de 19,3 %, celle des usagers actuels de 3,5 %. Plus faibles qu'en population générale, ces résultats pourraient être sous-déclarés ou liés à l'absence de demandeurs d'emploi dans l'échantillon.

L'usage du cannabis a été considéré chez les salariés d'entreprises de travail temporaire (ETT) vus en consultation dans un service interentreprises de santé au travail de la région Bourgogne (13). À partir de 124 questionnaires exploités, la tendance montre une élévation de la consommation parmi les jeunes salariés de ces établissements.

L'enquête menée en 2005 dans la Loire (enquête transversale par autoquestionnaire pour des salariés en consultation de médecine du travail, n = 1 406) retrouve, de même, l'association entre le statut d'intérimaire et les usages à risque de substances psychoactives (14).

De manière plus générale, deux constats peuvent être formulés sur les relations entre consommations de cannabis et monde du travail. D'une part, il pourrait y avoir une augmentation des consommations liée aux évolutions des consommations constatées en population générale : l'augmentation de la consommation globale se répercute également dans le monde du travail. Mais d'autre part, tout comme la vie de couple et le fait d'avoir des enfants, le travail est associé à une diminution des consommations à l'âge adulte (15), ce que l'on retrouve pour d'autres SPA.

Médicaments psychotropes

La frontière entre médicament psychotrope et drogue illicite est parfois incertaine, notamment avec l'usage détourné. Les usages de médicaments psychotropes, prescrits ou détournés, peuvent avoir différents objectifs (le soin, l'adaptation à des contraintes sociales ou professionnelles, la recherche d'effets dans la polyconsommation). Ce qui pourrait en partie expliquer pourquoi la prise de médicaments psychotropes est peu étudiée en milieu professionnel. Détaillés ci-après, les travaux menés par des équipes de recherche à Toulouse soulignent un recours répandu aux médicaments en relation avec son travail.

Dans une étude de cohorte avec un suivi à un an destinée à étudier les facteurs associés à l'usage de médicaments psychoactifs (16), 1 273 sujets de la région toulousaine (âge moyen 39,2 ans ; PCS variées et regroupées en cadre dirigeant, chef de service, employé, ouvrier) ont répondu en 2000 et 2001 à un questionnaire auto-administré lors de l'examen périodique de santé au travail. 9,1 % des salariés consommaient des médicaments psychoactifs et 3,5 % étaient dépendants, soit un consommateur sur trois. La consommation était associée à la PCS (les employés avaient presque deux fois plus de risques de consommer des médicaments psychoactifs que les cadres) et à la faible satisfaction au travail et en dehors du travail. Les

comportements visant l'amélioration de la performance (*performance-enhancing behavior*) et les stratégies d'adaptation (*coping*) pourraient être des déterminants de l'usage de médicaments psychoactifs et conduire à des comportements et des états de dépendance sur le lieu du travail.

En mai 2000, 2 106 sujets ont été interrogés par autoquestionnaire au cours de l'examen périodique de santé au travail (17). Près d'un sujet sur trois a recours à des médicaments en relation avec son travail : 20 % utilisent un médicament pour être "en forme au travail", 12 % prennent leur médicament sur leur lieu de travail pour traiter un "symptôme gênant", et 18 % utilisent un médicament "pour se détendre au décours d'une journée difficile". Les médicaments les plus utilisés sont des psycholéptiques (anxiolytiques, hypnotiques et neuroleptiques).

Une étude transversale a été menée tous les dix ans depuis 1986 parmi des salariés de la région toulousaine, par questionnaire au cours de l'examen périodique de santé au travail. En 2006, les réponses de 2 213 salariés (âge moyen 39,3 ans) ont été comparées à celles de 1986 et 1996 (18). Contrairement aux deux vagues précédentes où la seule distinction portait sur le travail manuel ou non, les salariés sont regroupés en PCS (employés ou supervision). Alors qu'elle avait augmenté au cours des dix premières années (passant de 41,5 % en 1986 à 46,7 % en 1996), la prévalence de la consommation de médicaments parmi ces salariés a baissé au cours des dix dernières années (de 46,7 % en 1996 à 40,7 % en 2006). Avec une augmentation significative (de 3 % en 1986 à 5,9 % en 2006) des médicaments pour troubles musculo-squelettiques (2), les médicaments consommés ont eux aussi évolué. Une étude qui illustre les tendances de consommations de médicaments observées au cours des 20 dernières années et qui souligne les relations pouvant exister entre ces consommations et les conditions de travail, ainsi que l'existence de facteurs extra-professionnels. Enfin, les conclusions de l'article relèvent l'importance des campagnes de sensibilisation sur la prescription de médicaments.

De manière générale, les études et constats cliniques concourent à montrer une augmentation des consommations au cours des deux dernières décennies (19) et des difficultés individuelles et sociales liées au mésusage des médicaments psychotropes.

Cocaïne

La diffusion de l'usage de cocaïne concerne particulièrement les jeunes adultes exerçant une activité classée

dans la catégorie des professions intermédiaires, qui sont susceptibles d'appartenir à la population "socialement insérée". Parmi les actifs occupés, il n'apparaît pas de différence entre les PCS, sauf parmi les "cadres et professions intellectuelles supérieures" où les professionnels des arts et du spectacle se montrent davantage usagers de cocaïne. Les niveaux d'expérimentation et d'usage sont plus élevés parmi les chômeurs que les actifs occupés. Les usagers de cocaïne sont souvent des poly-consommateurs (20). La diffusion de l'usage de cocaïne pourrait être liée à des pressions croissantes au sein de la sphère professionnelle pour une frange des usagers insérés (21). Correspondant à une perception répandue dans l'imaginaire collectif, cette hypothèse est difficilement vérifiable. Au vu d'études qualitatives (22, 23), la consommation de cocaïne serait en effet dissociée de la sphère du travail. Lorsqu'elle ne l'est pas, elle concernerait surtout les professions liées aux arts et aux spectacles et des personnes dont les conditions de travail particulières induiraient pour elles la nécessité de se sentir "hyper-performant" (secteur de la restauration en zone touristique, par exemple).

Traitement de substitution aux opiacés (TSO)

Deux revues de synthèse à vocation pratique traitent des TSO en milieu professionnel (24, 25). Leurs conclusions sont les suivantes : le médecin du travail a un rôle à jouer lorsque la possibilité de réinsertion par le travail peut intervenir ; les salariés qui suivent un TSO ne doivent pas faire l'objet de pratiques discriminatoires, que ce soit au moment de l'embauche ou dans le cadre de leur activité professionnelle.

Aucune étude épidémiologique portant spécifiquement sur les TSO dans la population salariée n'a été identifiée, et le lien possible entre TSO et accidents du travail n'est pas documenté. Les résultats de l'étude menée dans la région Nord-Pas-de-Calais (26) montrent que dans une population de 1 050 chauffeurs de poids lourds soumis à un dépistage urinaire, 1,8 % étaient consommateurs de buprénorphine et 0,5 % de méthadone. Les pourcentages de dépistages positifs aux traitements de substitution (méthadone et buprénorphine) sont huit fois plus élevés que dans la population active. En 2004 et 2005, la SNCF retrouve des taux de l'ordre de 1,65 % de dépistages positifs aux opiacés sur 204 890 prélèvements urinaires (27).

En conclusion, l'alcool reste la SPA la plus consommée et problématique pour le milieu professionnel. Les études spécifiques sur le cannabis ne rapportent pas de relation

entre consommation et PCS, sauf pour les jeunes salariés intérimaires. Répandu, le mésusage de médicaments psychotropes lié au travail devrait faire l'objet de futures recherches. Quant à l'usage de cocaïne, il reste minoritaire et s'est diffusé de façon non différenciée dans toutes les PCS, en restant dissocié du travail, à l'exception de certaines professions. Enfin, tout en retenant l'intérêt des professionnels de santé au travail, les TSO ne font pas l'objet d'études épidémiologiques spécifiques.

A.3. Quels sont les secteurs d'activité particulièrement concernés par les usages de SPA ?

Comme dans les études à portée locale sur les consommations de drogues illicites et le travail, le sujet est parfois circonscrit à des professions ou PCS. Des études épidémiologiques ont ainsi été menées dans différents secteurs d'activité ou métiers dont les caractéristiques spécifiques conditionneraient les pratiques addictives.

Les transports routiers

Compte tenu des risques liés à la conduite, les transports sont un secteur d'activité étudié. La sûreté et la sécurité étant des préoccupations motivant la recherche, c'est la fonction plus que la profession qui est sujet d'étude.

Une étude multicentrique sur la prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance a été réalisée en 2003-2004 dans la branche professionnelle des transporteurs routiers de la région Nord-Pas-de-Calais (26). Elle avait notamment pour but de vérifier si les tendances observées en 1995 dans la même région (28) perduraient, à savoir que les salariés à des postes de sûreté et de sécurité (PSS) présentaient plus de consommations de SPA que les autres salariés. Le dépistage urinaire de méthadone, benzodiazépines, cocaïne, amphétamines, opiacés, cannabinoïdes, buprénorphine et d'éthanol a donné, en pourcentage de positifs, les résultats suivants : opiacés (4,1 %), cannabinoïdes (8,5 %), cocaïne (0,1 %), amphétamines (0,3 %), buprénorphine (1,8 %), méthadone (0,5 %), benzodiazépines (0,4 %) et alcool (5 %). Des résultats qui confirment ceux de l'étude de 1995 en ce qui concerne la consommation de cannabis et d'alcool chez des travailleurs affectés à des PSS.

Une étude menée dans la même région (29) portait pour sa part sur 313 candidats à un poste de chauffeur poids lourds. 10 % 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.

Une enquête nationale par questionnaire a été réalisée en 2005 par la Mutualité Sociale Agricole (30). Permettant d'évaluer la consommation de tabac, de cannabis, d'alcool et de médicaments, le questionnaire était rempli par des chauffeurs (tractoristes, engins, caristes, poids lourds, n = 1 604) affiliés à la Mutualité Sociale Agricole, au cours d'une visite médicale où une fiche d'aptitude leur était délivrée. Les résultats montrent que 8 % des répondants avaient fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois, 22 % présentaient une consommation d'alcool à risque, et 9,5 % prenaient un ou plusieurs médicaments. Une étude qui présente l'intérêt de porter sur des postes de chauffeurs dans le secteur agricole, secteur d'activité peu étudié au regard des consommations de SPA.

L'étude "Stupéfiants et accidents mortels" (SAM) apporte quant à elle de nouveaux éclairages sur les accidents de conduite mortels en fonction du motif de déplacement (31). L'objectif était d'étudier l'influence de la consommation d'alcool et de drogues, notamment de cannabis, sur la responsabilité dans un accident mortel de la circulation de conducteurs au travail (n = 1 845), quelle que soit leur profession, ou lors du trajet domicile-travail (n = 1 504). Pour le cannabis, toutes doses confondues (correspondant à des usages différents), on observe 3,2 % de positifs chez les conducteurs accidentés au travail, 5,7 % chez les conducteurs en trajet domicile-travail (c'est aussi parmi les conducteurs accidentés au travail que l'on observe la plus faible proportion de positifs à l'alcool). Concernant les autres familles de stupéfiants, le nombre de conducteurs testés positifs est faible dans les accidents liés au travail. Ne mettant pas en évidence d'interaction significative entre la conduite sous influence de cannabis ou d'alcool et le motif du déplacement, l'analyse effectuée en tenant compte du motif de déplacement affine les résultats pour l'ensemble des conducteurs sans les remettre en cause. Être sous l'emprise de cannabis ou d'alcool en déplacement en lien avec le travail augmente le risque d'être responsable d'un accident mortel dans des proportions comparables à celles observées pour les déplacements à caractère privé. Sur l'ensemble des conducteurs étudiés, conduire sous l'effet du cannabis multiplie par 1,8 le risque d'être responsable d'un accident mortel, par 8,5 s'il s'agit d'alcool.

Les professions médicales

Les professions médicales représentent une PCS souvent étudiée dans la littérature internationale, notamment en ce qui concerne les consommations d'alcool, sans doute par le biais de sélection favorable existant pour la réalisation de ce type d'étude. Dans une enquête nationale conduite en France pour préciser la consommation de SPA parmi les médecins anesthésistes-réanimateurs (32), 3 476 réponses à un questionnaire ont été obtenues, soit un taux de réponse de 38 %. Si l'alcool apparaît comme la principale cause d'addiction chez les médecins anesthésistes-réanimateurs français et si 22,7 % des répondants étaient des fumeurs quotidiens, la consommation de substances psychoactives recouvre un large éventail de produits. 10,9 % étaient ainsi abuseurs ou dépendants d'au moins une autre substance que le tabac : l'alcool (59,0 %), les tranquillisants et hypnotiques (41,0 %), le cannabis (6,3 %), les opiacés (5,3 %) et/ou les stimulants (1,9 %). Les sujets souffrant d'addiction expriment plus fréquemment des difficultés vis-à-vis de leur environnement professionnel et ont plus souvent une perception négative de leurs conditions de travail, ce qui pourrait éventuellement contribuer au développement de leur pathologie.

Les gens de mer : marins à la pêche et marins au commerce

Une étude réalisée parmi les gens de mer (33) met en évidence une prévalence élevée de la consommation de drogues. 1 928 marins ayant répondu à un autoquestionnaire ont été sélectionnés à partir d'un sondage stratifié sur 19 zones portuaires en France métropolitaine. Deux types de marins, aux environnements familial et professionnel différents, ont été identifiés : les marins à la pêche et les marins au commerce. Et avec eux, des différences de consommations : bien que les consommations récentes de drogues soient comparables, les expérimentations de produits stupéfiants sont en effet plus élevées chez les marins au commerce. Près de la moitié des marins interrogés ont déjà consommé du cannabis. 9 % déclarent en avoir consommé au cours de l'année précédente et 2,8 % plus de dix fois au cours des 30 derniers jours. 21,9 % des marins civils ont consommé du cannabis dans les 12 derniers mois et 3,9 % sont des consommateurs réguliers. La consommation récente de cannabis est de l'ordre de 16 %, cette dernière ayant été identifiée grâce à une recherche de métabolites de cannabis menée au moyen d'un test urinaire au moment de l'enquête. Hors cannabis, l'expérimentation de produits stupéfiants concerne 15,4 % des marins, les produits les plus fréquemment cités étant les champignons hallucinogènes (7,5 %), la cocaïne (7,2 %), les poppers (vasodilatateur, 6,8 %) et l'ecstasy (5,1 %). La

consommation récente (au cours des 30 derniers jours) est quasi nulle pour l'ensemble de ces produits (0,8 % pour la cocaïne, 0,4 % pour l'héroïne).

Des employeurs concernés par la consommation de drogues illicites

La recherche menée sur les consommations de drogues illicites à travers différents secteurs d'activité suscite l'intérêt des employeurs. Ayant pour objectif de mesurer les perceptions et préoccupations, deux enquêtes BVA/INPES/ANPAA menées en 2006 (citées dans 34 et 45) ont montré que 85 % des directeurs des ressources humaines (DRH) interrogés estimaient que les risques liés aux addictions étaient importants. L'usage de cannabis est jugé préoccupant par 25 % des salariés et 35 % des DRH d'entreprises de plus de 50 salariés. Le médecin du travail est un interlocuteur privilégié pour 87 % des DRH (contre 75 % des salariés).

A.4. Quels sont les enseignements des études locales auprès de populations salariées sur les liens entre consommations de SPA et travail ?

Dès 1995, une enquête portant sur 1 978 prélèvements urinaires, recueillis via 13 services interentreprises de médecine du travail dans la région Nord-Pas-de-Calais (28), mettait en évidence une prévalence élevée (24 %) des différentes substances recherchées parmi la population active testée. Le nombre de consommateurs de substances modifiant la vigilance (SPA) était significativement plus important chez les salariés occupant un PSS que chez les autres salariés. Quatre salariés sur dix occupant un PSS étaient alors positifs aux opiacés et cannabis.

Détaillées ci-dessous, des études plus récentes à portée régionale (la Loire et l'Aquitaine) ne mettent pas en évidence de secteur d'activité ou poste de travail où les consommations seraient plus élevées.

La première étude a été menée dans la Loire en 2005 (14) auprès de salariés via 43 médecins du travail. Sur 1 406 questionnaires exploités, seuls les sujets à risque de dépendance ont été pris en compte pour une analyse selon leur poste de travail, car plus à risque d'entraîner des incidents au travail. Les résultats montrent qu' hormis les drogues dures, 13,7 % des consommateurs (à l'un ou l'autre des produits suivants : alcool, cannabis, médicaments) sont à risque de dépendance, soit 12,9 % de l'échantillon. Le risque de dépendance était mesuré par

les tests DETA et DAST-10 et par des questions issues des critères de dépendance du DSM-IV pour les médicaments. Ayant dépassé le seuil admis des 5 % de données manquantes, la variable "consommation d'autres produits" (ecstasy, speed [= amphetamines], cocaïne, héroïne...) n'a pas été prise en compte dans l'analyse. Parmi les répondants à risque de dépendance, 16,6 % étaient consommateurs de psychotropes, majoritairement des femmes, et 10,2 % consommateurs de cannabis, majoritairement des hommes. L'étude n'a pas mis en évidence de poste de travail entraînant spécifiquement plus de dépendance qu'un autre. Inversement, le statut d'intérimaire était associé à un fort risque de dépendance. Le sens de cette association reste cependant à définir.

Réalisée en 2008 dans le cadre de la médecine du travail à partir de 1 186 questionnaires analysés, une enquête sur la consommation de substances des salariés d'Aquitaine (pas de publication référencée) a montré que 40 % des salariés avaient consommé au moins une substance illégale au cours de leur vie (cannabis, opiacés, cocaïne, stimulants) et que 8 % en consommaient actuellement, 12 % de ces derniers considérant leur consommation comme problématique. L'enquête n'a pas mis en évidence de différence de consommation selon les secteurs d'activité (BTP, commerce, services, santé/social). Les résultats de ces travaux doivent encore être consolidés.

Menée en mai 2008 (35) auprès d'un échantillon de 1 641 salariés volontaires (1 556 questionnaires exploités), grâce à la collaboration de médecins du service de santé de la Sarthe et de la Mayenne en Pays-de-Loire, une étude pilote portait pour sa part sur la perception du travail et les contraintes temporelles, l'hypothèse étant que le travail pouvait influencer les conduites addictives sous certaines conditions. Pouvant contribuer à expliquer partiellement les différences entre les sexes, les résultats montrent des liens entre certaines caractéristiques de travail et les conduites addictives : chez les femmes, la prise de substances est ainsi corrélée au travail en horaires décalés, quand chez les hommes, elle l'est à une demande importante dans le travail. Bien que les résultats présentés portent surtout sur les drogues licites (tabac, alcool, anxiolytiques), toutes les SPA, licites, illicites, et médicaments ont été prises en compte.

Enfin, une tentative a récemment été faite (36) d'identifier, à partir des résultats de l'étude "Mode de vie et travail" de 2006 (n = 2 213), des profils de SPA chez les salariés en tenant compte des caractéristiques de leur travail. Cinq

profils de salariés associés à une consommation de SPA ont ainsi été identifiés :

- les consommateurs d'alcool pendant le travail, qui étaient des commerciaux satisfaits professionnellement ;
- les consommateurs d'alcool après le travail, qui étaient insatisfaits dans leur vie ;
- les consommateurs de cannabis, qui étaient des hommes satisfaits professionnellement mais soumis à une insécurité d'emploi ;
- les fumeurs, qui regroupaient des salariés occupant des postes à responsabilité et soumis à une pression temporelle ;
- et les polyconsommateurs, qui occupaient des postes à fortes contraintes professionnelles.

Des résultats qui devraient permettre d'orienter les médecins du travail sur les modalités de consommation des sujets dans leur environnement professionnel. À notre connaissance, c'est en effet la première fois qu'une typologie de consommateurs de SPA selon leurs caractéristiques de travail est dressée.

A.5. Quels sont les enseignements de la recherche qualitative sur les consommations de SPA en relation avec le travail ?

L'approche qualitative des drogues et du travail renseigne également sur la relation entre drogues et milieu de travail. En France, les travaux de Fontaine (23, 37, 38) offrent une perspective d'ethnographie compréhensive. Grâce à de – rares – témoignages d'usagers de drogues qui travaillent, ils mettent en évidence les stratégies développées par certaines catégories d'actifs pour préserver leurs habitudes antérieures de consommation, tout en se mettant en position de pouvoir répondre aux exigences de leur activité professionnelle. Ces travaux apportent un éclairage sur les caractéristiques d'usagers intégrés à un milieu professionnel, qui parviendraient à gérer l'usage de substances illicites tout en préservant leur statut et leur image sociale, sans avoir recours à des structures ou à des institutions spécialisées dans le domaine de la consommation de psychotropes et sans s'exposer aux sanctions judiciaires que peut engendrer leur pratique.

L'approche qualitative des addictions en milieu professionnel a aussi été développée au Québec, où elle porte notamment sur les représentations des attitudes et des pratiques des différents acteurs au sein de l'entreprise (39, 40). Cette approche qualitative auprès des acteurs de l'entreprise impliqués dans la santé au travail, en particulier sur les consommations de SPA, gagnerait sans doute à être menée en France.

B – Quels sont les concepts et indicateurs utilisés en santé au travail qui permettent de prendre en compte les mésusages de SPA ?

Les accidents professionnels restent l'indicateur principal de santé au travail

Votée en août 2004, la loi de santé publique cible une centaine d'objectifs en déclinant des programmes, avec des indicateurs à évaluer. Trois rubriques – addictions, santé mentale et santé au travail – sont utilisables pour notre sujet, certains problèmes étant ciblés en particulier pour la santé au travail : accidents routiers liés au travail, expositions professionnelles et troubles musculo-squelettiques.

Faute de nouvelles données comparables à celles ayant servi de référence, notamment l'enquête "Surveillance médicale des risques" (Sumer) en 2003 (41), aucun bilan des autres objectifs de la loi n'a pas pu être effectué dans le domaine "santé au travail", à l'exception des accidents routiers.

Les évolutions enregistrées en France métropolitaine (42) montrent que :

- le taux d'accidents du travail avec arrêt a diminué de 12 % entre 1998-1999 et 2004-2005 dans le régime général, et de 16,8 % entre 1993-1995 et 2004-2005 dans le régime agricole ;
- sur les mêmes périodes respectives, les accidents du travail avec incapacité permanente partielle ont augmenté de 1,9 % dans le régime général et diminué de 22,6 % dans le régime agricole ;
- les taux d'accidents du travail mortels ont baissé de 30,7 % dans le régime général entre 1998-1999 et 2004-2005.

Les pourcentages d'évolution sont cependant très variables d'une région à l'autre pour tous ces indicateurs.

L'utilisation dans les entreprises du document unique d'évaluation des risques étant hétérogène selon l'évaluation des objectifs de la loi d'août 2004, il apparaît indispensable de suivre les impacts des actions d'accompagnement et de formation sur la mise en œuvre d'actions de prévention dans les entreprises.

En conclusion, la recherche de SPA n'est pas systématique dans les indicateurs utilisés par les services de santé au travail. Au-delà des estimations fournies par l'étude SAM en 2003 sur les accidents mortels de la route et les acci-

dents survenus sur le trajet domicile-travail, il est donc impossible à l'heure actuelle d'évaluer la part imputable aux SPA dans les accidents du travail.

Fort des constats sur les liens entre exposition aux risques psychosociaux en milieu professionnel et état de santé (43), la prise en compte des risques psychosociaux et de la santé mentale est recommandée par le Haut conseil de santé publique avec, pour 2010, les objectifs suivants :

- diminuer d'au moins 20 % en cinq ans la proportion de personnes souffrant de troubles dépressifs n'ayant pas recours aux soins (l'indicateur utilisé est le CIDI Short Form, dans le Baromètre santé) ;
- réduire la fréquence des suicides en France.

Les indicateurs concernant le suivi des expositions aux risques psychosociaux font toujours l'objet d'études pluridisciplinaires allant de l'épidémiologie sociale à la recherche clinique.

C – Quels sont les bénéfices attendus d'une prise en compte des mésusages de SPA en milieu professionnel ?

Outre les bénéfices immédiats d'un repérage et d'une intervention auprès des consommateurs de SPA pour la santé individuelle et collective du milieu du travail, des bénéfices différés sont également attendus en termes de santé publique.

En effet, malgré les difficultés signalées dans les études épidémiologiques pour évaluer les bénéfices des actions de prévention, les bénéfices attendus des interventions des services de santé dans le domaine des conduites addictives se situent au niveau individuel mais aussi collectif, dans un environnement de travail caractérisé par des contraintes organisationnelles (sécurité, santé des salariés).

C.1. Améliorer le repérage des consommations à risque et faciliter l'accès à la prévention et aux soins grâce à des équipes pluridisciplinaires de santé

Dans le cadre de la réforme de la médecine du travail, la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail précise les missions des services de santé au travail pour prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail. Fixés dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), les

moyens des services de santé au travail sont octroyés grâce au concours du Fonds national de prévention, de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés et des Agences régionales de santé (articles L.4622-10 du Code du travail et L.717-7 du Code rural).

Ces missions sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers (article L.4622-8). Après avis des médecins du travail, qui animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire, cette dernière peut être complétée par des assistants de services de santé au travail et des professionnels. Une réorganisation répondant à un besoin d'homogénéiser les pratiques professionnelles qui diffèrent énormément en termes de repérage et de prévention selon les médecins, les régimes de santé au travail et les différents SPA, comme le montrent les deux enquêtes ci-après.

La première a été réalisée par questionnaire auprès de l'ensemble des médecins du travail en services interentreprises des régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur (44). L'objectif étant d'interroger les médecins du travail sur leurs pratiques effectives en matière de repérage et d'identification des consommations problématiques de produits psychoactifs, 239 personnes y ont répondu entre septembre et octobre 2008. Des réponses qui renvoient au protocole suivi et à leur perception des situations des salariés. Les pratiques de repérage des addictions par les médecins du travail sont très différentes selon les produits : alors que la consommation de tabac est systématiquement interrogée, celle d'alcool ne l'est que sous certaines conditions, les usages de produits illicites étant généralement moins souvent abordés que ces deux consommations.

Nationale, la seconde enquête INPES/INRS/SMTOIF (45) a été menée par téléphone en 2009 auprès de 750 médecins du travail représentant l'ensemble des régimes d'exercice (autonomes, interentreprises, fonction publique, hospitaliers, MSA) afin d'identifier leurs opinions et leurs pratiques concernant le suivi des salariés et la prévention des conduites addictives. Se montrant attentifs aux questions des addictions chez les salariés, les médecins du travail perçoivent l'usage de cannabis comme répandu et observent sur cinq ans une augmentation du nombre de salariés usagers de drogues. Prudents sur l'utilisation des dépistages auxquels ils ont peu recours (les services autonomes sont significativement plus nombreux que les autres régimes à les pratiquer, cf. supra), ils font surtout appel aux déclarations des salariés. Enfin, ils se montrent davantage

ouverts aux intervenants externes spécialisés que les DRH en 2006 dans l'enquête BVA/INPES/ANPAA.

Le cadre législatif actuel apparaît favorable pour soutenir les professionnels de santé au travail dans la prévention auprès de personnes en difficulté avec des consommations de SPA.

Au-delà du repérage de comportements individuels en consultation, l'exercice de la médecine du travail grâce à des équipes pluridisciplinaires de santé devrait permettre d'analyser des situations d'exposition susceptibles d'entraîner des consommations à risque. Ainsi, les services de santé au travail traiteraient-ils à la fois de la santé et de la sécurité des employés et de la collectivité, les bénéfices de la prise en compte des SPA pour la santé et la sécurité s'en trouvant mutualisés.

Autant d'éléments qui correspondent aux recommandations du *Livre blanc de l'addictologie française* (46), en particulier les deux propositions suivantes :

- proposition 19 : *“Inscrire la prévention dans la vie de l'entreprise en dotant les CHSCT de missions de prévention en matière de consommation de produits psychoactifs”* ;
- proposition 80 : *“Inciter tous les établissements de santé au travail à intégrer un volet addiction dans leur projet d'établissement et leur CPOM”*.

C.2. Contribuer à la réalisation d'objectifs de santé publique

La réduction des inégalités sociales de santé est un objectif prioritaire de santé publique. La santé au travail est l'un des éléments contribuant à ces inégalités.

Dans une approche intersectorielle entre santé et travail, les professionnels de santé au travail prennent à la fois en compte :

- des déterminants socio-économiques : la formation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, le logement, les relations sociales, les aides financières ;
- des comportements socialement déterminés, individuels et contextuels ;
- le système de soins : organisation et accessibilité.

L'inégalité territoriale d'accès aux soins montre que la partition des territoires selon leur population, leur organisation, la répartition des catégories sociales et leur aménagement est un enjeu primordial pour identifier et comprendre les inégalités sociales de santé. Les profes-

sionnels des services de santé au travail ont donc un rôle à jouer pour sensibiliser les responsables de programmes régionaux de santé à ces inégalités, auxquelles les addictions pourraient être associées.

Selon les propositions émises par le Haut conseil de santé publique, les services de santé au travail devraient, en effet, être partie prenante, en particulier pour former les professionnels de santé et les usagers aux déterminants sociaux de la santé, et développer la responsabilité des institutions du système de soins et des soignants vis-à-vis de la population.

Les expositions professionnelles entraînant des dépenses des branches “accidents du travail” et “maladies professionnelles” de l'Assurance maladie, les orientations de santé publique rejoignent des enjeux économiques tout aussi importants. Ces coûts ont en effet des conséquences à long terme sur le marché du travail et l'état de santé des salariés. L'impact de la prévention est plus clairement établi pour l'alcool (5 % des arrêts de travail parmi l'ensemble des motifs d'ordre psychiatrique) (5). Aucune étude portant sur les coûts/bénéfices des interventions organisationnelles dans l'entreprise ou de prévention (hors TMS ou infections) n'a été identifiée.

Enfin depuis 2004, les programmes de santé publique pour la prévention en santé au travail (incluant notamment les risques psychosociaux) bénéficient d'une “interministérialité” entre Santé et Travail. La mise en œuvre des actions reste difficilement mesurable en raison d'un manque d'indicateurs, encore peu appliqués ou à développer. De manière plus générale, la pluridisciplinarité entre la santé au travail et l'addictologie complique la mise en œuvre des programmes de prévention.

C.3. Améliorer les connaissances des systèmes d'informations épidémiologiques

Illustrant le rôle majeur de la médecine du travail pour mesurer le phénomène étudié, l'approche épidémiologique des conduites addictives en milieu professionnel s'effectue souvent à partir de services de santé au travail et la diffusion de questionnaires auprès de salariés suivis.

Concernant les déterminants de santé, les enquêtes en population sont assez riches (par exemple sur les usages de tabac et d'alcool) avec de grandes enquêtes, comme le Baromètre santé, sur l'exposition aux risques et sur l'état de santé (santé physique et mentale) en lien avec l'activité

professionnelle. À l'inverse, et malgré le développement d'indicateurs d'exposition et de santé par le département Santé travail de l'InVS (Sumer, Samotrace), les déterminants professionnels et sociaux de la santé sont encore insuffisamment documentés. La France ne dispose pas d'indicateurs collectifs de l'environnement social, du type indicateurs de "défavorisation", établis à des échelles territoriales pertinentes.

Les recommandations du Haut conseil de santé publique stipulent que les services de santé au travail doivent participer aux suivis d'informations pour :

- renforcer les moyens existants de connaissance des effets du travail et des expositions environnementales sur la santé, en participant au suivi et/ou à la mise en place d'indicateurs des consommations de SPA en milieu professionnel ;
- faire le lien avec la santé mentale, afin d'établir la prévalence des différents troubles psychiatriques et des comorbidités liés aux addictions ;
- développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes ou à initier, à partir de plans d'échantillonnage adaptés aux indicateurs de la loi de santé publique de 2004 et tenant compte des inégalités territoriales de santé.

Des dispositifs d'observation longitudinale à l'échelle individuelle sont par ailleurs nécessaires pour étudier les trajectoires de santé, de soins, de situation socio-professionnelle ou de comportements individuels. Les rares dispositifs longitudinaux existants reposent sur des données d'origine administrative dont le plan d'échantillonnage vise à assurer la représentativité, comme l'Échantillon démographique permanent de l'INSEE ou l'Échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie. C'est également le cas de l'enquête "Santé et itinéraire professionnel auprès des personnes" qui aborde de façon détaillée les questions de conditions de travail, d'emploi et de santé. La prochaine mise en place de nouvelles grandes cohortes devrait être l'occasion de compléter les sources de données disponibles.

C.4. Les services de santé au travail : acteurs de réseaux en addictologie

Plusieurs propositions du Haut conseil de santé publique font référence à la santé au travail et aux addictions. D'une part, l'importance des mésusages de SPA constatés et de leurs effets, qui nécessite de contrôler l'application des mesures légales et réglementaires relatives à la consommation d'alcool et de tabac, particulièrement sur les lieux de

travail, en impliquant les services de santé. D'autre part, le Haut conseil et les recommandations des expertises de l'INSERM, sur l'alcool et le cannabis en particulier, soulignent l'importance des acteurs de santé en général, mais aussi de ceux exerçant en milieu du travail pour reconnaître les dommages actuels ou potentiels liés aux consommations ou aux comportements addictifs, et assurer des modes d'intervention brève ou des orientations médicales ou spécialisées en addictologie. La médecine du travail étant fortement sensibilisée à ces problématiques, un colloque organisé à Lyon en 2006 a permis l'expression d'avancées et d'expériences au niveau :

- des formations en addictologie ;
- des interventions coordonnées avec la médecine de ville, les services hospitaliers et le secteur spécialisé en addictologie.

À la différence d'autres types de pathologies, la configuration des structures de prévention en addictologie, au titre individuel ou collectif, n'est pas directement fonction des services de soins, mais coïncide avec un projet social, local, régional ou national. La nature de leurs interventions – dépistage toxicologique, repérage des effets, conseils, accompagnement – influe cependant fortement sur les recours aux soins et le devenir des usagers de SPA. Conformément aux politiques interministérielles, les méthodes coordonnées d'information, de communication et de motivation pour changer de comportement nécessitent la diffusion d'outils validés, d'échanges intersectoriels et la mise en place d'un pôle de référence de proximité, au niveau départemental ou régional.

D – Conclusions

Que ce soit dans les orientations de la loi de santé publique de 2004 ou dans les constats du Haut conseil de santé publique en 2010, les services de santé au travail occupent une place importante dans la reconnaissance de la santé au travail comme déterminant de la santé globale. Leurs équipes pluridisciplinaires sont non seulement sollicitées pour la prise en compte des facteurs d'accidents et de maladies professionnelles, mais aussi pour celle des risques psychosociaux, dont font partie les mésusages de SPA.

La loi de juillet 2011 délimite les missions et les moyens des services de santé au travail. L'inscription des conditions de travail dans les facteurs de risque d'inégalité sociale de santé mobilise également les services de santé au travail pour contribuer à réduire ces inégalités, aux côtés d'autres structures de santé.

Au-delà de ce contexte général de santé publique et de santé au travail, les informations disponibles illustrent à la fois les difficultés et les atouts actuels pour mettre en œuvre des actions de prévention des mésusages de SPA en milieu professionnel.

L'hétérogénéité des pratiques s'explique souvent par la différence de régimes des services de santé au travail, de secteurs d'activité et de tailles des entreprises : régimes interentreprises, autonomes, fonction publique ou régime agricole, les secteurs d'activité se révélant eux-mêmes plus discriminants que les PCS pour les niveaux de santé psychique, d'après les travaux en santé mentale menés par l'InVS.

Les médecins du travail font partie d'un corps professionnel spécifique de médecine préventive, sans possibilité de prescription : exerçant une activité clinique limitée, ils se situent à distance des préoccupations de santé des populations, leurs interventions se restreignant à une certaine collectivité au travail, avec des impératifs de sécurité.

Limiter le rôle des services de santé au travail aux strictes conditions de travail les prive d'interventions à la limite de la prévention et du soin, qui font particulièrement défaut dans le domaine des mésusages de SPA. L'addictologie recommande actuellement la mise en place de réseaux actifs alliant services de psychiatrie et intervenants spécialisés pour un continuum éducatif, aussi bien en amont qu'en aval du temps professionnel.

La loi de juillet 2011 offre cependant un certain nombre d'atouts pour agir sur les mésusages de SPA en milieu professionnel. Elle renforce la place et les missions des professionnels de santé au sein des entreprises (en 2010 la France comptait 7 030 médecins du travail soit 6 435 en équivalent temps plein selon le bilan annuel des conditions de travail).

La "prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail" fait clairement partie (art L.4622-2) de leurs attributions de conseils auprès des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants.

La santé est réaffirmée dans le Code du travail comme objectif et comme modalité d'exercice professionnel, avec l'indépendance des médecins.

Définie dans le CPOM, l'organisation des actions est en cohérence avec les propositions (proposition 80) du *Livre blanc de l'addictologie française*, publié en 2011 par la Fédération française d'addictologie (46). Conformément à

l'objectif 11 et la proposition 19 de ce même *Livre blanc*, l'articulation est fortement encouragée avec le secteur médico-social, qui gère les centres spécialisés en addictologie.

L'implication des professionnels de santé au travail dans les études épidémiologiques se cantonne à différents de secteurs, via certaines équipes. La généralisation de leur participation aux études et recherches pourrait être facilitée grâce aux programmes interministériels, comme celui de la MILDT (attendu). Recommandé par le Haut conseil de santé publique, l'affinement d'indicateurs sociologiques permettrait de mieux promouvoir le volet "addiction" dans l'ensemble des thématiques de la santé au travail.

L'existence d'une filière universitaire complète pour la médecine du travail constitue un socle intéressant pour articuler les formations professionnelles initiales et continues (où l'addictologie reste à développer), favoriser l'interdisciplinarité avec des diplômes interuniversitaires indispensables dans le secteur médico-social, et développer des travaux de recherche dans les services de médecine du travail hospitaliers, en lien avec les services de niveau 3 en addictologie.

Recommandations

Les nouvelles dispositions législatives de juillet 2011 sur les services de santé au travail et les orientations actuelles de santé publique dans le domaine de l'addictologie engagent les médecins du travail dans les actions :

- de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives vis-à-vis des SPA ;
- d'accompagnement des personnes en difficulté en raison de consommations de SPA.

Face aux constats des études en épidémiologie sociale (auprès de groupes de population) ou en épidémiologie clinique (auprès de sujets vus en consultation), deux recommandations émergent : ■

R.1. Les médecins du travail sont des intervenants en addictologie. Au même titre que d'autres professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, ou des centres spécialisés en addictologie tels que précisés suivant le décret instituant les CSAPA en 2007, sur chaque territoire de santé, ils contribuent à :

R-1.1. Assurer des modes d'intervention brève et des orientations médicales ou spécialisées en addictologie (CSAPA).

R-1.2. Contrôler l'application des mesures légales et réglementaires concernant la consommation d'alcool, de drogue et de tabac, particulièrement sur les lieux de travail.

R.2. Les médecins du travail sont des partenaires des systèmes d'informations épidémiologiques et socio-économiques.

R-2.1. Partager les connaissances dans une approche intersectorielle : Codes de la santé publique et du travail avec obligations réglementaires (les articles précisant par exemple les définitions des pharmacodépendances, les signalements au CEIP ou les articles précisant l'implication des médecins du travail dans le document unique d'entreprise, la prévention des risques psychosociaux...).

R-2.2. Participer à la recherche universitaire en addictologie. Les consultations de pathologies professionnelles développent des études coordonnées par des CHU dans le cadre de PHRC. Le morcellement des services de santé au travail peut être relativisé dans le cadre d'appels d'offres interuniversitaires.

R-2.3. Développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes ou à initier, à partir de plans d'échantillonnage adaptés aux indicateurs de la loi de santé publique. Par exemple, avec l'InVS et l'enquête "Santé et itinéraire professionnel auprès des personnes", qui aborde de façon détaillée les questions de conditions de travail, d'emploi et les questions de santé, ou de nouvelles grandes cohortes (à l'instar de Gazel).

F. Facy, B. Redonnet

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel. I – Données épidémiologiques. Une approche de santé

Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (2) : 145-161

Références bibliographiques

- 1 - Collectif. La mortalité prématurée en France (numéro thématique). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2003 ; (30-31).
- 2 - Haut Conseil de Santé Publique. Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions. Paris : HCSP ; avril 2010.
- 3 - Frone MR. Alcohol and illicit drug use in the workforce and the workplace. In : Quick JC, Tetrick LE, Eds. Handbook of occupational health psychology. Washington : American Psychology Association ; 2010.
- 4 - Beck F, Guignard R, Richerd JB, Tovar ML, Spilka S et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 : exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. *Tendances*. 2011 ; (76) : 6 p.
- 5 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : INSERM, Collection expertise collective ; 2003.
- 6 - Zins M, Carle F, Bugel I, Leclerc A, Di Orio F, Goldberg M. Predictors of change in alcohol consumption among Frenchmen of the Gazel study cohort. *Addiction*. 1999 ; 94 : 385-5.
- 7 - Ipsos, Assurance Maladie, Comité Français d'Éducation pour la Santé. Enquête "alcool et repas d'affaires". Paris : Ipsos ; 2001.
- 8 - Demortière G, Pessione F, Batel P. Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'autoquestionnaires : intérêt, faisabilité, limites. *Documents pour le médecin du travail*. 2001 ; 86 (2^{ème} trimestre) : 193-200.
- 9 - Ramchand R, Pomeroy A, Arkes J. The effects of substance use on workplace injuries. Genève : Organisation Internationale du Travail ; 2009.
- 10 - Diaz Gomez C, Milhet M. Repérage précoce, intervention brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2005.
- 11 - Demortière G, Michaud P, Dewost AV. Consommation excessive d'alcool chez les salariés : du repérage précoce à la prise en charge. Évaluation après formation de 40 médecins du travail au repérage et à l'intervention. *Documents pour le médecin du travail*. 2005 ; 102 : 215-23.
- 12 - Walocha D, Villéger P, Chevalier C, Dumont D, Druet-Cabanac M. Cannabis et travail : prévalence des différents usages. *Alcoologie et Addictologie*. 2008 ; 30 (2) : 147-54.
- 13 - Derain MA. Usage du cannabis lors de la définition d'aptitude du salarié intérimaire. Dijon : Association Interprofessionnelle de Santé au Travail de la Côte d'Or ; 2003.
- 14 - Orset C, Sarazin M, Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel prévalence par questionnaire chez 1 406 salariés de la Loire ; étude en fonction du poste de travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2007 ; 68 : 5-19.
- 15 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? Paris : INSERM, Collection expertise collective ; 2001.
- 16 - Ngoundo-Mbongue T, Niezborala M, Sulem P, Briand-Vincens D, Bancarel Y, Jansou P, Chastan E, Montastruc JL, Lapeyre-Mestre M. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2005 ; 14 : 81-9.
- 17 - Niezborala M, Lapeyre-Mestre M, Ngoundo-Mbongue T, Briand-Vincens D, Bancarel Y, Montastruc JL. Conduite dopante en milieu professionnel : étude auprès de 2 106 travailleurs de la région toulousaine. Communication orale au Journées nationales de médecine et de santé au travail, Lyon, 31 mai 2006.
- 18 - Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc JL. Evolution of drug consumption in a sample of French workers

- since 1986: the "Drugs and Work" study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2009 ; 18: 335-343.
- 19 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendance. Paris : INSERM, Collection expertise collective ; 2012.
- 20 - Cadet-Taïrou A, Costes JM. Usages de cocaïne en population socialement insérée en France. *SWAPS*. 2010 ; (58) : 19-22.
- 21 - Mouhoubi S, Anastasia Hancock A, Enkaoua C. Avocats et addictions : la ligne blanche. *La lettre des juristes d'affaires, Le Magazine*. 2009 ; (16, juin).
- 22 - Reynaud-Maurupt C, Hoareau E. Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers "cachés". Saint-Denis : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2010.
- 23 - Fontaine A, Fontana C. Drogues, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2003.
- 24 - Durand E. Médicaments psychotropes et travail. I : Traitements de substitution aux opiacés. *Documents pour le médecin du travail*. 2006 ; 108 : 441-60.
- 25 - Fontaine B, Frimat P, Muysen A. Quand et comment les modalités d'un traitement de substitution aux opiacés doivent-elles être adaptées en pratique ? Devant des impératifs de sécurité et de sûreté (sécurité routière, poste de travail...) ? *Alcoologie et Addictologie*. 2004 ; 26 (4 Suppl.) : 229S-32S.
- 26 - Labat L, Dehon B, Lhermitte M. Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Annales de toxicologie analytique*. 2004 ; 16 (4) : 269-74.
- 27 - Wenzek M, Rigodel I. Dépistage urinaire systématique des substances psychoactives parmi le personnel SNCF affecté aux postes de sécurité des circulations ferroviaires. Bilan à deux ans. Actes du 29^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2006 ; 67 (2) : 214.
- 28 - Haguenoer JM, Hannotiaux MH, Lahaye-Roussel MC, Fontaine B, Legrand PM, Shirali P, Pamart B, Brillet JM, Brouck N, Bailly I, Bailly C, Frimat P. Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel : une étude dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Bulletin de l'Ordre des Médecins, Conseil Départemental du Nord*. 1997 ; 80 : 11-5.
- 29 - Delzenne C, Pradeau P. Limite, intérêt et avenir du dépistage systématique des substances psychoactives, étude sur une population de candidats au poste de chauffeurs poids lourds. Étude présentée aux XXI^{èmes} Journées méditerranéennes de médecine du travail, Marrakech, 26-28 octobre 2001.
- 30 - Devos C, Masson N. Conduites addictives et travail : enquête nationale chez les chauffeurs affiliés à la Mutualité Sociale Agricole. Actes du 29^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2006 ; 67 (2) : 212.
- 31 - Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB, the SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road traffic crashes in France: population based case control study. *British Medical Journal*. 2005 ; 331 : 1371-4.
- 32 - Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2005 ; 24 : 471-9.
- 33 - Bergeret A, Fort E. Enquête descriptive sur les pratiques addictives en milieu maritime français. Actes des 13^{èmes} journées de la médecine des gens de mer, Paris, 13-14 mars 2008.
- 34 - Ménard C, Léon C, Beck F. Forum drogues illicites et risques professionnels, MILDT/DGT, Angers, 2 juillet 2009.
- 35 - Société Française d'Alcoologie. Alcool, addictions et travail. Résumé des communications. *Alcoologie et Addictologie*. 2009 ; 31 (4) : 350-9.
- 36 - Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc JL. Profil de consommation de substances psychoactives dans le milieu du travail : résultats de l'enquête "Mode de vie et travail". *Thérapie*. 2011 ; 66 (2).
- 37 - Fontaine A. Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire. *Tendances*. 2002 ; (25) : 4 p.
- 38 - Fontaine A. Double vie. Les drogues et le travail. Paris : Les empêchés de penser en rond ; 2006.
- 39 - Maranda MF, Morissette P, Gélinas A, Schoonbroodt C. Surconsommation de substances psychoactives : analyse des représentations et des pratiques d'un réseau d'entraide en milieu de travail. Rapport de recherche. Conseil Québécois de la Recherche Sociale ; 2001.
- 40 - Maranda MF, Negura L, De Montigny MJ. L'intégration en emploi des toxicomanes : représentations sociales de cadres responsables de l'embauche du personnel. *Déviante et Société*. 2003 ; 27 (3) : 269-84.
- 41 - DARES. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003. *Premières synthèses*. 2004 ; 52.1 : 1-8.
- 42 - Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. La santé au travail dans les régions de France. Paris : FNORS ; 2008.
- 43 - Collectif. Santé au travail (numéro thématique). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2009 ; (25-26).
- 44 - Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances Rhône-Alpes. Les médecins du travail face aux conduites addictives. Résultats de l'enquête sur les pratiques des médecins du travail en service interentreprise face aux consommations de produits psychoactifs des salariés suivis. Lyon : CIRDD Rhône-Alpes, Enquêtes et résultats ; 2010.
- 45 - Ménard C, Demortière G, Durand E, Verger P, Beck F. Médecins du travail /médecins généralistes : regards croisés. Saint-Denis : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Collection études santé ; 2011.
- 46 - Fédération Française d'Addictologie. Livre blanc de l'addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France. Paris : FFA ; 2011.

Autres références

- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Précarisation, risque et santé. Paris : INSERM, Collection questions en santé publique ; 2001.
- Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF. Psychometric properties of the French version of the Effort-reward imbalance model. *Rev Épidémiol Santé Publique*. 2000 ; 48 (5) : 419-37.
- Niedhammer I. Psychometric properties of the French version of the Karasek job content questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. *Int Arch Occup Environ Health*. 2002 ; 75 (3) : 129-44.

Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel



Société Française d'Alcoologie, en partenariat avec la Société Française de Médecine du Travail

Le texte court et les sept chapitres de l'argumentaire de ces Recommandations de la SFA paraissent successivement dans les quatre numéros du volume 35 de la revue :

N° 1, mars 2013

Texte court

N° 2, juin 2013

I – Données épidémiologiques

II – Données socio-économiques

N° 3, septembre 2013

III – Interactions conduites de consommation/travail. Déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou de renforcer les consommations de SPA

IV – Repérage clinique. Conditions et modalités du repérage clinique de la consommation de SPA en milieu professionnel (hors troubles comportementaux aigus)

IV-I – Circonstances, stratégie, moyens d'évaluation et outils du repérage clinique de la consommation de SPA

IV-II – Les acteurs du repérage – Les conduites à tenir en fonction des résultats du repérage

N° 4, décembre 2013

V – Dépistage biologique

V-I – Les différentes méthodes validées pour le dépistage biologique. Intérêt, limites actuelles de l'interprétation des résultats et limites économiques

V-II – Indications et limites du dépistage biologique. Conduites à tenir en fonction des résultats du repérage (y compris pour la consommation de médicaments psychotropes)

VI – Gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA

VII – Aspects réglementaires et juridiques. Rôles et responsabilités des différents acteurs

Encadré 1. – Banques de données consultées

- Medline : produite par la National Library of Medicine (États-Unis) et reposant sur l'utilisation du thésaurus MeSH, elle indexe quelque 5 000 revues dans la plupart des domaines de la santé.

- Cochrane Library : elle est composée de quatre bases de données spécialisées dans les différents domaines de la médecine.

- Toxline : produite par la National Library of Médecine, elle collecte les données dans le domaine de la toxicologie.

- ERIC (Education Resources Information Center) : produit par l'US Department of Education, c'est l'un des principaux réseaux d'informations en sciences de l'éducation.

- FRANCIS : produite par l'Institut de l'information scientifique et technique du Centre national de la recherche scientifique (INIST-CNRS), cette banque de données multidisciplinaire couvre l'essentiel de la littérature en sciences humaines et sociales.

- PsycINFO : produite par l'American Psychological Association, elle répertorie les articles et les publications en psychologie avec de nombreux liens dans les domaines de la santé et des sciences humaines et sociales.

- PsycARTICLES : produite par l'American Psychological Association et couvrant tous les sujets de la psychologie, elle collecte ses données à partir des revues de l'American Psychological Association, de l'Educational Publishing Foundation, de la Canadian Psychological Association et d'Hogrefe & Huber.

Tableau I : Mots-clés utilisés

	Workplace
	Work schedule tolerance
	Work capacity evaluation
	Sleep disorders
	Circadian rhythm
Substance-related disorders	Job satisfaction
	Job strain
	Job stress
	Occupations
	Occupational exposure
	Employment
Substance-related disorders	Driving
	Accident

Tableau II : Classement des articles

Type de publication	Critères de sélection	Substances psychoactives
Méta-analyse	Prévalence	Une approche par produit (alcool, tabac, médicaments, drogues illicites)
Essais randomisés	Risques	
Études épidémiologiques	Déterminants	
Études de cas	Repérage	
Revues	Dépistage	Une approche globale (polyconsommation)
Recommandations (Guidelines)		

RECOMMANDATIONS

M. Philippe Mossé*, **Mme Anne-Laure Soilly****

* Économiste, LEST, CNRS, Aix-Marseille Université, France

** Économiste, Doctorante, Université de Bourgogne, LEG, France

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel

II – Données socio-économiques

Résumé

L'objet de cet article est de mener une analyse critique de la littérature scientifique consacrée à l'évaluation économique de programmes de lutte contre l'addiction en milieu de travail. Fondée sur une large littérature, essentiellement nord-américaine, cette analyse a mis au jour une certaine homogénéité des résultats. En effet, la majorité de ces études concluent que les "interventions brèves" en direction de personnes faiblement dépendantes sont les plus efficaces. Ces résultats sont toutefois entachés de biais méthodologiques importants (sélection des populations ciblées, horizon temporel court des évaluations, absence de prises en compte des coûts d'opportunité, etc.). Le contexte de ces études explique une partie de leurs biais ; parmi eux, il faut citer le poids des normes académiques et celui de la "commande" qui vient souvent de l'entreprise. Ces deux contraintes convergent pour pousser à la publication rapide de résultats visibles et positifs. Transposer ces programmes et leurs évaluations dans le contexte français serait donc délicat. Toutefois, la France possède un avantage comparatif qui pourrait être mieux exploité. Il est lié à la présence de données relativement centralisées et à la possibilité de mener des études longitudinales.

Mots-clés

Addiction – Travail – Entreprise – Programme.

Ce chapitre a d'abord pour objectif de faire le point sur les connaissances actuelles du coût économique et social des conséquences de l'usage et du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer

Cet article est issu de l'Argumentaire des Recommandations pour la pratique clinique "Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel".
Société française d'alcoologie, en partenariat avec la Société française de médecine du travail.

Summary

Misuse of psychoactive drugs at workplace.

II – Socioeconomic data

The main topic of this article is to conduct a survey of the scientific literature aiming at assessing medical Programs at the workplace for addicted workers. Grounded on a mainly North-American literature, this survey shows that the results are rather homogeneous. Actually, most of the studies conclude that "brief interventions" focused on lower risk workers are the most efficient. However, methodological biases are numerous that directly affect the outcomes (the selection of the workers involved in the Programs, the short term vision of the assessment, the absence of opportunity costs evaluation, etc.). The context within which those studies are conducted partly explains those methodological biases ; among them one has to note the weight of academic norms and the fact that the employer is often the one who "pays the piper". This two features converge and incite to rapidly publish visible and clear results. To transpose those programs and evaluation into the French context is therefore difficult. However France benefits from a comparative advantage that it would be accurate to use. It is linked to the existence of relatively centralized data and the ability to conduct longitudinal surveys.

Key words

Addiction – Labour – Workplace – Program.

des troubles du comportement en milieu et de travail. Son second objectif sera d'étudier les bénéfices attendus d'une meilleure prise en compte du mésusage en milieu professionnel.

Pour ce faire, il repose essentiellement sur une analyse de la littérature portant sur l'évaluation de la mise en place de programmes de dépistage, de traitement ou de prévention de la consommation de SPA, essentiellement dans et/ou par des entreprises. Comme pour les autres chapitres,

la liste des articles et autres documents constituant son matériau d'étude a été établie par le comité d'organisation et le groupe bibliographique des Recommandations pour la pratique clinique. S'y ajoute également une liste conçue avec l'aide de la documentaliste du LEST (Laboratoire d'économie et de sociologie du travail – UMR 6123). Les 61 articles de la première liste sont pour l'essentiel américains, les plus anciens datant des années 1990 (cf. références en annexe).

Si le fait que les études les plus nombreuses et les plus rigoureuses viennent des États-Unis n'est pas une surprise (chacun sait qu'il en est de même dans tous les champs de la recherche, en santé comme ailleurs), il importe cependant de préciser que, compte tenu du thème, cela relativise les conclusions auxquelles conduiront cette étude de la littérature. Principale limite : aux États-Unis, les entreprises assurent les salariés (et non une assurance nationale) et les employeurs ont dès lors un intérêt direct à repérer et traiter leurs salariés. Cela explique que les études "sur site" soient si nombreuses. Cette polarisation sur le cas américain rendant bien sûr délicate une transposition au cas français, cette configuration sera mise en regard du résultat de l'analyse en conclusion de chapitre.

Les articles ainsi colligés ont fait l'objet d'une sélection destinée à centrer l'analyse tant sur les aspects méthodologiques que sur les résultats obtenus. En effet, la littérature dont il est question présente essentiellement des évaluations des impacts économiques de la mise en place de programmes, en termes de coûts et/ou de bénéfices. Or on sait que dans le domaine des évaluations médico-économiques, les résultats sont très largement tributaires des méthodes, notamment du point de vue adopté. Et comme on le précisera infra, le point de vue des auteurs est celui de l'entreprise (ou de l'employeur) et/ou des salariés et/ou de la société tout entière.

Plusieurs critères ont été choisis afin de mener à bien cette sélection et d'éliminer des articles considérés comme hors champ pour des raisons liées à la faiblesse de la méthodologie mobilisée. Premier critère : l'absence de programme évalué. Certains articles ont toutefois été intégrés à la bibliographie finale parce qu'ils pouvaient apporter une information intéressante par ailleurs. La bibliographie initiale était également composée de documents ou articles conceptuels (énumération de programmes existants, conseils), juridiques ou expérimentaux. Dans la mesure où il n'apportait aucune information sur les impacts (médico-) économiques de programmes, ce type de travail n'a pas fait partie de la sélection.

De même, les études qui n'abordaient pas les effets de programmes spécifiquement en milieu de travail ont été considérées "hors sujet". Certaines de ces études ont cependant été incluses – sous certaines conditions – dans le travail d'analyse. En effet, comme on pourra le voir dans le tableau récapitulatif, les analyses médico-économiques menées spécifiquement dans le milieu du travail sont rares ou approximatives, et le point de vue adopté est encore facilement généralisé à celui de la société. Choix a donc été fait d'introduire dans l'analyse des études portant sur une population plus large que celle des employés d'une entreprise, ou portant sur une évaluation de programmes destinés à des salariés, mais dont les auteurs ont élargi le point de vue à celui de la société. Enfin, autre critère de rejet : le manque d'explication ou de détails au niveau de la méthodologie et/ou des résultats.

Au-delà de son objectif unique (évaluer les coûts et les bénéfices de programmes mis en place au sein des entreprises), il apparaît donc que la littérature est diversifiée. Certaines des études se limitent ainsi à un secteur d'activité, un type de tâche précise, un type de programme, un genre, une durée minimale d'ancienneté, un nombre et une taille d'entreprise, etc. Parfois unique, le programme évalué peut quant à lui tout aussi bien être intégré au sein d'un programme préexistant, viser un ou plusieurs objectifs, toucher une ou plusieurs populations spécifiques, etc.

Six dimensions transversales ont donc été retenues pour mettre de l'ordre dans cette diversité et traiter de ces programmes, de leur champ de validité et des études qui sont censées rendre compte de leur efficacité. Les quatre premières sont destinées à présenter les approches et le contenu des études :

- la prise en compte des coûts ;
- les types de programmes (uniques ou imbriqués) et la mesure de leurs effets ;
- les différents points de vue en présence ;
- la mesure des bénéfices des programmes.

Les deux dernières concernent davantage le contexte des études :

- la théorie du capital humain, sous-jacente à l'évaluation de programmes de santé au travail ;
- les enjeux de l'évaluation et le choix des programmes.

Les suggestions ou recommandations avancées en conclusion auront pour principal objectif de mettre au jour les conditions de l'amélioration des méthodes dans le cas français.

A – La prise en compte des coûts

Il importe tout d'abord de rappeler que l'ensemble des études présente une grande diversité de méthodologies et de contextes, qui ne facilite pas les comparaisons. La prise en compte du point de vue adopté (entreprise, assureur, société, etc.) est par exemple déterminante dans le choix des coûts à intégrer dans l'évaluation économique. Mais les unités de mesure ou le type de programme évalué peuvent également être très divergents d'une étude à l'autre.

D'où l'intérêt, non seulement de répertorier les types de coûts (directs, indirects, etc.) pris en compte, mais aussi d'analyser les similitudes et les divergences dans la manière de les intégrer à l'évaluation. La détermination d'un "noyau dur" des coûts retenus dans les études examinées pourrait néanmoins permettre de poser une première base de coûts de référence (suffisante, par exemple, pour établir des comparaisons). Une base qui constituerait le socle minimal pour toute mesure de coûts envisagée dans le cadre d'une évaluation de programmes destinés à prendre en charge ou à prévenir les addictions en milieu professionnel. Ce "noyau dur" varie selon les deux principaux points de vue adoptés : celui de l'entreprise et celui de la société.

Le premier tableau reprend les études ayant adopté le point de vue de l'entreprise (confondu, le plus souvent avec celui de l'employeur – notons ici que, si cette confusion ne va pas de soi, elle n'est discutée par aucun auteur) ; le second reprend les études centrées sur le point de vue de la société. Pour chaque étude sont précisés, sous forme de résumé, l'objectif et l'essentiel des résultats en termes de coûts.

Le tableau I montre que les objectifs et les types de coûts mesurés varient de manière importante d'une étude à l'autre. Le contexte de l'étude et le type de programme évalué influencent ces orientations. Ainsi, l'impact économique de la mise en place d'une intervention est très souvent exprimé en termes de salaires versés (le plus souvent "horaire"), pondérés par le temps passé à l'intervention et non au travail. Lorsqu'il y a lieu, les coûts pour l'employeur sont aussi exprimés en termes de coûts imputables à l'utilisation d'un prestataire extérieur (laboratoire par exemple : coûts en termes de temps passé par le professionnel et le salaire correspondant). Lorsque ceux-ci sont calculables (coûts des tests, coûts des soins, etc.), les coûts des programmes eux-mêmes sont parfois abordés. Enfin, certains coûts pour l'employeur, comme ceux liés

à la perte d'un employé (coûts de friction : recrutement, formation), sont parfois pris en compte.

Des coûts tels que des charges sociales ou des coûts liés à la prise en charge éventuelle d'accidents (urgences, pompiers...) peuvent de même être ou non comptabilisés. Certains, imputés au traitement, sont en réalité des coûts fixes, mais peu d'explications sont généralement données pour justifier les choix. Ainsi, on peut penser qu'une liste large, voire exhaustive, de coûts supplémentaires pourrait être incluse dans les études (coûts des bâtiments, du matériel, des installations).

Le tableau II concerne les études ayant adopté un point de vue "sociétal". Les coûts les plus souvent abordés d'un point de vue sociétal sont les coûts de pertes de salaires pour le salarié en fonction du temps passé à l'intervention ou les pertes liées à ses jours d'absence. Le point de vue sociétal pouvant être considéré plus largement, il peut également s'agir des coûts associés à des consommations de soins et services de santé ou de services sociaux, à des actions criminelles, ou encore à des accidents.

Les deux tableaux précédents montrent qu'en déterminant la visée du programme mis en place, les différences de contextes dans lesquels sont menées les études déterminent aussi la méthodologie appliquée.

Qu'il s'agisse de programmes de prévention, de dépistage-repérage ou de traitement des dépendances à des substances illicites, la réduction de l'absentéisme est l'objectif le plus fréquemment évoqué par les auteurs. Et même si le sujet est controversé, une forte relation "dépendance/absentéisme" est de fait vérifiée dans de nombreuses études.

Analysant les coûts de l'absentéisme dû à l'abus de substances – coûts exprimés en jours de travail manqués et issus d'enquêtes nationales et d'une revue de littérature –, Foster et al. (6) concluent à des différences observables entre secteurs d'activité, mais à peu de changements entre petites et grandes entreprises en termes de taux de salaires perdus. Dans cette étude, les résultats sont également similaires dans les secteurs privé et public.

Knealing et al. (1) évoquent également une variation des coûts des programmes, mais aussi des bénéfices selon les types d'entreprises incluses dans leur étude.

Autre approche des coûts abordée dans quelques études : l'approche macro-économique. Une approche qui peut, en effet, être utilisée pour chacun des points de vue

Tableau I : Les coûts du point de vue de l'entreprise (sept études)

Références	Contextes / Objectifs	Coûts
Knealing et al., 2008 (1) États-Unis	Évaluation du coût d'un programme de dépistage de la cocaïne. Méthode <i>Drug abuse treatment cost analysis program</i> (DATCAP) utilisée et validée pour toute estimation des coûts économiques d'un traitement de l'abus de drogues. Coûts basés sur le nombre de participants dans une année. "Coûts du programme équivalent à d'autres étudiés dans la littérature."	Coûts personnel (229 148 \$) ; salaires (201 309 \$) ; bâtiments et installations (49 734 \$) ; fournitures et matériel (33 505 \$) ; équipement (19 475 \$) ; services contractés (3 409 \$) ; divers (3 241 \$) et coûts indirects (122 522 \$). Total : 662 343 \$ par an et 465 \$/client par an. + Coûts d'opportunité.
Jordan et al., 2008 (2) États-Unis	Mesure des coûts de traitements contre les dépendances "chimiques". Estimation des coûts sur la base du temps de travail perdu des salariés.	Prise en compte d'un salaire moyen annuel de 45 000 \$ (inclus les charges sur bénéfiques et les taxes). Le coût d'un salarié est de 67 500 \$/an. Coûts marginaux à + de 61 jours de traitement : 6 667 US \$/travailleur. Calcul des bénéfices nets : de 1 193 \$ à 4 273 \$ suivant le niveau de salaire.
Pidd et al., 2006 (3) États-Unis	Évaluation des coûts de l'absentéisme lié à une maladie ou à l'alcool. Prise en compte des coûts des salaires en fonction des catégories de risque (degrés de dépendance à la substance).	Coûts absentéisme = total des jours manqués dans les 3 mois * 162,81 \$ (salaire moyen journalier + 20 % des coûts employés en 2001) = 437 millions de \$ par rapport aux abstinentes (en 2001).
Zaloshnja et al., 2007 (4) États-Unis	Évaluation des coûts pour l'employeur des accidents ou dommages au travail et en dehors du travail.	Au travail : coûts charges sociales, coûts perte employé (recrutement, formation), taxes police, pompiers et ambulances, charges sur bénéfiques, coûts arrêts maladie. En dehors du travail : coûts santé, coûts salaires de remplacement, coûts assurance, coûts retraite anticipée, obligations légales, dommages à la propriété, taxes pour financer services urgences, primes salaires. Total coûts liés à l'alcool au travail : 28,6 milliards de \$ par an. Total coûts en dehors du travail : 7 680 millions de \$.
Miller et al., 2007 (5) États-Unis	Évaluation d'un programme PeerCare dans une grande compagnie, dont le but est d'éduquer les employés et de les faire intervenir. Il s'agit ici d'une évaluation des coûts de la maladie pour la compagnie. Modélisation en deux étapes. Taux actualisation pour coûts futurs. Coûts évités à l'échelle de l'ensemble des entreprises.	Coût compagnie pour chaque maladie : coûts meeting organisé, coûts temps pour meeting, temps pour formation, dépenses de toutes les entreprises de la compagnie dans PeerCare, coûts des tests de drogues et alcool, coûts du temps passé pour les tests, tests supplémentaires, coûts laboratoire. Sont incluses les dépenses médicales et compensations pertes de salaires. Combinaison programme PeerCare et dépistage associée à une réduction d'un tiers des maladies ± coûts évités de 48 millions de \$ pour l'employeur (1 850 \$ de coûts évités/employé) ± ratio coût-bénéfice de 26/1.
Foster et Vaughan, 2005 (6) États-Unis	Évaluation, dans le secteur privé américain, des coûts de l'absentéisme dû à la dépendance à toute sorte de substances. Coûts en termes de salaires perdus (jours non travaillés dans un mois). Comparaison entre les personnes dépendantes et non dépendantes.	Coûts salaires : 178 790 millions de \$ = total salaire perdu sur 30 jours avec totalité des absences sur la totalité des industries prises en compte (statistiques nationales). Plusieurs entreprises intégrées mais aucune variation significative.
Ozminkovski et al., 2001 (7) États-Unis	Comparaison de deux alternatives d'analyse d'urine dans une grande manufacture. Test mené sur site et en dehors (dans un laboratoire). Test positif revu par le laboratoire et experts médicaux. Comparaisons tests <i>on-site</i> et <i>off-site</i> .	Coûts variables (CV) et coûts fixes (CF) : - CV : comprend le temps passé pour préparation, réalisation et poursuite du test. Coûts en heures et salaires. - CF : assurance qualité, administration et formation. CV plus faibles sur le site pour le temps de préparation et réalisation du test. CV plus élevés en revanche sur le site pour les résultats (salaires des professionnels venus rendre compte des résultats). Seuil de rentabilité : 27 salariés. Économies de 17,31 \$ avec l'option <i>on-site</i> à partir de ce seuil.

Tableau II : Les coûts du point de vue sociétal (trois études)

Références	Contextes / Objectifs	Coûts
Zarkin et al., 2005 (8) États-Unis	Évaluation des coûts du traitement méthadone au cours de la vie, pour la consommation d'héroïne. Comparaison scénario sans traitement. Coûts moyens par mois et individu.	Coûts par utilisation de services (santé...) : de 114 \$ à 11 229 \$. Coûts justice (coûts par crime, arrestation, incarcération) : de 1 838 \$ à 52 920 \$. Le ratio coût-bénéfice est de 4,86. Un bénéfice économique estimé à 76 \$ par \$ investi.
Fleming et al., 2000 (9) États-Unis	Analyse médico-économique d'un programme d'intervention brève par un médecin en clinique. Essai clinique contrôle randomisé (projet TrEAT). Groupe contrôle et groupe intervention. Deux points de vue combinés : patient et organisation des soins. Coûts du point de vue de la société en général également.	Coûts total intervention : - Coûts pour les cliniques : coûts dépistage (clinique) patient (temps passé), évaluation, visite primaire, suivi, suivi téléphonique, formation. - Coûts patient : coûts perte de salaire et trajet. Coûts avec les deux points de vue combinés : 80 210 \$ (soit 205 \$/personne). Ratio = 5,6/1, i.e. 56 263 \$ pour 10 000 \$ investis. Coûts recours aux soins (jours d'hospitalisation + urgences) : 164 928 \$ (soit 195 448 \$ de moins que le groupe "contrôle" ou témoin, i.e. sans intervention). Coûts société (accidents véhicules à moteur + coûts justice) : 472 378 \$ (soit 209 108 \$ de moins que le groupe "contrôle"). Bénéfice éco total d'une intervention brève/sujet = 1 151 \$ en moyenne. Donc bénéfice net de 947 \$ par patient de l'étude.
Kaner et al., 2009 (10) États-Unis	Protocole de dépistages (clinique et biologique) et interventions brèves pour utilisation dangereuse et nuisible d'alcool en soins primaires. Revue de littérature d'essais contrôle randomisés. Analyse médico-économique entre différentes stratégies de dépistage (interventions "ciblées" ou "universelles" vs condition de contrôle). Évaluation avant et après intervention. Efficacité démontrée d'une intervention brève chez les personnes n'étant pas déjà traitées au préalable.	Calcul coût-efficacité incrémental de la condition de contrôle. Estimation de <i>Quality adjusted life years</i> (QALYs) par la méthode EQ-5D. Utilisation des recommandations du National Institute for Clinical Excellence (NICE) pour des comparaisons de valeurs monétaires possibles entre les diverses interventions. Identification de coûts : recours à des services de soins, services sociaux et coûts de justice à partir de données nationales. Frais de dépistage : 1 \$/patient évalué (750 cas) ; conseils pour les positifs : 8 \$/patient (150 cas) ; coûts des soutiens plus longs : 32 \$/patient (31 cas).

et, moyennant certaines précautions méthodologiques, permettre de réaliser des comparaisons internationales. L'approche macro-économique des coûts présenterait donc certains avantages au cours d'une évaluation médico-économique de la consommation de (dépendance à) certaines substances en milieu de travail.

Baumberg et al. (11) ont ainsi, par exemple, estimé ce qu'ils appellent les "coûts sociaux" de l'alcool au niveau européen, exprimés par pays, en coûts tangibles totaux en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) et coûts par tête en 2003. Basés sur des recommandations d'estimations (*Estimating the costs of substance abuse*), ces coûts étaient partagés en coûts de santé (en % des dépenses de santé), coûts de la mortalité prématurée, coûts de l'absentéisme (nombre de jours d'hôpital), coûts du chômage et coûts de justice criminelle.

Andlin-Sobocki et al. (12) ont effectué une revue de la littérature sur les coûts directs et indirects (méthode

Top-down ou *Bottom-up*) de la dépendance à la nicotine, à l'alcool et à la drogue (études *Cost-off-illness*). En 2003, les coûts de la dépendance à la nicotine s'élèvent à 856 €/patient, ceux de la dépendance aux drogues à 6 006 €/patient, et ceux de la dépendance à l'alcool à 2 536 €/patient. Des coûts directs médicaux et non médicaux (services sociaux, soins informationnels, transports, adaptation) et des coûts indirects médicaux (congé maladie, retraite précoce, mortalité prématurée, coûts liés crimes) sont également pris en compte.

Reynaud et al. (13) ont évalué les coûts des problèmes de santé liés à l'alcool en France, basés, d'une part, sur la proportion de cas attribuable à l'abus d'alcool et, d'autre part, sur la prévalence de l'abus d'alcool chez les patients hospitalisés ou en ambulatoire. Selon le pourcentage de prévalence estimé (10 % et 15 %), les coûts s'étendent de 2 300 millions à 2 700 millions de US \$ et recouvrent des coûts directs et indirects liés à l'abus d'alcool. Un taux estimé de 3 % à 10 % de patients hospitalisés pour cause

d'alcool a conduit à une estimation des coûts de 1 300 à 2 100 millions de US \$, estimation portée à 1 600 millions de US \$ avec un taux estimé de 20 % chez les patients en ambulatoire. Après prise en compte de coûts sociaux (75 % dans le coût total et 25 % de coûts médicaux), les coûts pour la société française s'élevaient en 1996 à 13 200 millions de US \$ (1,04 % du GDP).

Des coûts qui semblent globalement être bien supérieurs aux coûts des traitements offerts aux personnes présentant des problèmes d'alcool (23 millions de US \$), un écart significatif du manque d'intérêt que les autorités françaises portent aux problèmes d'alcool au travail.

Certains types de coûts semblent difficiles à obtenir dans le cadre d'analyses médico-économiques, coûts qui sont pourtant présents dans certaines études et qu'il conviendrait de prendre en compte. Tout d'abord, les coûts de rotation des personnels (*turn-over*). Quelques études évoquent les coûts d'embauche, de formation d'un nouvel employé, etc., ou en tout cas, la nécessité de les prendre en compte mais la difficulté de le faire (4, 11, 12).

Plus importants encore, les "coûts d'opportunité" (le coût d'opportunité est la mesure du "manque à gagner" lié à l'usage de ressources qui pourraient être employées à d'autres activités (éventuellement) plus efficaces), qui sont également ignorés dans beaucoup d'études, alors que cette rubrique est largement présente dans la plupart des manuels ou guides visant à définir ou à mener des études médico-économiques.

Quel que soit le type de coûts mesuré, une grande partie des auteurs se contente par ailleurs d'évaluer le coût moyen sans que ce choix soit justifié. Ce qui conduit, le plus souvent, à une surestimation des coûts et à masquer les écarts entre grandes et petites entreprises.

Permettant de ne pas se limiter aux dépenses liées directement à l'action d'un programme, les coûts indirects ont également toute leur importance dans une évaluation économique. Selon les études, il peut s'agir des coûts de la mortalité, de la morbidité, des soins informels et des pertes dues à des actes criminels, entre autres.

Bon nombre d'études étant concernées – Foster et Vaughan (6) : coûts de l'absentéisme ; Pidd et al. (3) : coûts absentéisme et des maladies ; Zaloshnja et al. (4) : coûts de perte d'un salarié (coûts de friction) ; Baumberg (11) : coûts des pertes de productivité –, la prise en compte de ce type de coûts est ici plutôt satisfaisante, même si certains

d'entre eux ne sont pas faciles à obtenir. Baumberg (11) ajoute que pour les coûts liés à la perte de productivité, les liens entre alcool et productivité, mais aussi absentéisme sont difficiles à établir et à traduire en chiffres.

Enfin, d'autres types de coûts ont été très peu abordés, sans doute parce qu'ils présentent des difficultés méthodologiques. Il s'agit des coûts évités à l'échelle de l'entreprise (5), des coûts d'externalité d'un point de vue macro-économique (11), ou de la distinction entre coûts variables et coûts fixes (7). Dans ce même ordre d'idée, la prise en compte de la préférence pour le présent (via le calcul d'un taux d'actualisation) n'est pas souvent abordée. Or, on le sait, cela conduit implicitement à appliquer un taux d'actualisation nul (quand le Collège des économistes français de la santé recommande, par exemple, un taux de 3 à 5 %).

B – Les types de programmes : la question de la mesure des effets

B.1. Dépistage

La mise en place de programmes de dépistage, traitement et prévention a subi quelques évolutions majeures dans le milieu de l'entreprise aux États-Unis. Suite à l'attention grandissante pour les problèmes de consommation abusive de substances dans le milieu du travail dans les années 1970-1980, deux types de "mouvements" s'y sont en effet développés : d'une part, ce qu'on appelle les "Programmes d'assistance des employés" (EAP), inspirés des programmes contre l'alcoolisme des années 1940, et, d'autre part, les programmes de dépistage (14).

Le concept EAP s'est développé en s'adressant plus largement aux problèmes de santé de l'employé, liés aux consommations illicites et affectant le bien-être et la performance des individus au travail. Impliquant les services de soins de santé et des ressources humaines (RH), la moitié des lieux de travail se sont vu proposer de mettre en place un programme EAP, dont l'objectif est d'identifier et d'orienter les individus vers des services de traitement et, dans une moindre mesure, vers la prévention. Les EAP ont tout d'abord été instaurés dans les industries de transport, avec un développement des aides et des conseils aux employés (5).

Les programmes de dépistage (notamment biologique) ont quant à eux pris de l'ampleur dans les années 1980. McDonald et Wells (15) ont ainsi consacré un article à

l'impact et à l'efficacité de programmes de dépistage de consommations de drogues sur le lieu du travail, apparus dans les années 1960-70 sous forme de dépistage urinaire chez les militaires revenant du Vietnam. La législation sur le dépistage s'est par la suite accrue dans les années 1980. Davantage accepté que d'autres formes de dépistage (périodique, aléatoire, ciblant des personnes soupçonnées de consommation abusive, de dépendance ou à risque, après un accident, après traitement, avant promotion, ou enfin sur le volontariat – moins courant), le dépistage pré-embauche semble dominer, notamment dans le domaine des transports. Destiné à aider l'employeur dans son travail de recrutement, un test positif peut se traduire par l'échec à l'embauche, la perte de l'emploi ou l'obligation, pour l'employé, de se soumettre à différents traitements (e.g. les EAP). Avec, selon certains auteurs, des effets négatifs, ce type de pratique pouvant même encourager la criminalité ! Mais les programmes de dépistage ont aussi des avantages induits : réduction des accidents sur le milieu du travail et baisse des problèmes liés à l'alcool et/ou aux drogues.

Si ces programmes se développent, c'est aussi parce qu'existe une asymétrie d'information (16), caractéristique des relations d'emploi combinant aléa moral et sélection adverse. En effet, la consommation de SPA par les travailleurs et les coûts qu'ils imposent à l'employeur sont inobservables en routine. La sélection adverse est introduite avec les dépistages pré-emploi destinés à identifier les futurs travailleurs à risque (l'entreprise pouvant difficilement jouer un ajustement des salaires à la productivité). Une pratique qui crée cependant des externalités négatives pour les entreprises qui ne pratiquent pas de dépistage pré-embauche. S'il est par ailleurs coûteux pour les entreprises d'imposer un dépistage aux employés qui ne consomment pas (sans prendre en compte les bénéfices et coûts sociaux extérieurs), cela apparaît globalement moins coûteux (sur une large population) que l'absence de politique volontariste en la matière. Il apparaît donc que l'efficacité médico-économique de certains programmes développés dans les entreprises n'est pas systématiquement établie. Pourtant, le lieu de travail reste un endroit stratégique pour mettre en place un dépistage car il joue aussi un rôle de signal à l'extérieur de l'entreprise.

B.2 Mono- ou pluriprogrammes

La littérature montre qu'il existe deux types de programmes et d'études, qu'il convient de distinguer, tant pour des raisons méthodologiques que du point de vue de leurs résultats :

- les études dans lesquelles un programme unique avait été mis en place et pour la première fois ;
- les études dans lesquelles un programme était instauré dans le contexte d'une politique ou d'un programme plus large de prévention/traitement (EAP) ou de dépistage.

Le fait que l'intervention évaluée se déroule dans le cadre d'une action de long terme et/ou multiple pose indéniablement la question de la mesure des effets isolés du programme évalué. Cette difficulté logique et chronologique est en effet à l'origine de biais importants dans la mesure des effets en termes d'efficacité comme en termes de coûts.

Au regard des exemples cités dans le tableau III, la question se pose des effets de la préexistence d'une culture ou d'une politique d'entreprise déjà orientée vers la prévention sur la mise en place du programme spécifique qu'il s'agit d'évaluer. Dans l'étude d'Ozminowski et al. (7), les employés sont par exemple soumis à des tests pré-embauche, ce qui montre l'importance d'une politique d'entreprise qui, en opérant une sélection à l'entrée dans l'enquête, rend toute extrapolation hasardeuse. Dans ce cas, il serait d'ailleurs pertinent de prêter attention aux effets d'une multiplication des tests sur une augmentation mécanique des prises en charge et aux effets inhérents en termes de coûts et d'efficacité.

Cashman et al. (17) vont dans le sens d'une mesure d'effets difficiles à différencier dans le cadre d'une superposition d'interventions. Ils prennent pour exemple l'évaluation d'un dépistage (biologique) randomisé de consommation d'alcool ou de drogues en présence d'un programme *Peer-Care* (cf. infra l'étude de Miller et al.), programmes dont les effets respectifs ne peuvent être mesurés de manière distincte. Les données collectées et les hypothèses émises ne permettent pas non plus de distinguer ces effets. Les auteurs rapportent toutefois le caractère coût-efficace des programmes de dépistage d'alcool et de drogues dans un programme EAP, bien que les coûts spécifiques de ce dernier ne soient pas facilement identifiables (cf. également l'étude de Miller et al. avec une mesure des coûts multisites).

On peut également penser qu'une culture ou une politique d'entreprise orientée "santé publique" n'a pas les mêmes impacts ou la même importance si elle est présente au sein d'une seule entreprise ou commune à un ensemble d'entreprises affiliées à une même compagnie. À ce biais possible dans la mesure des effets des spécifiques des programmes peuvent s'ajouter d'autres difficultés

Tableau III : Études “multiprogrammes” (quatre études)

Références	Programme	Existant	Mesure
Jordan et al., 2008 (2) États-Unis	Traitements contre la dépendance chimique : désintoxication en milieu hospitalier, en milieu ambulatoire, traitement de jour, services ambulatoires intensifs... différents dans la nature et la durée.	Programme plus “routinier” : le KPAM, programme multi-sites et multi-traitements.	Analyse efficacité et coûts.
Knealing et al., 2008 (1) États-Unis	Dépistage-repérage + suivi thérapeutique (<i>A web-based therapeutic workplace</i>).	Traitement proposé à des individus déjà traités à la méthadone (<i>A community methadone treatment program</i>).	Efficacité en termes de productivité et analyse des coûts.
Ozminkovski et al., 2001 (7) États-Unis	Deux alternatives d’analyse d’urine (sur place et au laboratoire).	Culture du contrôle des consommations abusives de drogues. Sept États impliqués. Politique d’abus de substances depuis cinq ans au moins.	Analyse de coûts seulement.
Miller et al., 2007 (5) États-Unis	Programme <i>PeerCare</i> dans plusieurs régions + dépistage dans chaque entreprise.	Intégré dans un grand programme de soins de santé comportementale comprenant un programme d’aide à la maison (PAE : programme d’aide aux employés) qui a débuté dans les années 1970.	Effets sur blessures et coûts du programme <i>PeerCare</i> : analyse coûts-bénéfices.

concernant les programmes évalués. Dans l’étude de Jordan et al. (2), le programme concerne ainsi le traitement à la dépendance chimique (les substances ne sont pas précisées) et se compose de différentes options.

Autre biais relevé dans quelques études, s’apparentant à la présence d’un “terrain” déjà favorable à la mise en place d’un programme : le consentement des employés bénéficiant dudit programme. Le fait que les employés aient donné leur consentement préalable est en effet souvent mentionné dans les études – exemple : Slaymaker et Owen (18) –, ce qui ne signifie peut-être pas qu’ils ne l’aient pas fait dans d’autres. Une précaution louable sur le plan éthique (il s’agit même d’une condition minimale), mais qui, sur le plan méthodologique, peut légitimement conduire à penser qu’un employé se portant volontaire pour participer à un programme de dépistage, traitement ou prévention, possède des capacités spécifiques. Ce qui provoque vraisemblablement un biais et compromet la généralisation des résultats à des populations non volontaires (dépistage obligatoire, par exemple). Savoir si les autres études concernent des programmes imposés à l’ensemble des participants est évidemment délicat.

Dans le même style de confusion entre “consentement éclairé” et “consentement provoqué”, l’étude de Knealing et al. (1) porte sur un programme destiné à des employés poursuivant leur consommation de drogue alors qu’ils sont déjà traités à la méthadone (aucune comparaison n’est effectuée par rapport aux employés non traités).

L’instauration d’une récompense financière ou, au contraire, d’une sanction (en cas de baisse de la productivité) influence sans doute l’assiduité des employés à suivre le programme, dont ils sont eux-mêmes acteurs (enregistrement de leurs propres données sur informatique).

L’étude de Miller et al. (5) serait la seule dans laquelle les effets caractéristiques des programmes sont identifiés. Le principe instauré est celui de la formation d’employés volontaires pour détecter des problèmes d’alcool chez leurs collègues et intervenir. Un travailleur dépisté positif est orienté vers un de ces volontaires. Intitulé *PeerCare*, le programme regroupe diverses activités de formation, destinées à différents problèmes de la personne. On pourrait donc penser que les programmes proposés sont individualisés et que la lutte contre l’alcool est fortement intégrée à l’entreprise : “*En combinaison avec les tests de dépistage, le programme et ses activités de formation provoquent un changement durable dans la culture du travail*”. L’objectif de l’étude était d’évaluer les effets sur les blessures (accidents) et les coûts du programme *PeerCare*, au moyen d’une analyse coût-bénéfice. Il semblerait qu’un isolement des effets de dépistage unique dans chaque société ait été possible. La modélisation de l’association des tests de dépistage (et non du programme *PeerCare*) avec les effets dans le temps l’a été.

A contrario, contrastant avec la superposition de programmes, des études ont été menées afin d’évaluer les effets de programmes mis en place de manière isolée. Il s’agit, pres-

que toujours, de programmes d'interventions brèves mises en place en dehors de tout programme plus large pré-existant. Ainsi, dans une étude réalisée en dehors du milieu du travail, Kaner et al. (10) ont défendu l'idée que *"l'efficacité des interventions brèves est démontrée chez les personnes ne suivant pas encore de traitements"*.

Quant à Mundt et al. (19), ils ont démontré – sur une population de personnes âgées de 65 ans et plus (dont on ne sait pas si elles sont salariées ou non) – les bénéfices cliniques d'une intervention brève consistant en un entretien de dix à 15 minutes avec des cliniciens (à deux reprises à un mois d'intervalle) sur les risques de la consommation d'alcool chez les personnes âgées. Le suivi des personnes ayant participé à l'intervention a abouti à une baisse de la consommation hebdomadaire d'alcool de 40 % (versus 6 % dans le groupe contrôle). Consistant à parler avec un professionnel de soins primaires, ces types de thérapies peuvent ainsi (pendant au moins un mois) réduire la consommation d'alcool et les problèmes associés chez les personnes âgées. À long terme, le coût par patient des personnes suivies serait inférieur à celui du groupe contrôle qui n'a reçu que des informations papier.

Mais si les interventions brèves peuvent paraître idéales pour changer les comportements face à la consommation d'alcool, elles ne débouchent pas sur des changements flagrants dans la consommation de soins (donc à long terme). Le principal résultat d'une intervention brève est une amélioration de la qualité de vie associée à d'autres bénéfices économiques (amélioration sociales et fonctions cognitives).

Quatre enseignements peuvent être tirés pour conclure l'analyse de cette dimension :

- si les études multiprogrammes posent des problèmes difficiles, il en est de même des études multisites, davantage privilégiées dans la littérature. Une étude "site unique" ne permet cependant pas toujours une généralisation à d'autres secteurs d'activité, entreprises, etc. ;
- la mise en place de dépistage de la consommation de substances (particulièrement avant embauche) semble permettre avec succès une diminution des problèmes de performance en milieu du travail (19) ;
- la mise en place d'interventions brèves peut être suggérée au vu des effets escomptés (changement de comportement vis-à-vis de la consommation) ;
- aucune suggestion définitive ne peut être formulée sur les superpositions de programmes, dans la mesure où certains effets sont non mesurables ou non détectables. Ces programmes semblent cependant cibler une population

qui nécessite une prise en charge au long cours incompatible avec la mise en place d'interventions brèves, voire de dépistage.

C – Les points de vue en présence

Si le point de vue de l'évaluation doit être explicitement énoncé au début de l'évaluation, ce n'est pas toujours le cas. Bien que le sujet porte sur les effets des programmes en milieu de travail, le point de vue de l'entreprise n'a pas été le seul rencontré. Et comme on l'a vu avec la prise en compte des coûts, le point de vue sociétal (intérêt pour les coûts et les bénéfices imputés à la société) est souvent utilisé. L'approche "sociétale" se définit ici par le fait que le point de vue de l'entreprise (le plus souvent assimilé à celui de l'entrepreneur) n'est pas le seul pris en compte. Le point de vue sociétal correspond à deux approches différentes : d'une part, les effets imputés à la société tout entière, d'autre part, les effets imputés aux salariés à qui était destiné le programme mis en place.

Les effets de la mise en place de programmes dont l'objectif est d'être bénéfique pour l'entreprise ont parfois fait l'objet d'une estimation des bénéfices vus par le salarié. Certains ont même été extrapolés au plan macro-économique pour concerner une population générale tout entière. Une manière de procéder qui n'est pas scientifiquement cohérente. Elle n'a d'ailleurs souvent d'autre utilité que "politique" : montrer que le problème traité est quantitativement important. Or, si on privilégie la rigueur méthodologique, il est indispensable de faire en sorte que le niveau d'évaluation des coûts et des bénéfices soit le plus proche possible de la cible du programme.

Dans l'étude de Barnett et al. (20), où les effets des traitements évalués étaient mesurés en termes d'années de vie additionnelles gagnées, on peut se demander quelle est sa pertinence ou quel en est finalement le point de vue. Les ratios obtenus n'étaient cependant pas généralisables (tableau IV).

L'étude de Zarkin et al. (8) porte sur les bénéfices et coûts de la méthadone (pour consommation de drogue) tout au long de la vie d'un individu (de 16 à 60 ans). Une étude dont les résultats doivent donc être généralisés à la population générale, mais néanmoins transversale et reposant sur différentes catégories de population (combinaison des critères : traités ou non, incarcérés ou non, consommateurs ou non). Réalisée dans une perspective d'aide à la décision pour les décideurs, ses impacts économiques ont

été exprimés individuellement (bénéfices économiques individuels) et sur trois types de coûts : coûts associés à des actions criminelles, pertes de salaires, dépenses de santé. Le ratio coût-bénéfice obtenu est similaire à celui retrouvé le plus souvent dans la littérature.

Baumberg (11) évalue quant à lui les coûts sociaux de l'alcool, à un niveau européen. Comme nous l'avons vu précédemment, l'estimation est menée au niveau international et macro-économique. Les coûts étant exprimés par pays, les limites sont dès lors liées aux spécificités des méthodes utilisées dans chacun des pays pour établir les données, fixer les nomenclatures, etc.

Enfin, l'étude d'Andlin-Sobocki (12) visait à déterminer approximativement les coûts du mésusage de SPA. Des méthodes de coûts de type *Top-down* et *Bottom-up* sont réalisées pour permettre des comparaisons entre les études. Les sources de données proviennent de données de registres ou de cohortes et d'une revue de littérature. Pour éclairant qu'il soit, ce type d'étude comporte des biais d'une ampleur bien plus grande que celle que l'on peut noter dans les évaluations micro-économiques.

Slymaker et Owen (18) mesurent les effets des investissements de l'entreprise en termes d'effets pour l'entreprise et pour les employés. Dans la mesure où les bénéfices

examinés pour les employés se répercutaient sur les bénéfices pour l'entreprise (en termes de productivité), cela ne semble pas incohérent (tableau V).

McCollister et French (21) ont mené une étude sur les bénéfices économiques, du point de vue de la société, des interventions contre les addictions aux États-Unis. Différentes modalités de traitement et différentes substances sont concernées. Les bénéfices sont évalués d'un point de vue macro-économique et individuel : baisse de l'activité criminelle, baisse des recours aux services de santé, dépenses en drogues et alcool, salaires gagnés. Trois domaines de résultats sont visés : réduction de la consommation d'alcool ou de drogues, amélioration des relations sociales personnelles, réduction des menaces pour la santé publique et la sécurité. D'après les résultats d'une revue de littérature, des données sur l'activité criminelle, l'emploi, le recours à des traitements et services de soins ont été estimées. Mais d'autres bénéfices n'ont pas été pris en compte du fait de la difficulté à les évaluer monétairement (l'état psychologique, les relations familiales et sociales de l'individu).

Tout comme celle de McCollister et al., l'étude de Fleming et al. (9) semble introduire deux points de vue sociétaux : les résultats de l'évaluation des effets d'une intervention brève par des cliniciens sont exprimés, d'une part, pour un patient et, d'autre part, pour la société (pour le système

Tableau IV : Exemples d'études dont le point de vue est général-sociétal (quatre études)

Références	Objet	Méthode
Barnett et al., 1999 (20) États-Unis	Effets des traitements en années de vie additionnelles gagnées.	Ratio non généralisable.
Zarkin et al., 2005 (8) États-Unis	Coûts et bénéfices de la méthadone tout au long de la vie d'un individu (16-60 ans).	Étude transversale sur cinq catégories de populations. Perspective d'aide à la décision pour les décideurs.
Baumberg, 2006 (11) États-Unis	Coûts sociaux de l'alcool à un niveau Européen. Dimension macro.	Coûts par pays, poids global économique de l'alcool. Avantage : utiliser même unité de mesure. Mais attention aux spécificités des pays, au contexte.
Andlin-Sobocki, 2004 (12) États-Unis	Coûts de la consommation abusive de substances (dépendance alcool, tabac et drogues).	Coûts indirects : <i>Top-down</i> et <i>Bottom-up</i> . Pour des comparaisons entre études.

Tableau V : Exemples d'études avec combinaison des points de vue (trois études)

Références	Effets Entreprises	Effets sociétaux
Slymaker et Owen, 2006 (18) États-Unis	Fréquence des mesures disciplinaires, baisse de l'absentéisme, abstinence aux psychotropes.	Santé, recours aux soins, les relations familiales, état psychologique de l'employé, etc.
McCollister et al., 2003 (21) États-Unis		Bénéfices mesurés d'un point de vue macro et individuel.
Fleming et al., 2000 (9) États-Unis		Deux points de vue sociétaux : le patient et l'organisation des soins.

de santé ou d'organisation des soins). Le remboursement par Medicare (assurance publique pour les personnes âgées) des coûts hospitaliers est notamment pris en compte, et les coûts sont également partagés entre les coûts pour les établissements de santé recevant les patients et ceux restant à la charge de ces derniers.

Dans la mesure où l'évaluation menée est censée apporter une information aux décideurs, la prise en considération des deux points de vue sociétaux peut ici être cohérente. De nombreuses études ont de fait été menées du point de vue de la société. Dans la mesure du possible, il conviendrait de préciser ce point de vue dès le départ, mais aussi d'en expliciter sa cohérence (avec le contexte et les objectifs de l'intervention).

D – La mesure des bénéfiques

Selon Cook (14), les principales justifications de la mise en place d'un programme de prévention au travail sont *“l'impact négatif majeur sur la santé du travailleur, sa sécurité et sa productivité”*. Parmi les raisons rendant nécessaire et avantageux de mettre en place un programme de prise en charge de la dépendance dans le cadre du travail, on trouve les *“accidents, l'absentéisme, le turn-over, et autres sources de pertes de productivité”*, qui sont liées avec les précédentes.

C'est ainsi que les bénéfiques attendus des programmes se trouvent le plus souvent du point de vue de l'entreprise : baisse de l'absentéisme, meilleure productivité, meilleure performance, baisse des retards, des conflits, de la fréquence des mesures disciplinaires, du *burn-out*... L'ensemble de ces bénéfiques reste cependant fortement lié à la vie économique quotidienne de l'entreprise. Pour que les effets soient à la fois visibles et rentables pour l'employeur, il est donc nécessaire qu'ils soient observables à court terme, d'autant que les dépenses pour mettre en place un programme ne peuvent, elles, être différées. C'est la raison pour laquelle les bénéfiques, voire l'efficacité, des interventions brèves sont dans nombre d'études évoqués quels que soient les types d'entreprises ou de personnes concernées. Une tendance renforcée par le fait que l'employeur a aussi une préférence pour le court terme et par celui que les données sont plus facilement accessibles.

Les bénéfiques le plus souvent abordés du point de vue “sociétal” sont : l'amélioration des relations professionnelles et familiales, l'abstinence aux psychotropes, une meilleure qualité de vie, une baisse de la consommation de soins et

d'utilisations des services de santé ou sociaux (considérée ici comme un indice de meilleure santé et non comme un indicateur péjoratif d'accès aux soins), l'emploi, une baisse des dépenses d'actions criminelles, des pertes de salaires, de la fréquence ou de la gravité des maladies, des accidents, de l'activité criminelle, une hausse des gains de salaires, une baisse des dépenses en drogue et alcool (quantitatif), des violences, du nombre d'arrestations...

Les rendements des programmes peuvent aussi s'exprimer en termes de bénéfices économiques nets, par la soustraction des coûts et des bénéfices, ceux-ci (contrairement à ce qui est de mise dans le cadre de la méthode “coût-utilité”) ayant été évalués monétairement (21). Mais cette évaluation n'est pas toujours possible.

Dans cette perspective, la mesure de la qualité de vie peut être utilisée dans le cas d'une évaluation coût-utilité, qui permet d'évaluer la qualité des effets d'un programme sur la santé. L'analyse coût-utilité permet de prendre en compte *“tout un ensemble de résultats pertinents, grâce à une méthode qui vise à les agréger en un résultat unique. Cela permet de comparer des programmes très différents les uns des autres. De plus, l'analyse coût-utilité associe des valeurs aux résultats, de sorte que les plus importants ont un coefficient de pondération plus élevé”* (22). La prise en compte de l'utilité (concept-clé de l'économie standard) est associée à celle des préférences individuelles ou collectives des individus.

Une analyse coût-utilité est notamment justifiée lorsque le programme évalué consiste à agir sur la morbidité ou la mortalité et que *“l'on souhaite disposer d'une unité commune de résultat qui combine les deux effets”* (réf ?). Il peut également s'agir d'une comparaison de programmes différents, pour lesquels on souhaite avoir une unité commune de résultats. Or, les études épidémiologiques confirment que les conséquences pathologiques ou sociales peuvent être importantes et s'inscrire à long terme dans la vie de l'individu. La mortalité étant l'une des conséquences significatives de la consommation abusive ou de la dépendance à des SPA (20), on s'attend à ce que la notion de “qualité de vie”, voire l'instrument quasi universel qu'est le QALY (*Quality adjusted life years* : années ajustées à la qualité de vie), soit mobilisée pour évaluer les bénéfiques. Peu d'études utilisent pourtant ce concept. Et celles qui le font ne sont pas exemptes de confusion.

Ainsi, Slaymaker et Owen (18) évoquent-ils le terme “qualité de vie” dans les éléments à prendre en compte dans les effets du programme mis en place. Il y est pourtant davantage question d'effets “émotionnels” que de qualité

de vie au sens strict. L'étude ne comporte d'ailleurs pas de mesure de la qualité de vie au moyen d'outils de mesure conventionnels.

Considérée comme un bénéfice individuel dans la mesure où le programme évalué vise explicitement à l'améliorer, la notion de qualité de vie est également évoquée chez Fleming et al. (9). Aucune évaluation de cette qualité de vie elle-même n'est pourtant appliquée. Il est toutefois indiqué que la prise en compte de la qualité de vie altérée par la douleur n'a pas pu être prise en compte dans le calcul de coûts intangibles.

Évaluant l'efficacité d'interventions brèves contre l'utilisation dangereuse et nuisible d'alcool, une seule étude (10) a pris en compte la qualité de vie dans la mesure des effets. Dans ce but, un questionnaire EQ-5D a été rempli par les employés. Une analyse coût-utilité a ensuite été réalisée, conduisant à un résultat en termes de coût par QALY.

Le système EuroQol (EQ-5D) est l'un des outils visant à décrire la qualité de vie liée à un état de santé. Il permet de mesurer les préférences via un système de classification multi-attributs des états de santé (il consiste en la description de l'état de santé et l'estimation de ses conséquences par la combinaison de cinq dimensions – mobilité, soins, activités quotidiennes, douleur, anxiété – étalonnées en trois niveaux).

E – La théorie du capital humain

Sans que les auteurs la citent explicitement, il apparaît que la théorie du capital humain (23) est la théorie sous-jacente qui guide les promoteurs des évaluations médico-économiques. Un programme mis en place en milieu professionnel est, par exemple, souvent accompagné d'une intervention de sensibilisation ou de formation censée avoir des effets bénéfiques pour l'entreprise.

Le capital humain est défini comme l'ensemble des qualités (compétences, expériences, savoir-faire, etc.) dont un individu dispose et qui lui donne la capacité de travailler, produire, pour une entreprise ou pour lui-même. Selon cette théorie, ce capital s'acquiert par l'éducation, la formation, se développe (par entretien ou formation continue, mais aussi par l'attention portée à la santé de l'individu) ou se préserve. Le capital humain peut ainsi être considéré comme l'objet d'un investissement orienté autour de deux axes majeurs : l'éducation et la santé.

Les coûts de cet investissement se déclinent en coûts directs (formation, frais de scolarité) et en coûts d'opportunité, issus d'un arbitrage de la part de l'individu (e.g. la poursuite des études après le baccalauréat plutôt que l'entrée immédiate dans la vie active). Un retour positif sur investissement est attendu, les bénéfices se mesurant généralement en termes de revenus perçus ultérieurement.

La théorie du capital humain a pour particularité d'être limitée à l'individu qui en est le détenteur, le seul investisseur. Un investissement qui ne peut être détenu par un tiers et qui dépend fortement des capacités physiques et mentales de l'individu.

Pour un employeur, il est donc risqué d'investir dans un capital humain, dans la mesure où cela ne lui assure pas une garantie de rentabilité en raison des phénomènes de "braconnage" de mobilité, de départ à la retraite, etc., tout événement qui ne permettrait pas de rentabiliser cet investissement au niveau attendu (par les actionnaires ou les managers par exemple).

L'accumulation de capital humain étant considérée comme un facteur important de croissance économique, on parle aujourd'hui d'une théorie dynamique. Ses effets ne s'observent pas uniquement à un niveau micro-économique mais aussi macro-économique : rendements croissants et externalités positives, apport de la formation à la croissance. Elle permet de rendre compte de l'hétérogénéité du facteur travail, de la structure des salaires et de la rigidité sur le marché du travail, ainsi qu'une prise de conscience par l'employé de la richesse de son capital et de son potentiel économique. Elle donne une base au développement de nouvelles stratégies de gestion des ressources humaines.

Cette théorie comporte cependant des limites dont les auteurs analysés ici sont d'autant moins conscients que ce référent est implicite. Elle suppose en effet des acteurs hyper-rationnels, une parfaite circulation de l'information et une parfaite transparence, au sein d'une organisation "fermée". Or, dans la réalité des entreprises et de l'économie ouverte et mobile d'aujourd'hui, aucune de ces conditions n'est "naturellement" remplie.

Mais si la théorie du capital humain n'est plus totalement applicable au monde du travail, elle demeure généralement le référentiel principal. Ainsi, les programmes de prévention peuvent-ils être considérés comme autant de dispositifs de formation ou de sensibilisation des employés. La mesure de l'efficacité de certains programmes repose donc sur le nombre d'employés formés, les salariés étant

même amenés à participer vivement (de manière encouragée ou volontaire) au processus dans certains cas (24).

C'est le cas avec l'étude de Miller et al. (5) portant sur une évaluation du programme *PeerCare*, dont "le but est d'éduquer les employés, mais aussi de les faire intervenir". La volonté est de former et sensibiliser les employés, mais aussi de les intégrer à une prise de décision concernant leur production. Ce programme était intégré dans un large programme de santé au sein d'une compagnie, "tous niveaux de salariés confondus". L'activité du programme *PeerCare* était mesurée selon trois critères : le pourcentage d'employés pour lesquels le programme était inclus dans le contrat, le pourcentage de ceux qui avaient commencé une démarche de formation, le pourcentage de ceux qui étaient volontaires. L'impact du programme était évalué en prenant pour base l'évolution (en %) des maladies liées à l'alcool dans les années 1980-90. Prenant en compte les caractéristiques individuelles des employés, les impacts mesurés s'exprimaient aussi en termes de *turn-over* et d'absentéisme.

Dans d'autres études, comme celle de Baumberg et al. (11), le terme "capital humain" est évoqué, mais sans référence proprement théorique ("*Le coût de la mortalité prématurée est mesuré avec le capital humain*"). Dans une étude évaluant la part approximative imputable aux SPA dans les coûts de la maladie, Andlin-Sobocki (12) a procédé à une revue de la littérature. Une des études retenues consistait en une évaluation de type *Cost-off-illness*, basée sur des données de coûts issues de registres et d'autres sources, incluant, selon les auteurs, le calcul de coûts indirects par l'application de "la méthode du capital humain".

Dans l'étude de Benett et al. (25), la formation et la prévention en direction des salariés dans les entreprises sont considérées comme répondant à un besoin évident. Deux branches d'une alternative (formation informationnelle et formation sur entretien en plus d'être informationnelle) sont d'ailleurs comparées dans cet esprit, le but étant de déterminer les effets de la formation sur les problèmes d'alcool et les effets des efforts antérieurs. Dans cette perspective, un programme psychosocial (*Team awareness*) consistait en la formation de compétences chez les référents et s'appuyait sur la gestion du stress ou le travail en équipe. Les impacts attendus misaient sur l'évolution de l'ambiance en milieu de travail, considérée comme porteuse de risque vis-à-vis de la consommation d'alcool en l'absence d'une telle politique. Les auteurs suggèrent que ces programmes de prévention soient mis en place en renfort d'efforts standards sur le lieu de travail.

En conclusion, il convient de noter que si le terme de "capital humain" est utilisé de façon explicite dans quelques études, cette théorie et son influence sont sous-jacentes dans cette littérature organisée autour de l'évaluation médico-économique. C'est notamment le cas lorsqu'un des buts de l'étude est de mesurer ou d'identifier une amélioration de la productivité après la mise en place d'un programme de prévention ou de dépistage censé sensibiliser les employés.

F – Les enjeux des évaluations médico-économiques dans la santé au travail, vers une spécificité des programmes ?

Concernant les enjeux généraux des évaluations proposées, et notamment les types de populations et de programmes visés, cette dernière dimension est moins d'ordre méthodologique que touchant à la problématique. On l'a vu dans les paragraphes précédents, les enjeux économiques et sanitaires des pathologies ou des comportements observés sont considérés comme importants et complexes par tous les auteurs. Nombre d'études et programmes focalisent pourtant leurs efforts sur des populations qui ne sont pas systématiquement les plus à risque. En effet, les populations de salariés enrôlés dans les programmes sont souvent peu atteintes, à risque léger de dépendance et sans problème somatique lourd. Une première explication éthique s'impose donc : à l'exception des dépistages à l'embauche, les salariés sont et doivent être volontaires et en activité, et par construction, ni en invalidité ou, par exemple, hospitalisés. Mais la constitution des populations est généralement porteuse de biais. Dans quasiment toutes les études où un programme a été évalué, les populations visées ont, dès avant la mise en place du programme, fait l'objet d'une sélection sans qu'une population témoin ait été parallèlement définie.

Les raisons de cette sélection préalable sont diverses, à commencer par un refus de se soumettre au(x) programme(s) de la part des salariés. Mais la raison la plus plausible a trait au contexte des études qui se présentent le plus souvent comme des commandes des employeurs. Or ceux-ci ont besoin de résultats tangibles et d'un retour sur l'investissement que constitue la mise en place du programme. Les personnes impactées sont donc celles chez lesquelles on attend des améliorations sensibles et visibles. Ces résultats doivent en outre être apparents dans le court terme, qui correspond de plus en plus souvent à l'horizon de la relation d'emploi (surtout aux États-Unis).

Une tendance confortée par la logique de la publication scientifique, qui demande elle aussi que les résultats soient publiables dans des délais raisonnables, n'autorisant pas – sauf exception – une observation des impacts des programmes au-delà de trois ans environ.

Notons au passage que l'absence de considération pour les taux d'actualisation traduit cette appétence pour une conception étroite de l'espace (l'entreprise) et du temps (quelques mois). En démontrant une similarité entre les résultats des interventions brèves et celles d'autres soins standards de plus long terme (essais plus larges, échantillons plus importants, horizon temporel plus lointain, etc.), Lock et al. (26) illustrent d'ailleurs le fait que les interventions brèves et légères sont toujours favorisées par le mode de calcul.

Plusieurs exemples de cette préférence pour le court terme peuvent être donnés. Dans l'étude de Jordan et al. (2), les effets de traitements contre la dépendance "chimique" ont ainsi été évalués à travers une mesure de l'absentéisme, de la productivité, des conflits au travail et des retards dans différents États de Californie. Un suivi a été réalisé au 1^{er} et au 30^{ème} jour du traitement, parfois même au 60^{ème} lorsqu'il était nécessaire pour l'individu de poursuivre le traitement. Un point sur les rapports à l'alcool était effectué en répondant à un questionnaire individualisé. L'étude montre que les personnes poursuivant le traitement 60 jours sont généralement les plus stressées, à plus haut niveau d'éducation, ayant une meilleure santé et étant les moins hospitalisées.

Dans l'étude de Knealing et al. (1), le programme de dépistage et de suivi des personnes contrôlées positives à la cocaïne consistait en un simple test d'urine trois fois/semaine. La période d'évaluation était d'une année (2003-2004) et ne concernait que la population des salariés ayant entièrement suivi le programme durant cette période. L'entrée dans le programme et la sortie se faisait au cours du temps sur la base du volontariat, sans qu'une évaluation (même approximative) soit réalisée pour les autres. Il ne s'agissait donc ni d'un dépistage, ni d'une évaluation sur long terme.

Quand le choix se porte sur le long terme, il est le plus souvent associé à des études menées sur plusieurs générations de populations, "tout au long de la vie", n'ayant pas spécifiquement pour but l'évaluation d'un programme mis en place dans le milieu du travail. C'est le cas des études basées sur une revue de la littérature – exemple : Barnett (20) –, sur des cohortes ou des enquêtes nationa-

les – exemple : Foster et Vaughan (6), Miller et al. (5) –, visant la description de l'évolution de certains comportements ou certaines conséquences de la prise de substances. Un modèle destiné à "prendre en compte la dynamique de la consommation de drogue" (ici Monte-Carlo) a été utilisé pour évaluer les coûts et les bénéfices d'un traitement sur le long terme – exemple : traitement de la méthadone (8).

Wachrer et al. (27) ont réalisé une analyse comparative des effets d'un programme EAP entre un groupe de travailleurs assurés et un groupe non assuré. Les personnes les moins assurées seraient en effet les plus à risque, les plus consommatrices (+ 70 % par rapport aux non-assurés), auraient le plus de problèmes associés à ce comportement (+ 52 %), le manque d'assurance affectant par ailleurs la qualité et la quantité de traitements susceptibles d'être suivis. Ne pas être assuré réduirait de 70 % les chances de participer à un traitement comparé aux assurés. Il n'y aurait pas de liens démontrés entre la couverture et les comportements de consommation, mais entre le manque de couverture et une augmentation de la consommation. L'utilité des programmes de type EAP dépendrait donc de la couverture santé des individus. Alors que les EAP sont généralement instaurés dans les grandes entreprises, ces personnes sont par ailleurs employées de petites entreprises. Bien que seuls 22 % des non-assurés aient accès à une intervention (contre 61 % pour les assurés), un programme EAP n'altère pas la probabilité de recevoir un traitement. L'intérêt de ce type d'études et leurs résultats sont donc fortement dépendants d'un contexte américain où l'assurance maladie n'est pas obligatoire et où les primes sont généralement payées par les employeurs.

Exceptions confirmant la règle, une demi-douzaine d'études laissent cependant supposer que la population présentait une certaine gravité de dépendance ou de sévérité de la maladie. Slaymaker et Owen (18) ont par exemple évalué un programme d'un mois de traitement avec entrée dans une unité de désintoxication. Knealing et al. (1) se sont intéressés aux travailleurs traités à la méthadone pour consommation de cocaïne et continuant de consommer. Kaner et al. (10) ont évalué un programme centré sur les utilisations dangereuses et nuisibles d'alcool en soins primaires. Foster et Vaughan (6) se sont intéressés aux différents degrés de dépendance, tout comme Weisner et Schmidt (28), Bray et al. (24) ou enfin Boback et al. (29), avec différentes fréquences de consommation et les conséquences associées. Pidd et al. (3) ont pour leur part pris en compte différentes catégories de buveurs (rares, occasionnels ou fréquents, récents et abstinents), mais l'horizon temporel de l'évaluation reste court.

C'est bien souvent pour des raisons méthodologiques que sont évoqués des programmes de court terme ou destinés à des individus à risques relativement "faibles" vis-à-vis des SPA et de leurs conséquences. Ces derniers sont effectivement ceux qui se rendent le plus disponibles. Bien que les études ne l'évoquent pas, on peut également penser que les personnes à haut risque sont repérées par d'autres moyens que via ces programmes qui, par construction, s'adressent à des populations larges et théoriquement différenciées au départ.

G – Conclusions

L'analyse de l'ensemble de la littérature, aussi diversifiée soit-elle, a permis d'étayer les connaissances en matière d'évaluation médico-économique, et donc en termes de coûts économique et social, d'une intervention ciblant la consommation ou l'abus de SPA dans le (ou en dehors du) milieu du travail.

L'existence de biais méthodologiques (ayant des retombées ou des causes touchant à la problématique) a également été mise au jour. Il s'agit surtout de biais liés à la sélection initiale des individus ciblés par le programme (volontariat et/ou consentement), ou à la nature des entreprises (tailles, secteurs). L'ensemble de ces biais pose aussi la question de la généralisation des résultats et de la transposabilité des programmes sur une base scientifique.

Toutes les études analysées dans ce chapitre n'ont par ailleurs pas présenté d'évaluation purement médico-économique. Alors qu'il s'agit d'une condition sine qua non de l'évaluation, on note ainsi l'absence de comparaisons entre plusieurs programmes. Or, si tous les types de programmes ne peuvent faire l'objet d'une évaluation médico-économique, une véritable évaluation médico-économique doit comporter une dimension comparative (deux ou plusieurs programmes, deux ou plusieurs populations, etc.). La valeur démonstrative de l'efficacité de telle ou telle intervention ne peut pas seulement se trouver dans la confrontation de programmes différents, initiés dans des contextes divers. Le paradoxe est ici que les programmes d'intervention brève seraient propices à ce type d'évaluation comparative, mais que celle-ci n'est pas menée de façon systématique. On peut d'ailleurs souligner que toutes les études plaident pour le développement et l'amélioration des évaluations médico-économiques dans ce domaine.

Au plan positif, on peut également noter que les interventions légères, de court terme et en direction de popu-

lations peu atteintes, s'avèrent très généralement rentables du point de vue de l'entreprise, comme du point de vue de la société : un rendement – ou un RoI, pour utiliser le langage des auteurs – d'environ 30 % n'est pas rare.

Sur ce même plan, il apparaît que la mise en place de programmes de prévention en milieu professionnel et la connaissance de ses effets économiques doivent faire appel à la motivation des employeurs. Certains arguments semblent encourageants dans la mise en place d'interventions, en premier lieu desquels la réduction de l'absentéisme lié aux consommations de SPA. Le meilleur argument pour développer la prévention dans les entreprises. D'autres types de dépenses associées à la consommation de substances, et supportées par l'employeur, constituent également des arguments forts (e.g. accidents du travail). D'où la nécessité d'une prise de conscience des employeurs pour que le développement de programmes et leur évaluation soient possibles.

L'accent a été mis sur quelques types de programmes à privilégier, notamment les interventions brèves et les actions de dépistage, dans un contexte qui permette une vue d'ensemble et une mesure des effets facilitée et pertinente. Les études retenues montrent que la prise en compte de quelques critères suffit pour mesurer les effets d'un programme : l'absentéisme, les coûts mêmes des programmes, une perte de salaire, les dépenses des prestataires extérieurs. La population de l'entreprise doit en outre être relativement suffisante (en termes d'effectif) pour que l'évaluateur puisse identifier des effets pertinents.

De la littérature, semble émerger le principe que les interventions doivent être adaptées aux diverses substances et ciblées sur de véritables problèmes ou populations à risque, avec une éthique, celle de leur consentement.

Au terme de cette analyse de la littérature internationale, il apparaît qu'une *evidence-based medicine* inscrite dans le long terme et le large espace de la santé publique est antinomique de l'approche "court-termiste" adoptée outre-Atlantique. Cette dernière conduit à valoriser artificiellement les interventions brèves, en direction de populations relativement peu atteintes, dont le résultat apparent peut être obtenu rapidement afin de pouvoir être publié dans de bonnes revues et dans des délais raisonnables. Les pathologies dont il est question ici, les modes de prise en charge et leur évaluation demandent au contraire que les observations soient menées dans le moyen-long terme, sans se limiter aux frontières (par ailleurs mouvantes) des entreprises et de leur rentabilité. De ce point de vue, la

France possède un avantage comparatif qu'elle pourrait valoriser en mettant en place des enquêtes au long cours portant sur des populations suivies dans et hors l'entreprise, mettant en jeu des acteurs divers (service de santé au travail, médecins traitants, etc.). Le tout, bénéficiant d'un système d'assurance maladie œuvrant pour l'intérêt général et non dans l'intérêt des seules entreprises. Mais encore faut-il que les études françaises rivalisent avec les anglo-américaines au plan de la rigueur méthodologique pour que cet avantage soit exploité. Le guide méthodologique (30) élaboré et validé dans ce but par la Haute autorité de santé devrait permettre de réaliser ce saut qualitatif nécessaire. ■

P. Mossé, A.-L. Soilly

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel.
II - Données socio-économiques

Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (2) : 163-179

Références bibliographiques

- 1 - Knealing TW et al. Economic cost of the therapeutic workplace intervention added to methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008 ; 34 : 326-32.
- 2 - Jordan N et al. Economic benefit of chemical dependency treatment to employers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008 ; 34 : 311-9.
- 3 - Pidd KJ, Berry GB, Roche AM, Harrison JE. Estimating the cost of alcohol-related absenteeism in the Australian Workforce: the importance of consumption patterns. *MJA*. 2006 ; 185 : 637-41.
- 4 - Zaloshnja E, Miller TR, Hendrie D, Galvin D. Employer costs of alcohol-involved injuries. *American Journal of Industrial Medicine*. 2007 ; 50 : 136-42.
- 5 - Miller TR, Zaloshnja E, Spicer RS. Effectiveness and benefit cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing. *Accident Analysis and Prevention*. 2007 ; 39 : 565-73.
- 6 - Foster WH, Vaughan RD. Absenteeism and business costs: does substance abuse matter? *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2005 ; 28 : 27-33.
- 7 - Ozminkovski RJ et al. The cost of on-site versus off-site workplace urinalysis testing for illicit drug use. *Health Care Manager*. 2001 ; 20 (1) : 59-69.
- 8 - Zarkin GA, Dunlap LJ, Hicks KA, Mamo D. Benefits and costs of methadone treatment: results from a life time simulation model. *Health Econ*. 2005 ; 4 : 1133-50.
- 9 - Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*. 2000 ; 38 (1) : 7-18.
- 10 - Kaner E et al. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use in primary care: a cluster randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health*. 2009 ; 9 : 287.
- 11 - Baumberg B. The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug and Alcohol Review*. 2006 ; 25 : 537-51.
- 12 - Andlin-Sobocki P. Economic evidence in addiction: a review. *Eur J Health Econom*. 2004 ; (Suppl. 1) : S5-12.
- 13 - Reynaud M, Gaudin-Colombel AF, Le Pen C. Two methods of estimating health costs linked to alcoholism in France (with a note on social costs). *Alcohol and Alcoholism*. 2001 ; 36 (1) : 89-95.
- 14 - Cook R, Schlenger W. Prevention of substance abuse in the workplace: review of research on the delivery of services. *The Journal of Primary Prevention*. 2002 ; 23 (1).
- 15 - McDonald S, Wells S. Work-place alcohol and other drug testing: a review of the scientific evidence. *Drug and Alcohol Review*. 1997 ; 16 : 251-9. *Article rejeté*.
- 16 - McGuire A. Where do internal markets come from and can they work? *Journal of Health Services Research & Policy*. 1996 ; 1 (1) : 56-9.
- 17 - Cashman CM et al. Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury (review). *The Cochrane Library*. 2009 ; (2) : CD006566.
- 18 - Slaymaker VJ, Owen PL. Employed men and women substance abusers: jobs troubles and treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2006 ; 31 : 347-54.
- 19 - Mundt MP, French M, Roebuck MC, Da Baier Manwell L, Lawton Barry K. Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits ». *Journal of Studies on Alcohol*. 2005 ; 66 : 389-94.
- 20 - Barnett PG. The cost-effectiveness of methadone as a health care intervention. Research report. *Addiction*. 1999 ; 94 (4) : 479-88.
- 21 - McCollister KE, French MT. The relative contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: review of first finding. *Addiction*. 2003 ; 98 : 1647-1659.

- 22 - Drummond M. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rd edition. Oxford : Oxford University Press ; 2005.
- 23 - Becker GS. *Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. 3rd edition. Chicago : University of Chicago Press ; 1993.
- 24 - Bray JW, Zarkin GA, Miller WR, Mitra D, Kivlahan DR, Martin DJ, Couper DJ, Cisler RA. Measuring economic outcomes of alcohol treatment using the Economic Form 90. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007 ; 68 (2) : 248-55.
- 25 - Bennett JB et al. Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *American Journal of Health Promotion*. 2004 ; 19 (2) : 103-13.
- 26 - Lock CA, Kaner E, Heather N, Doughty J, Crawshaw A, McNamée P, Purdy S, Pearson P. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2006 ; 54 (4) : 426-39. Article rejeté.
- 27 - Waehrer GM, Zaloshna E, Miller T, Galvin D. Substance-use problems: are uninsured workers at greater risk?. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2008 ; 69 (6) : 915-23.
- 28 - Weisner C, Schmidt L. Alcohol and drug problems among diverse health and social service populations. *American Journal of Public Health*. 1993 ; 83 (6) : 824-9.
- 29 - Bobak M et al. The association between psychosocial characteristics at work and problem drinking: a cross-sectional study of men in three Eastern European urban populations. *Occup Environ Med*. 2005 ; 62 : 546-550.
- 30 - Haute Autorité de Santé., Guide méthodologique ; choix méthodologiques pour l'évaluation à la HAS. Paris : HAS, Service évaluation économique et santé publique ; 2011.

Autre référence

- Ahola K et al. Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addiction*. 2006 ; 101 : 1438-43.

Articles rejetés

- Alleyne BC, Stuart P, Copes R. Alcohol and other drug use in occupational fatalities. *Journal Of Occupational Medicine*. 1991 ; 33 (4) : 496-500.
- Batty GD et al. Problem drinking and exceeding guidelines for "sensible" alcohol consumption in Scottish men: associations with life course socioeconomic disadvantage in a population-based cohort study. *BMC Public Health*. 2008 ; 8 : 302.
- Bendtsen P, Hensing G, Alexanderson K. Self-perceived excessive alcohol consumption among employed women. Association with health and psychosocial factors. *Addictive Behaviors*. 2003 ; 28 : 777-83.
- Bennett JB, Lehman WEK. Workplace substance abuse prevention and help seeking: comparing team-oriented and informational training. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2001 ; 6 (3) : 243-54.
- Bourgkard E et al. Association of physical job demands, smoking and alcohol abuse with subsequent premature mortality: a 9-year follow-up population based study. *J Occup Health*. 2008 ; 50 : 31-40.
- Buchmueller TC, Zukevas SH. Drug use, drug abuse, and labour markets outcomes. *Health Economics*. 1998 ; 7 : 229-45.
- Cartwright WS. A critical review of accounting and economic methods of estimating the costs of addiction treatment. *Journal of Substances Abuse Treatment*. 2008 ; 34 : 302-10.
- Claussen B. Alcohol disorders and re-employment in a 5-year follow-up of long-term unemployed. *Addiction*. 1999 ; 94 (1) : 133-8.
- Collectif. *Conduites addictives et travail*. *Documents pour les Médecins du Travail*. 2008 ; (115) : 339-62.
- Coulton S, Watson J, Bland M, Drummond C, Kaner E, Godfrey C, Hassey A, Morton V, Parrott S, Phillips T, Raistrick D, Rumball D, Tober G. The effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care (AESOPS). A randomised control trial protocol. *BMC Health Services Research*. 2008 ; 8 : 129.
- Demortière G, Pessione F, Batel P. Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'autoquestionnaires : intérêts, faisabilité, limites. *Documents pour le Médecin du Travail*. 2001 ; (86).
- Demortière G, Michaud P, Dewost AV. Consommation excessive d'alcool chez les salariés. *Documents pour le Médecin du Travail*. 2005 ; (102).
- Doran CM. Economic evaluation of interventions to treat opiate dependence. Review article. *Pharmacoeconomics*. 2008 ; 26 (5) : 371-93.
- Facy F, Rabaud M. Évolution des conduites addictives illicites sur le temps de la vie professionnelle. *Arch Mal Prof Env*. 2006 ; 67 : 207-11.
- Feng W et al. The impact of problem drinking on employment. *Health Econ*. 2001 ; 10 : 509-21.
- Fontaine A, Fontana C. Usages de drogues (licites, illicites) et adaptation sociale. *Psychotropes*. 2004 ; 10 (2) : 7-18.
- Fullerton et al. Occupational injury mortality in New Mexico. *Annals of Emergency Medicine*. 1995 ; 26 (4 October).
- Goldberg M et al. Socioeconomic, demographic, occupational, and health factors associated with participation in a long-term epidemiologic survey: a prospective study of the French GAZEL Cohort and its target population. *Am J Epidemiol*. 2001 ; 154 (4).
- Johansson E, Alho A, Kiiskinen U, Poikolainen K. Abstaining from alcohol and labour market underperformance. Have we forgotten the "dry" alcoholics? *Alcohol & Alcoholism*. 2006 ; 41 (5) : 574-9.
- Johansson E, Alho A, Kiiskinen U, Poikolainen K. The association of alcohol dependency with employment probability: evidence from the population survey "Health 2000 in Finland". *Health Econ*. 2007 ; 16 : 739-54.
- Kébreau-Alexandre P, T-French M. Further evidence on the labor market effects of addiction: chronic drug use and employment in metropolitan Miami. *Contemporary Economic Policy*. 2004 ; 22 (3) : 382-93.
- Klingemann H. To every thing there is a season. Social time and clock time in addiction treatment. *Social Science and Medicine*. 2000 ; 51 : 1231-40.
- Kunz V et al. Risque alcool et santé au travail. Étude de repérage et d'intervention auprès de 2 060 salariés. *Évolutions*. 2006 ; (1).
- Labat L et al. Prevalence of psychoactive substances in trucks drivers in the Nord-Pas-De-Calais region (France). *Forensic Science International*. 2008 ; 174 : 90-4.
- Lamberg ME et al. The Finnish legislation on workplace drug testing. *Forensic Science International*. 2008 ; 174 : 95-8.
- Leggat PA, Smith DR. Alcohol-related absenteeism: the need to analyse consumption patterns in order to target screening and brief interventions in the workplace. *Industrial Health*. 2009 ; 47 : 345-7.
- Levy Merrick et al. Revisiting employee assistance programs and substance use problems in the workplace: key issues and a research agenda. *Psychiatric Services*. 2007 ; 58 (10).
- Lillsunde P, Haavanlammi K, Partinen R, Mukala K, Lamberg M. Finnish guidelines for workplace drug testing. *Forensic Science International*. 2008 ; 174 : 99-102.
- Lillsunde P, Mukala K, Partinen R, Lamberg M. Role of occupational health services in workplace drug testing. *Forensic Science International*. 2008 ; 174 : 103-6.
- Maranda MF, Negura L, De Montigny MJ. L'intégration en emploi des toxicomanes : représentations sociales de cadres responsables de l'embauche du personnel. *Médecine et Hygiène. Déviance et Société*. 2003 ; 27 (3) : 269-84.
- Marchand A. Alcohol use and misuse: what are the contributions of occupation and work organization conditions? *BMC Public Health*. 2008 ; 8 : 333.
- Matano RA et al. A pilot study of an interactive web site in the workplace for reducing alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2007 ; 32 : 71-80.
- Merle P, Le Beau B. Alcoolisation et alcoolisme au travail. Ethnographie d'un centre de tri postal. *Revue Française de Sociologie*. 2004 ; 45 (1) : 3-36.
- Weimer DL, Vining AR, Thomas RK. Cost-benefit analysis involving addictive goods: contingent valuation to estimate willingness-to-pay for smoking cessation. *Health Econ*. 2009 ; 18 : 181-202.

Mme Gladys Lutz*, Dr Philippe Cleren**

* Ergonome, Association ADDITRA, Paris, France

** Médecin du travail, Caen, France

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel

III – Interactions conduites de consommation / travail

Déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou de renforcer les consommations de SPA

Résumé

Cet article propose aux médecins du travail, aux intervenants en prévention des risques professionnels et à toute personne intéressée par la prévention des mésusages de substances psychoactives (SPA) de quitter la perspective privée des consommations de SPA pour s'intéresser à leur sens professionnel. Ce changement de paradigme permet d'observer les interactions, souvent masquées, tabous, invisibles, entre usages, mésusages de SPA, travail réel, sujets et organisation. Il permet de faire apparaître des stratégies individuelles ou collectives de consommation souvent arbitrées en faveur des performances professionnelles et de l'équilibre physique et psychique, selon quatre dynamiques collectives : 1) le dopage ; 2) les stratégies individuelles et collectives de défense ; 3) les usages sociaux et culturels ; 4) les usages avec dépendance/codépendance. La mise en évidence des dynamiques collectives des consommations de SPA systématise une clinique du travail en prévention des mésusages de SPA. La clef de voûte de cette approche est la pluridisciplinarité : l'articulation des sciences médicales et des sciences du travail, dans la consultation médico-professionnelle et dans les entreprises, pour évaluer et réguler les déterminants professionnels des consommations de SPA.

Mots-clés

Substance psychoactive – Travail – Usage – Mésusage – Interaction.

Cet article est issu de l'Argumentaire des Recommandations pour la pratique clinique "Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel".

Société française d'alcoologie, en partenariat avec la Société française de médecine du travail.

Summary

Misuse of psychoactive drugs at workplace. III – Interactions between work and consumption behaviours. Workplace determinants likely to induce or reinforce psychoactive drugs consumption

This paper suggests to physicians, stakeholders in prevention of occupational risks, and anyone interested in the prevention of misuse of psychoactive substances (PAS), to quit the angle of PAS private consumption to get interested in its professional sense. This paradigm shift permits to observe interactions, often hidden, taboo, and invisible, between use, misuse of PAS, work, and organizational issues. It brings up individual or collective consumption strategies often mediated towards job performance and physical and mental balance according to four collective dynamics: 1) doping; 2) individual and collective defense strategies; 3) social and cultural practices; 4) use with dependency/co-dependency. Highlighting the collective dynamics of consumption allows to systematize clinical work in preventing PAS misuse. The keystone of this approach is multidisciplinary: the articulation of medical sciences and work sciences, in medical professional consultations and in companies as well, to assess and regulate professional determinants of consumption of PAS.

Key words

Psychoactive substance – Workplace – Use – Misuse – Interaction.

Historiquement, la prévention des mésusages de substances psychoactives (SPA) dans les entreprises a consisté à lever le déni concernant les conduites addictives dans le monde du travail (1, 2). Aujourd'hui, l'enjeu est de lever le déni en concernant les multiples interrelations

entre travail / usages de SPA / méthodes de prévention (3-10). En partie due à un manque de connaissances, cette situation exprime surtout des conflits de représentations, de valeurs et de pouvoir (5-7, 11), et une réelle difficulté dans l'élucidation de réalités sociales et humaines complexes mobilisées par les usages de SPA (9). Cet article propose aux médecins du travail des outils d'analyse et d'action pour travailler dans le sens de cette élucidation, pour agir en prévention.

Le métier de médecin du travail s'articule sur deux cliniques complémentaires : la clinique médicale des travailleurs et la clinique du travail. Dans leurs modèles théoriques et leurs pratiques, ces deux cliniques mobilisent des approches scientifiques différentes :

- médicale et épidémiologique, centrée sur l'activité, l'individu et le collectif ;
- ergonomique, psychodynamique et psychosociale, centrée sur l'activité, le sujet, l'organisation et le collectif.

Conformément aux recherches en addictologie (12-14) et en santé au travail (15, 16) qui préconisent de sortir le soin et la prévention de la seule lecture médicale et toxicologique, les membres du groupe de travail ont choisi l'approche pluridisciplinaire de la clinique du travail (15, 16) comme cadre théorique. Cadre dont l'un des principes-clés porte sur la manière d'entendre le problème posé et donc sur la grille de lecture elle-même : pour comprendre les déterminants professionnels des conduites de consommation de SPA, il importe de rompre avec l'approche du travail comme espace social, comme "un aspect de l'environnement du sujet" (17), pour s'attacher aux activités, aux liens sociaux et à la dynamique organisationnelle comme matrice, à la fois source et ressource de toute décision et de toute action des sujets au travail (18).

Dans une perspective ergonomique, psychodynamique, psychologique et sociologique des consommations de SPA en lien avec le travail, quelles que soient la nature et l'ampleur des causes individuelles par ailleurs, le travail n'est pas autour, il est toujours dedans, dans les sujets et entre eux. Cet article propose de s'appuyer sur ces cadres théoriques pour penser les conduites de consommation, situations avec ou sans problème, et agir en prévention. Ces modèles disciplinaires configurent toutes les dimensions en jeu (métiers, usages, encadrants, opérateurs, employeurs, sujets, collectifs) dans une situation unique opératoire (celle du travail réel). Mises en œuvre dans le cadre d'une clinique du travail rigoureuse en collaboration avec tous les protagonistes de la situation, ces disciplines permettent de décrire les logiques et les déterminants

organisationnels, intrapsychiques, interpsychiques et sociaux en tension, et surtout de les transformer.

Cette mise en équation collective des consommations de SPA n'est ni une mise en accusation de l'organisation, ni une occultation des responsabilités individuelles, c'est une démarche clinique pour l'action. Mais elle n'est pas évidente. Sur le terrain, le médecin du travail est soumis aux représentations sociales dominantes qui enferment les usages de drogues dans la responsabilité, voire l'irresponsabilité, stricte des consommateurs (19, 20). Les demandes d'intervention (directeurs des ressources humaines, employeurs, pouvoirs publics) (9, 21) se focalisent sur l'évaluation et la gestion des individus au détriment de l'évaluation du travail réel et des situations-problèmes, tels qu'ils se construisent, en dehors des seules procédures prescrites. Dans une logique d'employabilité et de conformité aux normes (22, 23) plus que de santé et de régulation des exigences du travail, elles réduisent la prévention des risques au contrôle des comportements individuels jugés a priori à risque. Les travaux sur les consommations de SPA en milieu professionnel (2, 8, 9, 24-27) repèrent deux écueils majeurs pour la pratique des médecins du travail, produits par ces modèles gestionnaires dominants :

- alors qu'elle devrait permettre de repérer les processus et les conditions professionnelles des usages, la prévention des mésusages de SPA en milieu professionnel est ici réduite à un repérage des produits et des consommateurs. Une logique qui ampute l'analyse des usages de leurs interrelations avec le travail et de leurs fonctions régulatrices sur la santé et la sécurité (7, 28-33). Elle active d'autres risques liés aux exigences du travail, peut-être supérieurs ;
- le travail est réduit à une place de contexte, d'espace social. Dans cette logique, la décision d'aptitude et les préconisations au poste risquent d'être coupées du travail et discriminatoires (sur des individus, sur des produits plus que sur des risques) si les médecins du travail déconnectent leur clinique des usages de SPA d'une clinique du travail.

Face à ces écueils, il est conseillé aux médecins du travail de garder le cap de la santé au travail et d'agir comme des cliniciens du travail, des scientifiques en quête de déterminants collectifs objectifs qui interagissent avec des comportements individuels de consommation observés. S'ils ne maîtrisent pas ces savoirs spécifiques (théories, modèles et méthodes en ergonomie, psychologie du travail et sociologie du travail), les recommandations préconisent une pratique médicale partagée (pluridisciplinarité) plutôt qu'une recherche de polyvalence de pratiques des médecins. Il s'agit de collaborer avec d'autres professionnels

de santé au travail, capables d'analyser et de transformer les problèmes sociaux et suffisamment au fait des usages de substances psychoactives pour ne pas perdre leurs moyens et leur pouvoir d'agir en raison du sujet et des conflits de représentations et de pouvoir avec les salariés à suivre médico-professionnellement et les employeurs à conseiller.

L'intérêt de cette collaboration pluridisciplinaire se trouve dans la complémentarité des savoirs et savoir-faire, en particulier dans les discussions professionnelles et les frottements disciplinaires (15, 16) que permet le croisement de l'approche médicale des médecins du travail et des travaux d'observation et d'analyse des "intervenants en prévention des risques professionnels" (IPRP).

Une bonne représentation des fonctions des usages de SPA pharmacologiques et la prise en compte des enjeux du recours à ces produits sont déterminants pour tenir une posture d'analyse compréhensive des usages en prévention.

Dans un souci d'aide à la décision et à l'action, ces préconisations relatives aux déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou de renforcer des consommations de SPA se construiront donc en deux parties : A) usages d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes : les effets et les fonctions ; B) les déterminants professionnels des usages de SPA.

A – Usages d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes : des effets et des fonctions

A.1. Les effets des consommations de SPA

Dans son rapport "Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage et conduites à tenir" (12), Reynaud répertorie cinq effets physiologiques de base liés aux SPA : l'euphorie ; l'excitation ; la sédation ; l'ivresse ; les hallucinations. Corrélée à ces effets physiologiques ressentis, toute consommation de SPA est initiée et entretenue par les croyances et attentes que les sujets ont vis-à-vis de chacune de ces substances (34). Toujours complexe, leur impact neurochimique est variable. Du point de vue de l'expérience individuelle, les usages de produits psychoactifs sont souvent davantage liés à la notion de bien-être qu'à celle de risque (13).

Qu'elles soient stimulantes, sédatives, euphorisantes, hallucinogènes ou l'une et l'autre, les individus consomment chacune de ces molécules psychotropes pour les bénéfices qu'elles leur apportent (35). La compréhension de ces expériences personnelles, de leur initiation à leur répétition, oppose deux perspectives : celle qui valorise les déterminants internes (liés à l'individu) et celle qui s'intéresse aux déterminants externes (liés au produit).

À ces deux modèles s'ajoute un troisième, inspiré des approches interactionnistes et transactionnelles développées en psychologie de la santé (36). Quelle que soit la nature du produit, les effets ressentis et attendus sont toujours à l'origine des consommations et des fonctions individuelles et sociales évolutives qu'elles prennent (37-39).

La seule référence aux propriétés neurophysiologiques ou au pouvoir neurochimique ne suffit pas pour répondre aux déterminants des usages (stimulant ou réducteur de tensions, par exemple) et à leur dangerosité. La seule explication par les caractéristiques internes du consommateur ne le permet pas davantage. Plus que les effets pharmacologiques, ce sont les besoins (en interactions avec l'environnement), les attentes et les croyances en ces effets – les *expectations* (34) – qui guident le comportement.

A.2. Les fonctions des consommations de SPA (12)

Pour caractériser un usage, on tient moins compte du produit que de la motivation à le consommer et de son contexte d'utilisation. Dans toutes les sociétés, les femmes et les hommes tirent parti des effets de base des SPA, souvent des produits culturels, mais qu'ils consomment toujours pour :

- favoriser la communication : utilisation des effets anxiolytiques, désinhibants, antidépresseurs ;
- soulager, oublier les souffrances (physiques ou psychiques) : utilisation des effets antalgiques, sédatifs, anesthésiants, anxiolytique ;
- soutenir leur énergie : utilisation des effets antidépresseurs, excitants, euphorisants ;
- stimuler leurs perceptions : utilisation des effets excitants, hallucinatoires, euphorisants ;
- s'adapter à un environnement : utilisation des effets anxiolytiques, excitants, désinhibants, antalgiques ;
- se détendre : utilisation des effets anxiolytiques, sédatifs, euphorisants ;
- éviter les syndromes de manque (en cas de dépendance physique).

Nombre d'entre eux traduisant l'effort d'un sujet pour faire face à des tensions psychologiques, physiques ou sociales (28-34), tous les usages de SPA ne sont pas culturels, festifs ou conviviaux (38). Les déterminants et le niveau de dangerosité des usages à repérer par le médecin du travail (développés dans les articles suivants) ne relèvent pas seulement des caractéristiques du sujet (bilan clinique, dispositions, traits, gènes, histoire, solitude...) ou des produits consommés. Ils nécessitent d'analyser leurs fonctions et leurs facteurs environnementaux professionnels (effets attendus, exigences du travail, offre et accessibilité des produits, habitudes sociales, stress, climat relationnel, reconnaissance...) (5-7, 40-42). Les usages de SPA et leur dangerosité dépendent pour une part essentielle de la nature du contenu des transactions opérées entre le sujet et son environnement.

B – Les déterminants professionnels des usages de SPA

Dans les usages de SPA, la notion de risque, et même de dommage, est toujours à associer à un ressenti positif : une quête de performance ou de régulation, voire de fiabilité professionnelle. Ces usages sont parfois des décisions pesées et responsables de la part des professionnels. Plus que les risques, ce sont donc bien les usages, leurs conditions, les arbitrages des sujets, les effets attendus (internes et externes), les bénéfices perçus et d'éventuelles fonctions (internes et externes) qui sont à rechercher dans une démarche de prévention. Les approches ergonomique et psychosociale sont aujourd'hui les modèles les plus opérants pour décrire les usages et leurs liens avec le travail. Outre permettre de repérer les enjeux, l'ergonomie et la psychologie sociale sont aussi des méthodes pour l'action, pour transformer des déterminants professionnels dans le sens de la santé et de la prévention globale des risques professionnels.

B.1. Définition

Les nouvelles maladies mentales du travail (43) poussent le schéma d'analyse déterministe "cause-effet" à se complexifier. Violence, *burn-out*, stress, harcèlement, conduites dopantes, déni et stratégies collectives de défense, ces dommages psychosociaux mettent le modèle strictement causaliste dans une impasse. Modéliser les déterminants de ces troubles de manière opérante pour les acteurs de l'entreprise nécessite de recourir aux approches multifactorielles, diachroniques et non plus strictement causalistes

(33, 44, 45). Le terme "professionnel" est polysémique. Dans les entreprises, et c'est toute la difficulté, sa définition dominante se confond avec les tâches prescrites ou les normes sociales et réglementaires. Elle évacue vers l'espace privé ou de la seule responsabilité individuelle les subjectivités, les tensions, les conflits, les dilemmes, les affects, les pratiques addictives, toutes les activités humaines qui dépassent les actions attendues, les procédures, les statuts, la raison et la loi (43, 44). L'activité réelle et tous les processus diachroniques du travail disparaissent. En focalisant l'évaluation des usages à risque sur les produits et les seuls dommages sur le travail (9) – et non pas sur la nature du contenu des transactions et des arbitrages opérés entre le sujet et son environnement et sur toutes les consommations, y compris hors travail –, l'observateur se trompe de cibles et engage la prévention du côté du sujet et non plus de celui des activités, seule dimension sous la responsabilité des employeurs. La gestion des ressources humaines est la gestion des activités des sujets et de leurs effets, pas celle des sujets eux-mêmes (23). Ce changement de paradigme "conduit à réévaluer l'hypothèse pathogénique inspirée du modèle toxicologique initial (danger, exposition/risque, dommages) au profit d'un modèle qui regarde les travailleurs comme sujets de leurs activités et acteurs de leurs conditions de travail, au sens où l'entend la psychologie du travail, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs à la fois externes et internes déterminants la conduite du travailleur" (44). La notion de déterminants est ici prise dans ce sens, et ce changement de paradigme est l'un des points-clés. Il déplace l'action des médecins du travail de la prévention des risques professionnels liés aux usages de SPA vers la prévention des usages professionnels de SPA, c'est-à-dire la prévention des conduites de consommation simple, à risque et nocives, construites sous l'influence des déterminants professionnels.

B.2. Proposition de typologie des déterminants liés au milieu professionnel

Les relations entre travail et usages de SPA sont étudiées de façon très parcellaire (4). Faute de documentation suffisante, aucune typologie faisant référence n'a encore été établie à ce jour. Ce rapport construit une proposition de typologie à partir des travaux les plus éclairants à ce jour, ceux de la psychopathologie du travail, aujourd'hui devenue la psychodynamique du travail, l'une des rares disciplines à s'être intéressée à ces relations depuis son origine (46). S'étant d'abord penchée sur la question de l'alcoolisme au travail, l'analyse en psychopathologie des accidents du travail montre que si la perte de vigilance provoquée

par l'alcool est reconnue comme une cause d'accidents, elle n'explique pas les accidents. La consommation d'alcool doit non seulement être saisie par ses effets (réels ou supposés), mais aussi par ses déterminants professionnels, notamment ses rapports avec la fatigue, la peur, les états de surmenage, d'épuisement, ou ce qu'il est aujourd'hui convenu d'appeler "la souffrance au travail". Des travaux montrent ainsi qu'une explication se substitue à l'autre dans beaucoup d'accidents du travail, en particulier dans les métiers du bâtiment (47). Les travaux en clinique du travail (15, 16, 18, 44, 48) et en psychodynamique du travail (7, 28-33, 40, 41, 49) prolongent cette perspective. Abandonnant la démarche médicale qui stipule des relations de causalité entre conditions de travail et santé, l'analyse restaure à la fois la subjectivité et l'activité des opérateurs pour identifier les rationalités à l'œuvre dans des conduites apparemment paradoxales ou "déviantes" (les usages de psychostimulants licites ou illicites, comme la cocaïne, décrits dans les milieux du soin ou de l'urgence et de la restauration, sont des exemples actuels très représentatifs).

Croisant les résultats de ces travaux avec ceux d'études épidémiologiques (50, 51) et anthropologiques (38), cette proposition de typologie (annexe 1), issue de l'étude PREVDROG-Pro en cours (MILDT/CRTD), permet d'envisager six classes de déterminants (facteurs internes ou externes, rarement exclusifs) susceptibles d'initier, de favoriser ou de renforcer des usages de produits psychoactifs. Une typologie précieuse pour cartographier des usages de SPA concernés par le travail et le sens du travail des usagers, sous la responsabilité de santé et de sécurité de l'employeur. Nouvelle grille de lecture, cette typologie peut permettre d'observer et de comprendre les multiples fonctions des produits face aux épreuves professionnelles et l'impact de l'évolution des organisations et des modalités managériales contemporaines du travail (7).

B.3. Proposition de typologie des usages professionnels de SPA

Repérer les déterminants professionnels des usages de SPA est une étape importante pour la santé au travail et la prévention des risques professionnels. S'appuyer sur les mêmes travaux de psychodynamique du travail, d'épidémiologie et d'anthropologie permet de proposer une typologie complémentaire pour aider l'action en prévention des médecins du travail et leur analyse compréhensive. Objectif : catégoriser les usages ou mésusages de SPA construits sous l'influence des déterminants professionnels. Les usages professionnels peuvent être classés en quatre catégories.

Annexe 1. – Typologie des facteurs professionnels déterminant les conduites de consommation de substances psychoactives, d'après Lutz (52).

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

B.3.1. Les usages culturels

Ce sont principalement les usages d'alcool de type gastronomique, festif et convivial ; ouvertement liés à la vie sociale et culturelle de l'entreprise (pots, déjeuners d'affaire, fête de Noël, vie des salariés...) ou plus clandestins (casse-croûte au poste, apéritifs et pots d'équipe...). Socialement admis, les risques de ces pratiques sont occultés au quotidien, compte tenu des bénéfices qu'elles apportent sur les conditions sociales du travail : elles détendent et rythment des temps relationnels indispensables aux liaisons sociales et parfois même aux échanges professionnels majeurs. En fonction des milieux, le cannabis et/ou la cocaïne peuvent avoir cette place culturelle (5, 6, 40, 41, 53). Dans les collectifs, la perception de risque n'émerge que quand les effets indésirables sont trop visibles. Freinées par les bénéfices à préserver, les alertes ne portent généralement que

sur ces abus et sur leurs auteurs. Exemple : bizutage professionnel incluant l'alcool pour les jeunes apprentis CFA. Cette catégorie de mésusage est souvent très étroitement liée avec une ou plusieurs des autres catégories.

B.3.2. Les conduites dopantes

D'après l'INPES et la MILDT (54, 55), *“Il est question de conduites dopantes lorsqu'une personne consomme une substance chimique ou un médicament pour affronter un obstacle, réel ou ressenti, ou/et pour améliorer ses performances, qu'elles soient physiques, intellectuelles, artistiques... Il n'existe pas une, mais une multitude de conduites dopantes : rien de comparable en effet entre l'étudiant qui consomme des compléments de vitamines de façon très ponctuelle en période d'examen et celui qui consomme régulièrement ou à forte dose des anabolisants pour développer sa musculation ou améliorer ses performances physiques, ou des glucocorticostéroïdes pour repousser les limites de la fatigue”*.

Les conduites dopantes traduisent l'effort d'un sujet pour faire face à des tensions psychologiques ou physiques très coûteuses et que le travail comme ressource ne contrebalance plus. *“Les salariés concernés ne sont pas passifs dans cette situation. Ils ne se laissent pas “intoxiquer” sans réagir. Ils ne sont pas seulement exposés aux dangers qu'on leur fait courir, ils s'exposent aussi aux risques qu'ils prennent pour se mesurer à ces dangers”* (43). Selon les métiers, les risques de ces pratiques sont souvent occultés (admis) au quotidien, compte tenu des bénéfices qu'elles apportent pour conduire son travail. Un professionnel capable d'encaisser la pression des heures, les cadences, les exigences cognitives, les exigences commerciales, la solitude face aux dilemmes du travail, la polyvalence... sera un “bon professionnel” à ses yeux et à ceux de son entourage s'il tient sans plainte, sans accident et sans arrêt. *“Comment tenez-vous ?”* est une question qui se pose rarement en prévention des risques et en santé au travail. Si elle est centrale, comme pour toute question de santé, la responsabilité individuelle ne réduit pas pour autant la conduite dopante à une seule condition d'ordre personnel. Elle interroge les sollicitations, les dangers perçus, mais aussi l'offre pharmacologique et la culture contemporaine des usages de psychotropes dits de “confort” (35).

Exemples : usages d'antalgiques morphiniques face aux troubles musculo-squelettiques, usages de cocaïne par des anesthésistes pour tenir sur de longue période de garde, usage d'anxiolytique par des infirmières et des médecins, usage d'alcool par des pompiers en attendant des interventions, usage de cocaïne dans les salles de trading ou sur des chantiers BTP.

B.3.3. Les stratégies individuelles et collectives de défense

En situation nominale, la réaction protectrice est la peur face à la survenue d'un danger physique ou psychique. Une émotion qui constitue à la fois une ressource et une épreuve psychique pour l'individu. Dans des contextes générateurs d'anxiété dans la durée, l'individu est poussé à agir pour modifier son état émotionnel. Pour y parvenir, il a le choix entre deux attitudes (34) :

- centrer son action sur la situation anxiogène afin de réduire ou de modifier la source externe de l'état de tension : le risque perçu à gérer ;
- opter pour un comportement centré sur ses réactions : la perception du risque n'est pas supprimée, mais laisse place à une stratégie psychique défensive permettant momentanément de désactiver la peur, le stress.

Si aucune action sur le risque n'apparaît possible en situation professionnelle, le sentiment de peur constitue une épreuve qui paralyse le sujet et peut devenir un danger pour sa santé et sa sécurité. Un stade où la contrainte à desserrer est alors la peur elle-même. *“Certaines conduites de prise de risque, encore dénommées conduites dangereuses ou conduites paradoxales, sont efficaces vis-à-vis de la conservation de la santé mentale, dans la mesure où elles ont une vocation défensive : lutter contre la perception du risque qui, si elle n'était pas atténuée par cette défense, rendrait le travail impossible, tourner le risque en dérision ou en défi, en identité, pour s'en affranchir”* (56). La dérision collective, le refoulement, les clivages psychiques, seul ou en équipe, permettent de repousser la peur, tout comme les effets anxiolytiques, sédatifs, désinhibants... des SPA. Individuellement et socialement admis, les risques de ces usages sont occultés au quotidien, compte tenu des bénéfices qu'ils apportent pour le sentiment de confort et de sécurité et la réalisation du travail.

Exemple : *“Une modification des conditions de travail dans les entreprises a permis de diminuer la charge physique au détriment d'une augmentation importante de la charge mentale et du stress. L'alcool est passé d'une solution d'hydratation et d'apport d'énergie à une stratégie antistress et anxiolytique. Elle répond à une stratégie individuelle de défense et à une stratégie collective de défense resserrant les liens du groupe”* (1).

B.3.4. La dépendance

Les concepts d'usage et de mésusage, tels que définis par la Société française d'alcoologie (SFA), regroupe usages simples, usages à risque et usages nocifs, hors dépendance. Ce dernier définit un diagnostic médico-psycho-

social strictement pathologique (57). Observée dans une perspective de santé au travail et de prévention des risques professionnels, les usages avec dépendance apparaissent comme une catégorie d'usage qui mobilise des dynamiques individuelles et collectives (organisationnelle, psychosociale, culturelle, managériale, etc.) ambivalentes quant à leurs effets sur la santé et à la fiabilité des activités professionnelles. Dans une approche clinique du travail, l'interaction dépendance-travail n'est pas univoque du côté de la maladie, des problèmes ou des dommages. Selon le Bureau international du travail (BIT) cité par Negura et al. (7), les buveurs excessifs seraient impliqués dans moins de problèmes au travail que les buveurs modérés. Ce constat est explicable à partir de plusieurs dimensions. Soutenus dans le cadre d'un suivi de substitution et/ou d'un accompagnement médical, psychologique, socioéducatif spécialisé et en médecine de prévention, les consommateurs dépendants peuvent maîtriser les risques et les dommages de leurs consommations (57). Pour la toxicologie, l'explication pourrait être que les buveurs excessifs, et les buveurs dépendants, développent une plus grande tolérance à l'alcoolisation.

Dans une perspective de clinique du travail, à partir des observations et des entretiens sur le terrain, une autre explication est que leur entourage professionnel masque et pallie les effets de leurs excès, amortissant les incidents, évitant les accidents. Cette dimension sociale des usages excessifs est illustrée dans plusieurs études, celle de Merle et Le Beau (58) à La Poste, celle de Castelain (59) sur les débardeurs du Havre et celle de Karam (60) sur une plateforme pétrolière, notamment. Dans le cas des débardeurs du Havre, comme dans celui de La Poste, les approches par les activités quotidiennes montrent que les pratiques d'alcoolisation et d'alcoolisme doivent être considérées, en relation les unes des autres, dans les pratiques de sociabilité des professionnels, les pratiques d'entraide au travail et les pratiques de contrôle social. Seule l'analyse de l'interdépendance entre le quotidien du travail et les pratiques d'alcoolisation permet de comprendre comment lorsqu'un débardeur ou un agent n'est plus apte à travailler, son état est masqué, ses tâches sont prises en charge par ses collègues de travail, avec une hiérarchie directe facilitatrice. Les raisons en sont multiples. Comme l'observe Demetrio (61), *“La consommation excessive donne bonne conscience aux autres, “c'est lui qui boit trop”, qui ne se posent plus de questions sur leur propre consommation et deviennent complices de la situation” ; “Ainsi se met en place un mode de fonctionnement homéostatique qui évite tout conflit, et tout étiquetage d'alcoolisme qui renverrait de facto les autres du groupe à l'abstinence”*. Les travaux de Maranda et Morissette (4) complè-

tent cette analyse : *“La banalisation des usages de SPA est, pour part, [...] l'addition de pratiques individuelles, mais elle est surtout celui d'une bonne acceptabilité sociale construite sur des pratiques collectives et des cultures de groupes professionnels”*.

Mais ce camouflage n'est pas toujours qu'une entraide (4). L'étude faite par Karam (60) sur une plateforme pétrolière montre, qu'en situation de compétition au sein des équipes, la concurrence va jusqu'aux conduites déloyales entre collègues pour ne pas risquer de perdre le pouvoir dont ils disposent et leur sécurité d'emploi. Les employés acceptent alors l'alcoolisme d'un de leurs collègues pour profiter de sa fragilisation associée. *“Suivant les métiers, les cultures de métiers, certaines consommations vont être perçues comme normales, voire bénéfiques et favorables ou au contraire comme stigmatisantes, honteuses et très négatives”* (62). Cette adaptation face à la peur et/ou face au tabou, ce déni de responsabilité, est une stratégie collective de défense. Faute de ne pouvoir dire et de ne pouvoir agir, on préfère ne plus voir, tourner le sujet en dérision, s'en moquer (dans tous les sens du terme). Jusqu'à la nocivité, pour le travail et les sujets. Tous ces travaux montrent que, quelles qu'en soient leurs origines, les usages avec dépendance se construisent aussi par des transactions opérées entre le sujet et son environnement professionnel, son travail, ses collègues, sa hiérarchie, son médecin du travail. Ils ne se caractérisent pas plus par le seul consommateur, et ses produits, que dans les trois catégories précédentes d'usages professionnels.

C – Le repérage de ces quatre catégories d'usages professionnels

Quelle que soit l'une de ces quatre catégories d'usages professionnels de SPA, la perception de risque et des dimensions professionnelles n'émerge, dans les collectifs, que face à des effets indésirables sur le travail prescrit trop visibles. Freinées par les fonctions individuelles et sociales des usages et les bénéfiques à préserver, les alertes ne se déclenchent que sur ces abus et sur leurs auteurs.

Plus ou moins graves, directs et immédiats ou complexes et diachroniques, les effets indésirables ne sont pas spécifiques d'un type de mésusage :

- effets indésirables directs et immédiats pour le sujet et son entourage : accident, incident, conflit, perte de vigilance, conduite à risque sous l'effet d'une SPA, contrôle positif d'un usage illicite de SPA ;
- effets indésirables complexes et diachroniques concernant le sujet : le recours systématique à un produit

psychoactif pour ses effets ressentis entraîne une accoutumance et l'obligation d'augmenter les doses. Le sujet peut développer des effets secondaires physiques ou psychiques. Faute d'avoir été ciblées par les alertes, les tensions délétères du travail, à l'origine de ce recours aux effets des SPA, sont par ailleurs maintenues et aggravées (aboutissant à des situations ingérables) ;

- effets indésirables complexes et diachroniques concernant le collectif : les équilibres sociaux, incluant les usages de SPA dans les identités collectives, les stratégies de défense ou les conduites de performance peuvent aboutir à l'exclusion brutale des non-consommateurs et des consommateurs excessifs. Objectif : protéger la norme sociale de ces usages comme valeur de cohésion. Ainsi exclues, ces deux catégories de "déviant" peuvent être coupées du collectif et de sa fonction de ressource, indispensable à leur santé mentale.

En relation directe avec les effets ressentis et attendus et avec les fonctions individuelles et sociales des usages, ces deux typologies sont des outils au service du médecin du travail pour aiguiller, par principe, ses investigations de repérage et d'action sur les mésusages professionnels de SPA. Seule une démarche rigoureuse, couplant résistance aux évidences et évaluation systématique des conditions matérielles et sociales des usages, permettra d'en repérer les conditions et d'agir dans le sens d'une prévention globale. Toute la question de l'évaluation devra porter sur le couple "consommateur / entourage", les conditions de la situation-danger ponctuelle ou chronique, et non pas sur les seuls individus repérés.

Avant de s'interroger sur la manière de parler des SPA, de repérer et d'agir, le médecin du travail devra s'interroger sur ce qu'il fait déjà, sur sa posture et les raisons de celle-ci : quelles représentations a-t-il, a priori, des usages et des usagers de SPA ? Est-il lui-même usager ? Quelles expériences a-t-il sur ces questions en tant que médecin du travail ? Comment les a-t-il conduites ? Avec quel cadre théorique, clinique ? Avec quelles actions, quelles décisions (en relation avec la personne concernée et en relation avec son environnement de travail) ? Avec quels interlocuteurs (interne au service de santé au travail et interne à l'entreprise) ? Avec quels effets sur l'utilisateur, sur l'environnement professionnel ? Pourquoi ?

Les médecins du travail doivent se donner le temps de repérer la nature de leur positionnement sur le sujet afin de pouvoir y articuler plus facilement les pratiques recommandées dans ce document ou de prendre le temps de se former plus avant.

C.1. Dépasser les écueils de la consultation médicale individuelle

C.1.1. Conduire l'entretien comme un contrôle

Les injonctions sociales se situent du côté exclusif du "contrôle de conformité" : repérer, pour les supprimer, les consommations de SPA susceptibles de générer des troubles au travail (9, 22). Ni juges ni gendarmes, les médecins doivent résister à cette seule tendance, car plus ils se positionnent du côté du contrôle social, plus ils s'éloignent de la santé au travail. Ils aggravent le non-dit, le déni, quand la santé et la sécurité sont dialogues (63). La qualité de la consultation doit autoriser la transparence, soutenir les sujets/professionnels dans l'exposition de leurs vécus. Dans ce dialogue, les travailleurs doivent sentir que si le médecin a ses propres obligations (mettre en garde, prendre parfois des décisions contraignantes / inaptitude), ils ne seront pour autant ni jugés ni stigmatisés. Pour éviter tout excès du contrôle social au regard d'aspects éthiques, "il faut choisir la procédure adéquate mais aussi le motif adéquat" (64).

C.1.2. Maintenir l'aptitude pour ne pas "condamner"

Certaines personnes, en grande difficulté avec leurs consommations de SPA (alcool, drogues, médicaments), perdent une partie de leurs capacités professionnelles. Face à ces situations, les médecins du travail doivent arbitrer entre deux logiques contradictoires : les risques générés par le maintien au poste du professionnel et les risques pour le sujet à ne plus travailler (65, 66). Les champs du sanitaire et du social et les indicateurs de santé mettent l'accent sur les effets bénéfiques du maintien dans l'emploi pour ceux qui, vulnérables, risquent de s'en trouver exclus. On rencontre toujours cette promotion du travail (entendu ici comme emploi) comme restauration de l'estime de soi, maintien dans "la vie normale". Cette perspective témoigne des confusions chroniques entre emploi et travail et donc de l'occultation de son contenant, les activités humaines (44). L'emploi, c'est la santé, mais pas dans n'importe quelles conditions de travail. La restauration de l'estime de soi, l'effet contenant et ressourçant du travail sont du côté du contenu du travail, des relations humaines dans les activités partagées. S'il est une coquille vidée de son sens et de ses liaisons sociales, réduit à sa seule fonction d'emploi rémunérateur, le travail devient un abîme psychique et social de plus.

La meilleure issue méthodologique et éthique face à ce dilemme de l'aptitude (aptitude qui entretient les risques ou inaptitude qui condamne), vécu quotidiennement par

les médecins, est de réintégrer la question des liaisons sociales, d'évaluer les conditions professionnelles du mésusage de SPA dans une approche de clinique du travail et de l'activité. Étant à l'intérieur du système dépendance/co-dépendance, le médecin du travail peut être facteur de régulation ou facteur de répétition.

C.1.3. Évaluer l'aptitude dans une approche uniquement individuelle

L'aptitude pose la question du maintien au poste, pas uniquement du point de vue des capacités de la personne. Elle nécessite d'évaluer la compatibilité des exigences de la tâche et des conditions du travail de la personne avec les ressources individuelles et collectives des sujets qui partagent ces situations de travail. Une évaluation qui ne peut se faire que dans une démarche d'analyse du travail au sein de l'équipe.

C.2. La pluridisciplinarité comme ressource pour la clinique du travail

L'ensemble des recommandations présentées ici ne peut être dissocié des moyens de leur faisabilité : expertise et formation minimale des médecins du travail en addictologie, temps nécessaire à la mise en œuvre de ces pratiques. Deux points sur lesquels la majorité des médecins du travail interrogés dans l'enquête nationale "Addictions et santé au travail : repérage des pratiques des médecins du travail" (67) déclare ne pas avoir les moyens adaptés pour agir. Il importe de relever ici cette injonction paradoxale : la transformation d'exigences techniques et relationnelles dans l'approche des mésusages professionnels de SPA et le manque de moyens déclarés. Notre responsabilité est d'alerter face à cet écueil et face à la réponse défensive classique – "garantir un état de vigilance des salariés et des comportements compatibles avec leur sécurité et celle de leur poste de travail" (9) – aux recommandations de distanciation et de clinique du travail décrites ici.

Les stratégies défensives ne sont pas les seules issues dans le contexte actuel. Les médecins du travail ne sont pas sans ressource pour transformer leur situation. La pluridisciplinarité et le collectif de travail qu'elle implique sont un atout pour leurs propres conditions de travail et pour l'action sur les mésusages professionnels de SPA. Dans l'intérêt des services rendus et dans celui des professionnels du service de santé au travail, il importe de construire une articulation opérationnelle des acteurs (médecin, assistante sociale, infirmier(e), IPRP) et d'utiliser la complémentarité

des métiers. Aux côtés de médecins du travail, les IPRP, psychologues du travail et ergonomes ont les compétences pour développer des stratégies d'intervention en clinique du travail inter- ou intra-entreprises. Face à la complexité des nouvelles maladies mentales du travail, une équipe pluridisciplinaire de santé au travail construite en expertise collective est aujourd'hui le meilleur moyen de déployer une véritable démarche de prévention primaire et secondaire sur les mésusages professionnels de SPA et de préserver, pour le médecin du travail, le sens de son travail et son pouvoir d'agir (sa pratique vivante, sa déontologie et son propre équilibre psychique).

L'instruction de cette question démontre la nécessité de résister au rapport de force favorable à la seule imputation individuelle des risques. Elle engage à s'appuyer davantage sur les connaissances pluridisciplinaires – dont la clinique du travail – qui éclairent les liens entre usages de SPA et contexte professionnel et constituent aussi des outils pour l'action.

Recommandations

Les recommandations pour améliorer la pratique clinique s'articulent donc sur trois niveaux d'action complémentaires :

- engager les médecins à évaluer leur pratique professionnelle sur les usages de SPA. Il s'agit de se donner le temps de repérer la nature de leur positionnement sur le sujet afin de pouvoir y articuler plus facilement les pratiques recommandées dans ce document ou, si besoin, de prendre le temps de se former plus avant ;

R.1. Il est recommandé d'engager les médecins du travail à évaluer leurs connaissances et leur pratique professionnelle sur les usages de SPA et de se former plus avant si besoin (accord professionnel).

- permettre aux médecins du travail, grâce à la mise en œuvre de cette démarche, de changer de paradigme, d'inclure non seulement dans leur analyse le repérage des usages et la prévention des conséquences des usages de SPA sur le travail, mais aussi la prévention des facteurs professionnels des usages ;

R.2. Il est recommandé aux médecins du travail d'inclure dans leur analyse non seulement le repérage des usages de SPA et de leurs conséquences sur le travail, mais aussi de prévenir les facteurs professionnels susceptibles d'initier, favoriser ou renforcer ces conduites de consommation (accord professionnel).

- proposer aux médecins un cadre théorique et une démarche pour une clinique du travail et des usages professionnels de SPA.

R.3. Il est recommandé aux médecins du travail d'agir comme des cliniciens du travail, des scientifiques en quête de déterminants collectifs objectifs qui interagissent avec les comportements individuels de consommation observés. Face à la complexité des nouvelles maladies mentales du travail, l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail construite en expertise collective est aujourd'hui un bon moyen pour déployer une véritable démarche de prévention primaire et secondaire sur les mésusages professionnels de SPA (accord professionnel).

Précisions. – Cet article s'appuie sur les premiers résultats de l'étude PREVDROG-Pro, conduite par le Centre de recherche sur le travail et le développement (CRTD) du CNAM, financée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT).

G. Lutz, P. Cleren
Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel.
III – Interactions conduites de consommation / travail.
Déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou de renforcer les consommations de SPA
Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (3) : 261-271

Références bibliographiques

1 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances. Expertise. Paris : Inserm ; 2003.
2 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, Direction Générale du Travail. Conduites addictives et milieu professionnel. Rapport au Premier ministre. Paris : MILDT et DGT ; 2006.

3 - Maranda MF, Morissette P. Représentations de la surconsommation de substances psychoactives : logiques d'action d'un réseau d'entraide en milieu de travail. *Nouvelles Pratiques Sociales*. 2002 ; 5 (2) : 153-68.
4 - Maranda MF, Morissette P. Problématisation de l'alcool et des drogues en milieu de travail. In : Harrison D, Legendrec C, sous la direction. Sciences sociales et santé/sécurité du travail : contribution scientifique et expérience de l'innovation. Montréal : Presse de l'université de Montréal ; 2002. p. 79-103.
5 - Maranda MF, Negura L, de Montigny MJ. L'intégration en emploi des toxicomanes : représentations sociales de cadres responsables de l'embauche du personnel. *Déviance et Société*. 2003 ; 27 (3) : 269-84.
6 - Maranda MF. Conduites dopantes : récits de vie de jeunes travailleurs devenus toxicomanes (p. 122-32). L'individu hypermoderne ; colloque de l'Association internationale de sociologie de langue française, Réseau sociologie clinique ; 8-11 septembre 2003 ; Paris.
7 - Negura L, Maranda MF, Genest C. La consommation de substances psychoactives en lien avec le travail. L'impératif d'adapter les services aux causes réelles. In : Landry M, Brochu S, Patenaude C, sous la direction. L'intégration des services en toxicomanie. Québec : Presses de l'Université Laval ; 2011. p. 199-225.
8 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Paris : Documentation Française ; 2008.
9 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Verbatim. Assises nationales Drogues illicites et risques professionnels ; 25 juin 2010 ; Paris.
10 - Groupe Pompidou. Conférence sur "Alcool, drogues et prévention en milieu professionnel : quels enjeux, quels défis pour les gouvernements, l'entreprise et les personnels ?". Déclaration finale, 14-15 mai 2012. Paris : Conseil de l'Europe ; 2012.
11 - Negura L, Maranda MF. L'intégration socioprofessionnelle des toxicomanes : étude des représentations sociales des gestionnaires d'entreprise. *Recherches Sociographiques*. 2004 ; XLV (1) : 129-45.
12 - Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage et conduites à tenir. Paris : La Documentation Française ; 2002.
13 - Taïeb O. Les histoires des toxicomanes. Récits et identités dans les addictions. Paris : PUF, Le fil rouge ; 2011.
14 - Toubiana EP. Addictologie clinique. Paris : PUF, Quadrige ; 2010.
15 - Clot Y, Lhuillier D. Travail et santé. Toulouse : Érès ; 2009.
16 - Clot Y, Lhuillier D. Agir en clinique du travail. Toulouse : Érès ; 2009.
17 - Enriquez E. L'idéal type de l'individu hypermoderne : l'individu pervers ? In : Aubert N. L'individu hypermoderne. Toulouse : Érès éditions ; 2004.
18 - Lhuillier D. Cliniques du travail. Toulouse : Érès ; 2006.
19 - Kokoreff M. La drogue est-elle un problème ? Usages, trafic et politiques publiques. Paris : Petite bibliothèque Payot ; 2010.
20 - Bergeron H. L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française. Paris : Puf, Sociologies ; 1999.
21 - Comité Consultatif National d'Éthique. Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection. Avis n° 114. Paris : CCNE ; 19 mai 2011.
22 - Omnès C, Pitti L. Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. La France au regard des pays voisins. Rennes : Presses Universitaires de Rennes ; 2009.
23 - Hubault F. Activité, travail, ressources humaines : parle-t-on de la même chose ? Toulouse : Octarès ; 2004.
24 - Institut National de Recherche et de Sécurité. Drogues et travail : un très mauvais ménage. Travail et Sécurité. 2007 ; (678).
25 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, Direction Générale du Travail. Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel. Paris : MILDT-DGT ; 2012.
26 - Crespin R. Quand l'instrument définit les problèmes. Le cas du dépistage des drogues aux États-Unis. In : Gilbert C, Henry E, sous la direction. Comment se construisent les problèmes de santé publique ? Paris : La Découverte ; 2009. p. 215-36.
27 - Crespin R. Instruments et registres de la transparence. Le cas du dépistage des drogues aux États-Unis. *Raison Publique*. 2011 ;

- juillet. <http://www.raison-publique.fr/article458.html>.
- 28 - Dejours C. Travail, usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris : Bayard éditions ; 1980 et 2000.
- 29 - Dejours C. Travail vivant. Tomes 1 et 2. Paris : Payot ; 2009.
- 30 - Dejours C. Conjurer la violence. Travail, violence et santé. Paris : Payot ; 2007.
- 31 - Dejours C. Observations cliniques en psychopathologie du travail. Paris : PUF, Souffrance et théorie ; 2010.
- 32 - Molinier P. Les enjeux psychiques du travail. Paris : Payot ; 2006.
- 33 - Dessors D. De l'ergonomie à la psychodynamique du travail. Méthodologie de l'action. Toulouse : Érès ; 2009.
- 34 - Pansu P, Louche C. Alcool, stress et attentes. La psychologie appliquée à l'analyse des problèmes sociaux. Paris : PUF ; 2004.
- 35 - Hautefeuille M. Dopage et vie quotidienne. Paris : Petite bibliothèque Payot ; 2009.
- 36 - Bruchon-Schweitzer M, Quintard B. Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement. Paris : Dunod ; 2001.
- 37 - Bergeron H. Soigner la toxicomanie : les dispositifs de soins entre idéologie et action. Paris : L'Harmattan ; 1996.
- 38 - Nahoum-Grappe V. Vertige de l'ivresse. Alcool et lien social. Paris : Descartes & Cie ; 2010.
- 39 - Hautefeuille M. Le dopage des cadres ou le dopage au quotidien. *L'Information psychiatrique*. 2008 ; 84 (9) : 827-34.
- 40 - Maranda MF, Rheume J, Genest C. Toxicomanie : histoire de vie, histoire de travail, une seule trame. In : Vézina M. Enquête de psychodynamique du travail au Québec : espace de réflexion, espace d'action. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; 2006. p. 169-72.
- 41 - Morissette P, Maranda MF, Lessard D. Young substance abusers and precarious employment: trajectories and anchoring dynamics. *Canadian Journal of Counselling/Revue canadienne de counseling*, 2006 ; 40 (3) : 75-191.
- 42 - Negura L, Maranda MF. Hiring substance abusers: attitudes of managers and organizational needs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2008 ; 15 (2) : 129-44.
- 43 - Clot Y. Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : La Découverte ; 2010.
- 44 - Lhuillier D, Litim M. Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*. 2009 ; 58 : 85-96.
- 45 - Fernandez G. Soigner le travail : itinéraires d'un médecin du travail. Toulouse : Érès, Clinique du travail ; 2009.
- 46 - Billard I. Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail. Paris : La Dispute, éditions sociales ; 2002 et 2011.
- 47 - Sivadon P, Veil C. Psychopathologie du travail industriel. L'hygiène mentale. 1965 ; (4) : 101-20.
- 48 - Lhuillier D. Clinique du travail : enjeux et pratiques. *Pratiques Psychologiques*. 2007 ; 2 : 205-19.
- 49 - Dejours C. Le facteur humain. Paris : Puf, Que sais-je ? ; 1994 et 2004.
- 50 - Ngoundo-Mbongue TB, Niezborala M, Sulem P, Briant-Vincens D, Bancarel Y, Jansou P, Chastan E, Montastruc JL, Lapeyre-Mestre M. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2005 ; 14 (2) : 81-9.
- 51 - Bœuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc JL. Profil de consommation de substances psychoactives dans le milieu du travail : résultats de l'enquête "Mode de Vie et Travail". *Thérapie*. 2011 ; 66 : 155-65.
- 52 - Lutz G. Les déterminants professionnels des usages de substances psychoactives. Projet PREVDROG-Pro. Communication au Congrès AIPTLF (Association internationale de psychologie du travail en langue française) ; juillet 2012 ; Lyon, France.
- 53 - Fontaine A. Double vie. Les drogues et le travail. Paris : Le seuil, Les empêchements de penser en rond ; 2006.
- 54 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Conduites dopantes. Paris : MILDT ; 2013 (<http://www.drogues.gouv.fr/autres-consommations/conduites-dopantes/>).
- 55 - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Performances, dopage et conduites dopantes. Repère pour votre pratique. État des connaissances. Saint-Denis La Plaine : INPES ; 2008.
- 56 - Clot Y. Les histoires de la psychologie du travail. La psychodynamique du travail. Toulouse : Octarès ; 2002 et 2010.
- 57 - Auriacombe M. Drogues illicites et risques professionnels. Actes du 2^{ème} forum préparatoire à la tenue d'États généraux (MILDT) ; 10 novembre 2009 ; Bordeaux, France.
- 58 - Merle P, Le Beau B. Alcoolisation et alcoolisme au travail. Ethnographie d'un centre de tri postal. *Revue Française de Sociologie*. 2004 ; 1 (45) : 3-36.
- 59 - Castelain JP. Manières de vivre, manières de boire. Paris : Éditions Imago ; 1989.
- 60 - Karam H. Le travailleur alcoolique et le système d'évaluation de la performance au travail : une dramaturgie. *Travailler*. 2011 ; 1 (25).
- 61 - Demetrio B. L'ivresse et la solitude, une pathologie de la rencontre. In : Pélicier Y. Les ivresses, sens et non sens. Le Bouscat : L'Esprit du Temps, Psychologie ; 1994.
- 62 - Loril M. Les réponses individuelles et collectives à la souffrance au travail. Communication au Congrès d'addiction Info Suisse "Les conduites dopantes au travail. De l'automédication à l'augmentation" ; 16 septembre 2010 ; Lausanne, Suisse.
- 63 - Amalberti R. L'excès de procédures nuit à la sécurité des patients. *Revue Santé et Travail*. 2009 ; (66).
- 64 - Ogien R. L'éthique aujourd'hui. Paris : Folio essais ; 2007.
- 65 - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques. Enquête "Santé et itinéraire professionnel" (SIP). Paris : DREES et DARES ; 2006.
- 66 - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques. Enquête "Santé et itinéraire professionnel" (SIP). Paris : DREES et DARES ; 2010.
- 67 - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Institut National de Recherche et de Sécurité, Société Médecine du Travail Ouest Île-de-France. Addictions et santé au travail : repérage des pratiques des médecins du travail. Enquête nationale. Paris : INPES, INRS et SMTIOF ; 2009.

Autres références

- Bœuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc JL. Evolution of drug consumption in a sample of French workers since 1986: the Drugs and Work study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2009 ; 18 : 335-43.
- De Sola-Nielson L. Homemakers and employed women: the relationship of job satisfaction to stress, illness, and drug use. *Washington : ERIC Clearinghouse* ; 1977.
- Duraisingam V. The impact of work stress and job satisfaction on turnover intentions: a study of Australian specialist alcohol and other drug workers. *Drugs: Education, Prevention & Policy*. 2009 ; 16 (3) : 217-31.
- Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Paris : PUF ; 2012.
- Freedberg EJ, Johnston WE. Changes in feelings of job satisfaction among alcoholics induced by their employer to seek treatment. *Journal of Occupational Medicine*. 1979 ; 21 (8) : 549-52.
- Laure P, Favre A. Conduites dopantes : à quoi s'engage-t-on ? *Psychotropes*. 2002 ; 8 (3-4).
- Laure P. Les conduites dopantes : une prévention de l'échec ? *Psychotropes*. 2002 ; 8 (3) : 31-8. <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2002-3-page-31.htm>.
- Laure P, Binsinger C. Les médicaments détournés. Paris : Masson ; 2003.
- Laure P. Histoire du dopage et des conduites dopantes. Paris : Vuibert ; 2004.
- Lhuillier D. L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. *Sciences Sociales et Santé*. 2010 ; 28 (2) : 31-63.
- Lhuillier D, Desprairies F, Litim M. Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale ? *Nouvelle Revue de Psychosociologie*. 2011 ; 10.
- Lhuillier D. Des problèmes de santé stigmatisés. *Santé et Travail*. 2010 ; 71 : 29-30.
- Maranda MF, Negura L, Carver Y. L'embauche des alcooliques : les attitudes et les représentations des gestionnaires. In : Battistelli A, Depolo M, Fraccaroli F. La qualité de la vie au travail dans les années 2000. Actes du 13^{ème} Congrès de psychologie du Québec. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; 2005.

Dr Hervé Martini*

* Praticien hospitalier addictologue, CHU de Nancy, Vandoeuvre-lès-Nancy, France

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel

IV – Repérage clinique

1 – Circonstances, stratégie, moyens d'évaluation et outils du repérage clinique de la consommation de SPA

Résumé

Le repérage doit intégrer les caractéristiques propres à chaque substance psychoactive (SPA) et la diversité des modalités de consommation associées aux produits. Il en découle un polymorphisme clinique, notamment lorsqu'il y a une polyconsommation. De même, la gravité et la sévérité des conduites s'avèrent extrêmement variables selon le ou les produits consommés. Le repérage doit pouvoir s'inscrire dans une démarche de type intervention brève. L'identification d'une consommation de SPA repose sur quatre éléments : la consommation déclarée par le patient ; les questionnaires ; les signes précoces et d'alerte ; la biologie (non traitée). La consommation déclarée est une étape fondamentale qui permettra de recenser les SPA consommées, de caractériser les comportements de consommation, les modalités de celles-ci et les facteurs de vulnérabilité. L'évaluation s'appuie sur l'utilisation de questionnaires validés et largement employés. Ils concernent les produits licites ou illicites. Leur principal intérêt est de permettre de repérer et d'évaluer le mésusage d'une SPA. Plus le repérage est précoce, moins les signes cliniques seront présents et moins ils seront aisés à rattacher à une consommation et spécifiques d'une SPA. Plus qu'un symptôme, il s'agit bien de la juxtaposition de plusieurs symptômes qui doit alerter le clinicien.

Mots-clés

Repérage précoce – Questionnaire – Intervention brève – Médecine du travail.

Cet article est issu de l'Argumentaire des Recommandations pour la pratique clinique "Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel".

Société française d'alcoologie, en partenariat avec la Société française de médecine du travail.

Summary

Misuse of psychoactive drugs at workplace. IV – Clinical detection. 1 – Circumstances, strategy, methods of evaluation and clinical detection tools of psychoactive substance abuse

Clinical detection must integrate the characteristics specific to each psychoactive substance and the diversity of the modalities of consumption associated with these substances, resulting in a clinical polymorphism, especially in the context of multiple substance abuse. Similarly, the severity of substance abuse also varies considerably according to the substance or substances used. Clinical detection of psychoactive substance abuse must be part of a brief intervention approach. Identification of psychoactive substance abuse is based on four elements: the consumption reported by the subject; questionnaires; early signs and warning signs; laboratory parameters (before treatment). Reported consumption is an essential step to identify the psychoactive substances used, and to characterize substance use behaviours and modalities and susceptibility factors. Assessment is based on the use of validated and widely used questionnaires concerning both legal and illicit substances. Their main value of these questionnaires is to identify and evaluate psychoactive substance abuse. Clinical signs are less obvious and more difficult to specifically attribute to psychoactive substance abuse when detection is performed at an early stage. Rather than by just a single symptom, the clinician should be alerted by the combination of several symptoms.

Key words

Early detection – Questionnaire – Brief intervention – Occupational health.

Le repérage doit intégrer les caractéristiques propres à chaque produit et la diversité des modalités de consommation qui leur sont associées. Un continuum entre l'usage, l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance peut exister (annexe 1). Il n'est cependant pas totalement

applicable à l'ensemble des substances psychoactives (SPA). S'il s'applique par exemple pour l'alcool, ce n'est guère le cas pour le tabac à propos duquel le DSM-IV ne mentionne pas la notion d'usage à risque ou d'usage nocif, mais parle d'emblée de dépendance. D'où un polymorphisme clinique, notamment lorsqu'il y a polyconsommation.

La gravité et la sévérité des conduites s'avèrent de même extrêmement variables selon le ou les produits consommés. En effet, consommer un produit psychoactif ne constitue pas nécessairement un risque pour l'individu, mais peut le devenir quand il s'agit d'une consommation dans un contexte professionnel. Ainsi, les deux unités standard d'alcool consommées dans un cadre privé ne constituent-elles pas un risque au sens de la définition

de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), mais le deviennent si le sujet consomme dans le cadre d'un poste de sécurité.

Le repérage d'une consommation dans un contexte professionnel s'avérant différent de l'approche effectuée en médecine générale, la prise en charge diffère également : alors que le médecin généraliste souhaite avant tout repérer le patient dont l'usage est à risque et lui proposer une intervention brève en vue d'en diminuer les conséquences, le médecin du travail interroge notamment son patient dans un contexte d'aptitude à un poste de travail. La seule décision d'aptitude ne saurait cependant résumer l'action du médecin du travail auprès du salarié, le repérage devant pouvoir s'inscrire dans une démarche de type intervention brève.

Annexe 1. – Définition des différentes catégories d'alcoolisation

d'après les "RPC – Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ?" (*Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (Suppl. 4) : 35-755).

Non-usage

Primaire : il n'y a jamais eu consommation d'alcool.

Secondaire : le patient ne consomme plus. Le motif peut être un choix personnel, un problème d'alcoolodépendance, une raison médicale...

Usage

Conduite d'alcoolisation qui ne pose pas de problème tant médical que psychologique ou social, respectant les seuils de l'OMS et hors situations à risque.

Usage à risque

Le risque peut être chronique ou aigu.

- La consommation est supérieure au seuil défini mais elle n'entraîne pas de dommage médical, psychologique ou social.
- La consommation respecte les seuils de l'OMS mais a lieu dans une situation particulière

- La quantité : Combien ? (risque statistique défini par l'OMS)

- Jamais plus de 4 verres par occasion, pour l'usage ponctuel.

- Pas plus de 21 verres par semaine, pour l'usage régulier chez l'homme, soit 3 verres/jour en moyenne.

- Pas plus de 14 verres par semaine, pour l'usage régulier chez la femme, soit 2 verres/jour en moyenne.

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

- Les situations : Quand ?
 - Lors de la grossesse « alcool zéro ».
 - Conduite automobile, machine outil...
 - Pathologie associée...

- Les modalités de consommation : Comment ?
 - Début précoce de la consommation.
 - Alcool utilisé comme automédication.
 - Association avec certains médicaments...

- Attentes particulières : Pourquoi ?

Usage nocif

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par :

- L'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation et l'absence de dépendance à l'alcool.

Dépendance

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation.

La dépendance physique est inconstante mais sa présence signe le diagnostic.

A – Aspects généraux

A.1. Quelques définitions, d'après Brown (1)

Repérage

Le repérage est une procédure sommaire qui permet l'identification des individus présentant des troubles liés aux SPA, conséquences négatives de leur consommation, ou à risque d'en développer. Le repérage est donc une pratique de routine, brève et systématique, administrée à tous les usagers, quel que soit l'objet de la demande de consultation.

Détection

Plus élaborée que le repérage, la détection est une procédure qui permet quant à elle de situer le niveau de risque des habitudes de consommation, de valider les hypothèses

soulevées lors du repérage sur la présence possible d'habitudes nocives et d'aiguiller les interventions appropriées dans les milieux non spécialisés. Comme le repérage, la détection est utilisée dans des contextes d'intervention où le motif de consultation n'est pas directement relié à des problèmes de consommation. Par souci de simplification, la détection sera englobée dans le terme de repérage.

Évaluation

L'évaluation fait référence à une procédure permettant de déterminer la nature et la gravité des difficultés et/ou d'établir un diagnostic de troubles liés aux substances. Contrairement au repérage et à la détection qui sont des procédures destinées à identifier sommairement les individus à risque et le niveau de risque de leur consommation, l'évaluation permet de statuer sur la nature et la gravité du problème de consommation afin de guider un traitement individualisé spécialisé. L'évaluation requiert généralement un examen diagnostique pour établir la présence de critères diagnostiques du trouble.

Interventions brèves (annexe 2)

Le terme d'"intervention brève" recouvre un ensemble d'interventions psychosociales s'appuyant sur des approches différentes, comme les approches motivationnelles qui se sont avérées particulièrement efficaces. Toutes ont en commun d'être circonscrites dans le temps.

A.2. Critères anamnestiques

De nombreux critères ont été relevés dans la littérature pour repérer l'usage d'un produit psychoactif (2) :

- sexe ;
- âge ;
- histoire de la consommation ;
- âge de début ;
- utilisation de plusieurs produits, chronologie, associations éventuelles ;
- fréquence des consommations : ponctuelle, intermittente, périodique, régulière, festive, solitaire... ;
- évolution des consommations dans le temps : apparition de signes de tolérance et de dépendance ;
- existence de comorbidités ou cooccurrence et leur niveau de gravité ;
- somatiques ;
- psychiatriques ;
- repérage des traits de personnalité du patient : anxieuse, passive, dépendante, impulsive, agressive, recherche de sensation, intolérance aux frustrations... ;

Annexe 2. – Interventions brèves.

Une intervention brève en huit points :

1. Restituer le sens du score et situer la personne dans l'échelle du risque.
2. Expliquer le risque alcool et le différencier nettement de la dépendance à l'alcool.
3. Commenter la notion de verre standard qui permet de concrétiser les objectifs de réduction et de prendre conscience qu'en termes de risque, toutes les boissons contenant de l'alcool se valent (utiliser un support visuel).
4. Rechercher l'intérêt de la réduction de la consommation du point de vue du patient. "De votre point de vue, quels bénéfices pourriez-vous retirer d'une réduction de votre consommation d'alcool ?"
5. Exposer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation d'alcool. "Réduire la fréquence, la quantité par occasion, fuir les situations-pièges... ou deux ou trois de ces méthodes à la fois : un de ces six choix peut vous convenir mieux. Lequel ?"
6. Fixer les objectifs, laisser le choix. Résumer, en rappelant les raisons objectives et subjectives, les objectifs, les méthodes les plus adaptées... et consolider le sentiment d'autonomie en valorisant le libre choix.
7. Donner la possibilité de réévaluer la situation. Dans quelques semaines ou quelques mois.
8. Donner un livret d'information type INPES "Alcool, ouvrons le dialogue". En choisissant celui qui paraît le plus approprié selon la disposition au changement constatée, "pour faire le point" ou "pour réduire sa consommation d'alcool".

(Michaud P et al. *Rev Prat Med Gen.* 2004)

- environnement social, familial, professionnel ou socio-culturel ;
- antécédents familiaux : psychiatriques, d'alcoolisme...

L'ensemble des critères retenus doit permettre d'assurer au mieux le repérage le plus précoce possible de la consommation, d'évaluer la gravité et les conséquences, mais aussi, si ce n'est définir, de recommander une stratégie pour orienter au mieux le sujet. L'objectif est également d'évaluer les caractéristiques d'une ou plusieurs consommations, ainsi que les caractéristiques individuelles intrinsèques et les caractéristiques de travail. Cette liste ne se voulant pas exhaustive, de nombreux autres éléments cliniques peuvent être recherchés par le clinicien selon le contexte où se situe le patient au moment de l'entretien.

B – Stratégie générale du repérage

Le repérage d'une consommation de SPA repose sur quatre éléments :

- la consommation déclarée par le patient ;
- les questionnaires ;
- les signes précoces et d'alerte ;
- la biologie, un dernier item qui fait l'objet d'un développement spécifique dans l'article "Dépistage biologique" de de l'Argumentaire (*Alcoologie et Addictologie*. 2013 ; 35 (4)).

B.1. La consommation déclarée

B.1.1. Aspects généraux

Il s'agit d'une étape fondamentale qui permettra de recenser les SPA consommées, de caractériser les comportements de consommation, leurs modalités et les facteurs de vulnérabilité. La grande majorité des salariés examinés en visite médicale dans le service de santé au travail ne présentant pas de problèmes de consommation de SPA, demander au salarié sa consommation est simple et fait partie de l'anamnèse de base, au même titre que la consommation de tabac l'est actuellement. De plus, les sujets sont souvent peu conscients des difficultés que peut poser la consommation de SPA, surtout lorsque celle-ci est socialement et légalement acceptée. L'expression des niveaux de consommation s'opère alors sans réelle difficulté. Il faut être plus nuancé lorsque le salarié consomme un produit illicite ou qui peut le stigmatiser, voire l'exclure, au sein d'une entreprise.

B.1.2. La consommation déclarée d'alcool (3)

Elle est évaluée en verre standard ou en unité internationale d'alcool (UIA), une terminologie qui fait référence

aux verres servis dans les bars et qui sont généralement standardisés selon le type de boisson et son degré alcoolique. La taille des verres étant inversement proportionnelle au degré alcoolique de la boisson, le verre standard permet d'évaluer la quantité d'alcool ingéré indépendamment du type de boisson. Une UIA contient généralement 9 à 12 g d'alcool pur. S'il ne reflète bien évidemment pas tout à fait la réalité, notamment lorsque la consommation d'alcool s'effectue au domicile, le verre standard permet néanmoins de quantifier de manière très pratique la consommation du sujet. Afin de tenir compte des écarts de consommations entre la semaine et le week-end, la consommation déclarée est le plus souvent évaluée par semaine. Une approximation journalière peut alors être obtenue en divisant par sept la consommation hebdomadaire.

R.4. Il est recommandé d'interroger régulièrement le salarié sur l'ensemble des substances, y compris les médicaments psychotropes, face à la fréquence des polyconsommations. Dès lors qu'une consommation de SPA est identifiée, il faut envisager la possibilité de consommations associées (avis d'expert).

B.2. Les questionnaires sur les consommations et les pratiques addictives

L'évaluation peut s'appuyer sur l'utilisation de différents outils de repérage validés et largement employés, comme en témoigne l'abondance de littérature, notamment anglo-saxonne. Concernant les produits licites ou illicites, leur principal intérêt est de permettre de repérer et d'évaluer le mésusage d'une SPA. Outre l'évaluation, ils peuvent s'avérer intéressants pour ouvrir le dialogue avec le patient sur les niveaux de consommation et les pratiques addictives. Ces questionnaires sont soit donnés avant la consultation au patient qui les remplit lui-même (autoquestionnaire), soit remplis avec un professionnel de santé pour servir de base à ce dernier. Mais leur longueur et les difficultés de compréhension des questions (barrière de la langue, trouble cognitif...) rendent parfois difficile leur utilisation en pratique de médecine du travail (4).

Comme le souligne Yersin dans une revue de la littérature publiée en 1999 (5), ils doivent être performants en termes de spécificité et de sensibilité. Rapportant plusieurs travaux, Aubin et coll. suggèrent de privilégier des questionnaires courts bien adaptés au dépistage et de préférer l'abord direct et simple au questionnaire long et complexe (6). Malheureusement, peu de questionnaires sont validés en français. Nous présentons ici les questionnaires les plus souvent usités en pratique courante.

B.2.1. Questionnaires généraux

- Les classifications internationales

Le DSM-IV (annexe 3) et la CIM-10 peuvent être utilisés pour évaluer l'usage nocif ou la dépendance à un produit psychoactif. Ces classifications reposent sur une description clinique théorique des troubles (7, 8). Le DSM-5 est actuellement en cours d'élaboration.

- Index de sévérité de l'addiction (ASI) (9, 10)

Développé aux États-Unis à partir de 1985, il a été validé en français en 2004 par Krentz et al. auprès d'un échantillon de 54 patients toxicomanes, pour la plupart à l'héroïne. Ce questionnaire évalue différents éléments fréquemment associés à l'utilisation de SPA :

- fréquence ;
- sévérité des comportements de consommation ;
- problèmes psychosociaux générés par la prise du produit.

Il est disponible dans sa version française sur <http://www.has-sante.fr>.

- Questionnaire CRAFFT ADOSPA (11, 12)

Développé aux États-Unis, le questionnaire CRAFFT ADOSPA a récemment été validé en français par Karila et al. qui ont comparé les résultats du CRAFFT ADOSPA à celui du POSIT auprès d'un échantillon de 1 728 collégiens et lycéens. Construit pour permettre de repérer précocement l'usage nocif de plusieurs produits psychoactifs (alcool, cannabis, autres produits), il cible les adolescents et les jeunes adultes. Un score supérieur ou égal à 2 correspondrait à un usage nocif avec une sensibilité de 80 % et une spécificité de 86 %.

R.5. Il est recommandé d'utiliser des questionnaires validés en santé au travail (cf. annexes 3-8). Le repérage clinique et l'entretien individuel qui l'accompagne doivent précéder les autres formes de dépistage (avis d'expert).

B.2.2. Questionnaires spécifiques

- Alcool

De nombreux questionnaires ayant pour but de repérer l'existence d'un mésusage d'alcool ont été proposés, notamment en langue anglaise. Plusieurs questionnaires validés sont également disponibles en français. Nous citerons les plus communément utilisés. Ils ne sont pas adaptés aux adolescents pour lesquels des questionnaires spécifiques existent (4).

DETA (annexe 4) – Décrit en 1974 par Mayfield, le questionnaire *CAGE* (*cut, annoyed, guilty, eye*) ou DETA (diminuer, entourage, trop, alcool) en français a été diffusé plus largement à partir de 1984 (13). Destiné à évaluer la présence de problèmes liés à l'alcool au cours de la vie, c'est un questionnaire rapide et simple d'utilisation. Il a été validé en français en 1989 dans différentes situations (prison, médecine de ville...). Rueff et al. ont notamment proposé de le passer à 200 patients sortant soit d'un service de cardiologie (100 sujets), soit d'un service de gastroentérologie (100 sujets) (14, 15). Il semble moins performant pour le repérage des problèmes d'alcool de faible intensité, notamment dans la population féminine, et peu performant dans celui des patients dépendants en médecine ambulatoire (16). Le DETA présente une sensibilité comprise entre 49 et 69 % et une spécificité

Annexe 3. – Les critères du DSM-IV : la présence de trois critères définit une dépendance.

1. Tolérance définie par les symptômes suivants :
 - Nécessité d'augmenter ses doses d'alcool pour se sentir bien.
 - Diminution marquée de l'effet pour une même quantité d'alcool.
2. Sevrage caractérisée par :
 - La présence de symptômes de sevrage : tremblements, sueurs, irritabilité, anxiété...
 - La prise d'alcool pour soulager les symptômes physiques.
3. Prise d'alcool en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que celle envisagée.
4. Désir persistant ou efforts infructueux du patient pour diminuer ou contrôler sa consommation d'alcool.
5. Beaucoup de temps passé ou beaucoup d'efforts prodigués pour se procurer de l'alcool.
6. Le patient a dû abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles, ou de loisirs à cause de sa consommation d'alcool.
7. Le patient a du mal à s'empêcher de boire, bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la consommation d'alcool.

Annexe 4. – DETA (alcool).

- Avez-vous Déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
 - Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
 - Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
 - Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
- (Rueff B. Les malades de l'alcool. Paris : Éd. John Libbey Eurotext ; 1995. p. 144)

Annexe 5. – AUDIT (alcool).

1. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

Jamais	0	Une fois par mois ou moins	1	2 à 4 fois par mois	2	2 à 3 fois par semaine	3	4 fois ou plus par semaine	4
--------	---	----------------------------	---	---------------------	---	------------------------	---	----------------------------	---

2. Combien de boissons standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Une ou deux	0	Trois ou quatre	1	Cinq ou six	2	Sept à neuf	3	Dix ou plus	4
-------------	---	-----------------	---	-------------	---	-------------	---	-------------	---

3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standard ou plus ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

4. Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

5. Dans l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

6. Dans l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

7. Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

8. Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

Non	0	Oui, mais dans l'année passée	2	Oui, au cours de l'année dernière	4
-----	---	-------------------------------	---	-----------------------------------	---

10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

Non	0	Oui, mais dans l'année passée	2	Oui, au cours de l'année dernière	4
-----	---	-------------------------------	---	-----------------------------------	---

comprise entre 75 et 95 % pour repérer un consommateur d'alcool à risque. Une réponse positive à l'un des items doit alerter le praticien, deux réponses positives ou plus évoquant l'existence d'une dépendance.

AUDIT (annexe 5) – Développé sous l'égide de l'OMS (17), l'*Alcohol use disorders identification test* peut être rempli par le patient dans la salle d'attente. La restitution des résultats se fait au cours de la consultation médicale. Le questionnaire s'intéresse aux 12 derniers mois écoulés, ce qui permet de diagnostiquer les problèmes actuels. Largement diffusé en France, il permet également de mieux différencier les patients chez lesquels l'usage d'alcool est nocif des patients dépendants. Les trois premiers items portent sur la fréquence de consommation et la

quantité d'alcool absorbée, les six suivants visent à évaluer s'il existe une alcoolo-dépendance et ses éventuelles conséquences. Le dernier item porte sur l'appréciation qu'ont les autres de la consommation d'alcool du sujet. La dépendance à l'alcool est évoquée pour des scores supérieurs à 11 chez l'homme et 12 chez la femme (18). Validé en France par Gache et al. auprès de 1 207 patients, il apparaît comme un outil adapté au repérage en pratique courante (19). Selon les auteurs, il serait plus pertinent que le DETA ou le MAST (voir ci-après) pour détecter les patients présentant un abus ou une dépendance à l'alcool. Selon les études, la sensibilité de l'AUDIT pour identifier les buveurs à risque et à problèmes varie de 51 à 97 % et sa spécificité de 78 à 96 %.

Annexe 6. – MAST (alcool).

	Oui	Non
- Pensez-vous consommer de l'alcool en quantité normale, voire moins que la normale ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Après une soirée bien arrosée, vous êtes-vous déjà réveillé en constatant que vous avez oublié une partie de la soirée ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 1	<input type="checkbox"/> = 0
- Pouvez-vous arrêter de boire après 1 à 2 verres, sans difficulté ?	<input type="checkbox"/> = 0	<input type="checkbox"/> = 2
- Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Est-ce que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ?	<input type="checkbox"/> = 0	<input type="checkbox"/> = 2
- Avez-vous déjà essayé de limiter votre consommation d'alcool à certains moments de la journée ou dans certains endroits ?	<input type="checkbox"/> = 0	<input type="checkbox"/> = 2
- Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ?	<input type="checkbox"/> = 0	<input type="checkbox"/> = 2
- Avez-vous déjà assisté à une réunion des alcooliques anonymes (AA, etc.) pour un problème d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 5	<input type="checkbox"/> = 0
- Vous êtes-vous déjà battu alors que vous buviez de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 1	<input type="checkbox"/> = 0
- Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Vos proches ont-ils demandé de l'aide à autrui au sujet de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous déjà perdu des amis en raison de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous eu des problèmes professionnels à cause de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous déjà perdu votre place en raison de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant 2 jours de suite ou plus en raison de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous déjà bu de l'alcool avant midi ?	<input type="checkbox"/> = 1	<input type="checkbox"/> = 0
- A-t-on déjà diagnostiqué chez vous une maladie de foie ou une cirrhose ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous déjà souffert de delirium tremens, de tremblements, entendu des voix ou vu des choses qui ont disparu après avoir bu de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 5	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 5	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous déjà été placé dans un hôpital psychiatrique à cause d'un problème lié à l'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous déjà consulté un psychiatre, un médecin, une assistante sociale, un pasteur ou un prêtre en raison de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous déjà été arrêté ne serait-ce que quelques heures en raison d'ivresse ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0
- Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ?	<input type="checkbox"/> = 2	<input type="checkbox"/> = 0

Reprenant ses trois premiers items, une version plus courte, l'AUDIT-C, a également été proposée dans le repérage précoce, notamment aux États-Unis (20). La version courte semblerait tout aussi performante que l'AUDIT long dans le repérage d'une problématique alcool et particulièrement intéressante pour les patients *binge drinkers* (21).

MAST (annexe 6) – Validé au début des années 1970, le *Michigan alcoholism screening test* se compose de 25 items (22). Il peut être donné soit par écrit en auto-évaluation, soit par oral. Les points attribués en fonction de la réponse varient de 0 à 5, le nombre maximum de points comptabilisables étant de 54 :

- de 0 à 3 points, on ne retient pas de problèmes liés à la consommation d'alcool ;
- entre 3 et 5 points, il existe une zone grise ;
- au-delà de 5 points, le diagnostic d'alcool-dépendance est probable ;

- à partir de 10 points, le diagnostic de dépendance est certain. Se focalisant surtout sur les conséquences tardives d'une consommation excessive d'alcool (23), cet outil s'avère peu maniable en pratique courante, surtout dans le cadre d'un dépistage précoce. Il existe en version courte de 13 questions, le *Short-MAST*, et en version de dix questions, le *Brief-MAST* (24). Selon les études, la sensibilité du *Brief-MAST* varie de 46 à 78 % et sa spécificité de 80 à 99 % (25). Bien qu'il soit sensible et spécifique, le questionnaire MAST est en résumé un outil peu maniable.

FACE (annexe 7) – À remplir avec le patient au cours de l'entretien en face à face, le questionnaire "Formule pour approcher la consommation d'alcool" comprend cinq questions. Notamment validé en direction des médecins généralistes et permettant d'évaluer le risque de dépendance selon le sexe, il pourrait constituer une alternative à l'utilisation de l'AUDIT (26).

Annexe 7. – FACE (alcool).

1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
2. Combien de verres standard buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ?
3. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

• Cotation

- Question 1 : "jamais" = 0 ; "une fois par mois ou moins" = 1 ; "2 à 4 fois par mois" = 2 ; "2 à 3 fois par semaine" = 3 ; "4 fois ou plus par semaine" = 4.
- Question 2 : "un ou deux" = 0 ; "trois ou quatre" = 1 ; "cinq ou six" = 2 ; "sept à neuf" = 3 ; "dix ou plus" = 4.
- Questions 3, 4 et 5 : "non" = 0 ; "oui" = 4.

• Résultats

- Pour les hommes : - score < 5 : risque faible ou nul.
 - score de 5 à 8 : consommation excessive probable.
 - score > 8 : dépendance probable.
- Pour les femmes : - score < 4 : risque faible ou nul.
 - score de 4 à 8 : consommation excessive probable.
 - score > 8 : dépendance probable.

Annexe 8. – CAST (cannabis).

Au cours de votre vie : (une seule croix par ligne)	Oui	Non
- Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CIWA – Outil d'évaluation validé pour l'alcool, l'échelle *Clinical institute withdrawal assessment* (27) pourrait être généralisée à d'autres SPA. Elle repose sur des critères d'évaluation clinique rapportés par le patient.

R.6. Les questionnaires AUDIT et FACE sont recommandés dans une approche de repérage précoce du mésusage d'alcool (grade NP2).

- Cannabis

Si de nombreux questionnaires existent dans la littérature, certains, bien que largement usités (DETA-CAGE cannabis), ne sont pas validés en français (28).

CAST (annexe 8) – Élaboré en France par l'OFDT, le *Cannabis abuse screening test* permet d'explorer la consommation de cannabis sur la vie entière. Rapide à faire passer (environ trois minutes), ce questionnaire est largement utilisé depuis 2002. Il permet notamment de caractériser la consommation de cannabis lors des enquêtes ESCAPAD menées en France par l'OFDT auprès des jeunes de 17 à 18 ans. Il comprend six questions, un score de 3 ou plus correspondant à un usage nocif de cannabis.

ALAT – Développé en Nouvelle-Zélande, ce questionnaire cible pour sa part une population de jeunes consommateurs. Plus long que le CAST, il comporte 11 questions explorant les différents dommages de la consommation de cannabis (répercussions sociales, complications psychiatriques, troubles cognitifs, existence d'une dépendance) (29). Là encore, un score de 3 ou plus suggérerait un usage nocif de cannabis.

CUDIT – Le *Cannabis use disorder identification test*, nouveau test, a été proposé plus récemment en Suisse par Annaheim et al. (30) auprès de 5 000 jeunes patients de 13 à 32 ans. Basé sur l'AUDIT validé dans le repérage des problèmes d'alcool, il comprend dix questions. Initialement élaboré en 2003 par Adamson et al. (31), il n'a pas été validé à plus grande échelle, notamment dans le cadre de la santé au travail. Une nouvelle version comprenant quatre items supplémentaires est en cours de validation (32).

- Médicaments

Plusieurs échelles sont disponibles, notamment pour évaluer les niveaux de dépendance aux benzodiazépines (BZD). Un récent travail de la Haute autorité de santé propose quatre échelles d'évaluation, qui ne sont guère utilisées en pratique "courante" et dont l'application dans le champ de la médecine du travail nécessite des études

complémentaires (argumentaire disponible sur <http://www.has-sante.fr>).

Severity of dependence scale – Il s'agit d'un bref auto-questionnaire comprenant cinq questions portant surtout sur la dépendance psychologique aux BZD.

Bendep-SRQ – Plus long que le précédent, le *Benzodiazepine dependence self report questionnaire*, qui n'est pas validé en français, comprend 20 items et évalue :

- le degré de perception du problème ;
- la préoccupation à obtenir des BZD ;
- le manque d'observance à la prescription ;
- l'existence d'un syndrome de manque.

BCQ – Rempli par le patient en présence de l'examineur, le *Benzodiazepine craving questionnaire* se compose de 20 items.

ECAB – Validé sur une population spécifique de 52 patients psychiatriques hospitalisés ou suivis en ambulatoire, l'autoquestionnaire "Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines" en français n'a pas été validé dans la population générale.

C – Signes cliniques et d'alerte

C.1. Données générales

D'une manière générale, plus le repérage se veut précoce, moins les signes cliniques spécifiques d'une SPA seront présents et moins il sera aisé de les rattacher à une consommation. Plus qu'un symptôme, c'est bien la juxtaposition de plusieurs symptômes qui doit alerter le clinicien et faire rechercher l'usage d'une SPA.

Les signes d'une consommation présumée de SPA sont à rechercher lors de l'entretien clinique. Le médecin du travail sera particulièrement vigilant face à un salarié dont l'état de santé semble s'altérer au fil du temps ou à son corollaire, le recours plus fréquent au dispositif de soins. Les relations sociales sont également à explorer : un hyperinvestissement ou, au contraire, un désinvestissement professionnel, des difficultés dans la formation initiale ou permanente, des conflits avec la famille, l'entourage, les collègues ou la hiérarchie sont évocateurs d'un usage de produits. L'attention sera d'autant plus forte que ces modifications apparaissent brutalement ou s'accroissent au cours du temps :

- plaintes banales : asthénie, irritabilité, nervosité, trouble du sommeil, trouble de l'humeur (euphorie, tristesse...), trouble

de la mémoire, baisse de l'attention, de la concentration... ;

- état général moyen : recours à de multiples intervenants du champ médical, plaintes somatiques multiples :

. troubles digestifs (pyrosis, vomissements, diarrhée, constipation, anorexie notamment matinale...);

. troubles neurologiques (trouble de la vision, céphalées, vertiges, tremblements fins...);

. lésions dermatologiques (abcès, poppers dermatitis, trace d'injection...);

. traumatismes multiples et répétés ;

. etc. ;

- aspects psychologiques : anxiété, humeur dépressive, irritabilité... ;

- aspects sociofamiliaux :

. difficultés familiales (sollicitations et remarques de l'entourage, difficultés conjugales...);

. problèmes professionnels (absentéisme, désinvestissement, retard, arrêt de travail, accidents du travail, conflits avec la hiérarchie ou des collègues, remarque de la hiérarchie...);

. désinvestissement social (abandon d'activité de loisir, repli sur soi, logement, difficulté financière...);

. problèmes judiciaires (retrait de permis, violence, ivresse publique...).

Le médecin du travail doit réaliser un examen clinique le plus exhaustif possible. Sur le plan médical, il cherchera à repérer des complications organiques inhérentes à chaque produit. L'entretien veillera à repérer l'existence de troubles dépressif, anxieux, psychotique et de la personnalité.

C.2. Signes spécifiques

C.2.1. Alcool (33)

Les effets de l'alcool sont variables selon qu'il s'agit d'une consommation aiguë ou chronique. L'alcool procure un panel d'effets, une sensation de plaisir, de bien-être, cer-

tains recherchant plutôt son effet désinhibant ou euphorisant jusqu'à l'ivresse, dont le dernier stade est le coma éthylique qui peut conduire au décès. De nombreuses pathologies courantes peuvent apparaître en cas de consommation chronique (troubles du sommeil, hypertension artérielle, troubles digestifs mineurs...). Aussi, la recherche de consommation d'alcool et plus largement de SPA doit-elle être systématique face à tout tableau clinique peu évocateur d'une pathologie. Souvent normal au stade précoce, l'examen clinique devient évident lorsque des complications somatiques apparaissent (cirrhose, polyneuropathie, troubles cognitifs...). L'examen peut ainsi retrouver un léger tremblement fin des extrémités, une haleine œnologique, un subictère conjonctival, un léger débord hépatique à la palpation abdominale, un tableau d'autant plus évocateur d'un mésusage d'alcool que s'y associent des éléments d'ordres psychosociaux.

C.2.2. Cannabis (34)

Décrits depuis fort longtemps, les effets psychoactifs du cannabis sont causés par le Δ -9-tétrahydrocannabinol. Dose-dépendants, ces effets présentent de nombreuses variations interindividuelles : les modalités de consommation, la manière de fumer (intensité des bouffées, fréquence, volume, teneur en Δ -9-THC), la consommation orale ou le contexte de consommation influent sur les effets ressentis par le sujet. Ils surviennent dans les quelques minutes (s'il est fumé) qui suivent la consommation et peuvent durer plusieurs heures (jusqu'à 24 heures). Habituellement de l'ordre de l'euphorie, du bien-être, de la détente ou de la sédation, les conséquences de la consommation se compliquent parfois d'attaque de panique, voire de délire (bouffée délirante aiguë). L'examen clinique peut révéler une hyperhémie conjonctivale non spécifique, une hypotension orthostatique, une sécheresse buccale ou une démarche ébrieuse. L'usage chronique de cannabis expose à des complications cognitives ou somatiques (tableau I).

Tableau I : Principaux effets à court et long terme de la consommation de cannabis

	Aigus	Chroniques
Cardiovasculaires	Tachycardie, palpitations, réduction de la tolérance à l'effort chez le coronarien, hypertension, vasodilatation périphérique, hypersudation, céphalées.	Hypotension, bradycardie, artériopathie, majoration du risque d'infarctus
Broncho-pulmonaires	Bronchodilatation transitoire, hyperréactivité bronchique, toux...	Bronchite chronique, toux, laryngite
Cognitifs	Altération de la mémoire de travail, trouble attentionnel, trouble de la perception sensitivomotrice, allongement du temps de réaction, altération des performances lors de la réalisation de tâches complexes...	Altération de la mémoire à court terme, baisse des performances verbales ou mathématiques...

De nombreux dysfonctionnements cognitifs sont relevés dans la littérature : anomalie de la poursuite oculaire, du temps de réaction, troubles mnésiques, persévérations, trouble de l'attention... Quoique non validé, le syndrome amotivationnel est largement retrouvé en pratique clinique. Il associe au déficit des activités professionnelles et extra professionnelles, des troubles de l'attention, des difficultés de concentration, une pauvreté idéative et une indifférence affective. L'association de ses symptômes concourent à isoler le patient tant sur le plan du travail (désinsertion) que social (isolement affectif). Les complications somatiques sont proches de celles objectivées chez le patient consommant du tabac.

C.2.3. Cocaïne (35, 36)

La cocaïne est un psychostimulant dont la consommation tend à augmenter en France. Les modalités de consommation et les effets notés sont très variables d'un sujet à l'autre. Ces effets peuvent varier selon les modalités de consommation (en sniff, fumée, injectée ou oral) et selon les doses ingérées par le sujet. Les effets cliniques aigus sont :

- l'euphorie ;
- la sensation de bien-être ;
- l'augmentation de l'estime de soi ;
- une impression de plus grande efficacité ;
- une tachypsychie ;
- une désinhibition ;
- une hypovigilance ;
- une hyperactivité motrice ;
- une augmentation de la libido ;
- des troubles du sommeil à type d'insomnie ;
- des comportements agressifs sont parfois décrits.

Outre ces effets, il est par ailleurs classique de constater à l'examen clinique une mydriase symétrique réactive, une pâleur, une tachycardie, une hypertension artérielle et une vasoconstriction. L'utilisation chronique par inhalation (sniff) engendre parfois une altération de la paroi nasale. Des arrêts cardiaques lors d'un usage prolongé ont également été colligés. Se caractérisant par une hypersomnie et une sensation de perte d'énergie, la descente ou *crash* est rapide en raison de la brièveté de l'action de la cocaïne au niveau cérébral. Le sujet tend alors à utiliser d'autres produits psychoactifs (alcool, BZD, héroïne...) pour compenser ce *crash*, et le retour à une humeur de base prend trois à quatre jours. L'utilisation chronique de cocaïne entraîne rapidement une dépendance psychologique sévère.

C.2.4. Héroïne (37)

Les effets de l'héroïne sont similaires à ceux de la morphine, excepté la durée d'action (demi-vie plasmatique

trois à dix minutes) et de l'intensité des effets. Après la prise survient le "flash" (seulement en injection), moment décrit comme extatique et rapidement suivi par un état de sédation et de bien-être. L'héroïne a également des effets anxiolytique et antidépresseur. L'examen clinique objective surtout un myosis serré bilatéral, une hypotension orthostatique, une diminution de la fréquence respiratoire... Le décès peut survenir par arrêt cardiorespiratoire en cas d'overdose ou de consommation associée à d'autres SPA (benzodiazépines, hypnotiques...). L'installation d'une dépendance tant physique que psychologique est rapide.

Les signes de manque seront parfois au premier plan. Des signes dits "précoces" dans les premières 24 heures : bâillements, rhinorrhée, majoration de l'irritabilité, de l'anxiété, larmoiement, hypersialorrhée, hypersudation, mydriase, frissons ou encore, sensation de chaud et froid. Dans un second temps, le sujet est confronté à la survenue de douleurs abdominales diffuses, de lombalgies, de crampes, de diarrhées. Le patient peut être alors très agité et irritable. Cette symptomatologie s'amende en cinq à dix jours.

C.2.5. Amphétamines et ecstasy (38)

• Amphétamines (39)

Les symptômes d'intoxication aux amphétamines sont proches de ceux retrouvés chez le consommateur de cocaïne. Le clinicien pourra relever des modifications du comportement à type d'euphorie, d'hypersociabilité ou, à l'inverse, une agressivité, une hypovigilance, une agitation, une tension interne, une certaine fébrilité. Dans le cas d'une consommation chronique, il peut apparaître une tristesse, un émoussement affectif, un repli sur soi et une altération du jugement. Les symptômes physiques sont la tachycardie, une mydriase, une hypo- ou hypertension, des douleurs musculaires ou thoraciques, un amaigrissement, une anorexie, une faiblesse musculaire, une dépression respiratoire... Les complications sont d'ordre physique et psychique : troubles du rythme, cardiomyopathies, atteintes valvulaires, syndrome coronarien aigu, dissection aortique, arrêt cardiaque, hypertension artérielle pulmonaire état de mal convulsif, dépression, trouble psychotique...

• Ecstasy (40)

Les effets aigus apparaissent rapidement après la prise (30 à 60 minutes environ). Ils sont marqués par une forte désinhibition, une sensation de bien-être, de toute puissance... Dans les cas d'intoxication, il est possible de relever : une agitation, une tachycardie, une hypertension, une mydriase, un trismus et une hypersudation. Des cas mortels surviennent parfois par hyperthermie, état de mal

convulsif, CIVD, ou encore rhabdomyolyse. Perdurant quelques heures, les effets sont suivis d'une descente avec fatigue intense et dépression, une phase pendant laquelle l'association à d'autres produits est fréquente (tableau II).

C.2.6. Hallucinogènes (41)

Il s'agit d'un groupe très vaste de produits qui regroupe notamment le LSD, la psilocybine, la mescaline et le DMT (diméthyltryptamine). Demeurant le plus fréquemment utilisé, le LSD est aussi le produit hallucinogène le plus puissant. Apparaissant rapidement (30 à 60 minutes) après la prise, classiquement orale, les effets durent six à 12 heures en moyenne. Le sujet est victime d'hallucinations visuelles et de modifications spatio-temporelles qu'il pourra décrire à l'issue de la prise. Les perceptions tactiles, auditives ou visuelles s'entremêlent. La consommation peut se compliquer d'un *bad trip*, caractérisé par l'apparition de troubles neurologiques (marche ataxique, vertige, tremblement) associés à une amplification des hallucinations avec sentiment de dépersonnalisation et, enfin, des troubles dysphoriques. Une anxiété majeure et des attaques de panique ne sont pas rares. L'examen somatique est peu spécifique hormis les signes d'imprégnation aiguë :

hypertension artérielle, tachycardie, hyperhémie conjonctivale, mydriase, larmolement ou encore, hypersalivation.

C.2.7. Solvants (42, 43)

Cette catégorie de SPA regroupe de nombreux produits comme le toluène, l'éther, le chloroforme, le trichloréthylène, l'essence, le kérosène, les dissolvants, détachants, colles... Le sujet les "sniffe" soit directement, soit dans un sac. Les effets sont rapides : vertiges, nausées, sensation d'ivresse, nystagmus, confusion, sédation, convulsion et parfois coma. L'intensité des effets dépend de la substance et de la quantité inhalée. Dans certains cas, le sujet peut présenter un état hallucinatoire de survenue brutale. Les complications sont d'ordre neurologique, hépatique ou rénal.

C.2.8. Médicaments psychotropes

Il s'agit d'une catégorie extrêmement vaste de produits regroupés dans trois grandes classes : les anxiolytiques, les antidépresseurs et les hypnotiques. Les effets sont d'ordre cognitif (mémoire, attention, praxie...), sédatif, ou une hyperagitation paradoxale. La base de données VIDAL, BIAM ou les fiches de transparences détaillent produit par produit leurs effets indésirables (tableau III). ■

Tableau II : Ecstasy, résumé des complications

Effets / Complications aigus	Complications chroniques
HTA, bradycardie, mydriase, déshydratation, overdose, syndrome confusionnel, vertige, trouble de la marche, syndrome hyperthermique, attaque de panique (bad trip)	Hépatite, sécheresse buccale, état délirant, caries, trouble de l'humeur, troubles mnésiques, bruxisme

Tableau III : Récapitulatif des signes cliniques d'alerte (d'après Richard D, Pirot S, Senon JL. Les principales drogues. In : Angel P, Richard D, Valleur M. Toxicomanies. Paris : Masson ; 2000)

Substances psychoactives	Signes d'intoxications aiguës et de consommations excessives
Alcool	Ivresse : excitation psychomotrice, ébriété, dépression. Ivresse pathologique : trouble du comportement, agitation, agressivité. Coma éthylique. HTA, haleine œnolique, tremblements, pyrosis, fatigabilité, irritabilité, plaintes somatiques multiples...
Cannabis	Conjonctivite, ivresse cannabique, hallucinations, agitations, illusions sensorielles, hypotension.
Opiacés	Myosis, ralentissement fréquence respiratoire ; diminution fréquence cardiaque, hypotension. Signes de manque : bâillement, larmolement, hypersudation, signes digestifs, douleurs, angoisse.
Cocaïne, amphétamine, crack	Mydriase, accélération de la fréquence cardiaque, hypertension artérielle, hyperthermie, angor, sécheresse buccale, tremblements, agitation, crise paranoïaque...
MDMA (ecstasy)	Mydriase, dilatation pupillaire, nervosité, hypertension artérielle, tachycardie, attaque de panique, hyperthermie.
Hallucinogènes	Mydriase, hypertension, hyperthermie, vasodilatation au niveau du visage, anxiété, état paranoïaque, dépersonnalisation, illusions sensorielles...
Solvants	Très variable selon les produits mais prédominance des signes neurologiques (incoordination, confusion, convulsions) et cardiaques (troubles du rythme), apnée...

H. Martini

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel. IV – Repérage clinique. 1 – Circonstances, stratégie, moyens d'évaluation et outils du repérage clinique de la consommation de SPA

Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (3) : 273-285

Références bibliographiques

- 1 - Saint-Jacques M, Filion-Bilodeau S, Legault L, Gregoire R, Topp J, Brown TG. Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendances. Rapport final au FQRSC. Douglas, Québec : Institut universitaire en santé mentale, 2009.
- 2 - Karila L, Reynaud M. Stratégies de repérage précoce de l'usage nocif de produits psychoactifs. In : Reynaud M, Bailly D, Venisse JL. Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? Paris : Masson ; 2004. p. 127-33.
- 3 - Société Française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Recommandations pour la pratique clinique. *Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (suppl. 4) : 15-72S.
- 4 - Michaud P, Dewost AV, Fouilland P. Boire moins c'est mieux. Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risques dans la pratique des médecins ? *Presse Méd.* 2006 ; 35 : 831-9.
- 5 - Yersin B. Les questionnaires de dépistage en alcoologie. *Alcoologie*. 1999 ; 21 : 397-401.
- 6 - Aubin HJ, Marra D, Barrucand D. Modes d'évaluation standardisée de l'alcoolisme. In : Adès J, Lejoyeux M. Alcoolisme et psychiatrie. Données nouvelles et perspectives. Paris : Masson ; 1997. p. 57-65.
- 7 - Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. Dixième édition. Chap. V : troubles mentaux et troubles du comportement. Paris : Masson ; 1996.
- 8 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders. Fourth Edition. Washington, DC : APA ; 1994 (Paris : Masson ; 1996).
- 9 - Krenz S, Dieckman S, Favrat B. French version of the addiction severity index. Fifth Edition: validity and reliability among swiss opiate-dependant patients. *Eur Addict Res*. 2004 ; 10 : 173-9.
- 10 - McLellan AT, Kushner H, Metzger D. The fifth edition of the Addiction severity index. *J Subst Abuse Treat*. 1992 ; 9 : 199-213.
- 11 - Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer J. A new brief screening for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999 ; 153 : 591-6.
- 12 - Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. [Validation of a questionnaire to screen for harmful use of alcohol and cannabis in the general population: CRAFFT-ADOSPA]. *Presse Méd.* 2007 ; 36 : 582-90.
- 13 - Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new screening instrument. *Am J Psychiatry*. 1974 ; 131 : 1121-3.
- 14 - Rueff B, Crnac J, Darne B. [Detection of alcoholic patients using the systematic CAGE autoquestionnaire. In out patients]. *Presse Méd.* 1989 ; 18 : 1654-56.
- 15 - Michaud P. Dépistage des problèmes liés à l'alcool dans les prisons : utilisation du questionnaire DETA. *Alcoologie*. 1996 ; 18 : 339-44.
- 16 - Huas D, Darne B, Rueff B, Lombrail P, Leblanc B. Maladies alcooliques et consultation de médecine générale : prévalence et détection. *Rev Prat Méd Gén.* 1990 ; 81 : 45-9.
- 17 - Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT: the Alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 1989.
- 18 - Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993 ; 88 : 791-804.
- 19 - Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daeppen JB. The Alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 ; 29 : 2001-7.
- 20 - Selin KH. Alcohol use disorders identification test (AUDIT): what does it screens? Performance of the AUDIT against four different criteria in a Swedish population sample. *Substance Use & Misuse*. 2006 ; 41 : 1881-91.
- 21 - Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kvlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 ; 31 : 1208-17.
- 22 - Selzer M. The Michigan alcoholism screening test (MAST). *Am J Psychiatry*. 1971 ; 127 : 89-94.
- 23 - Yersin B, Trisconi Y, Paccaud F, Gutwiller F, Magnenat P. Accuracy of the Michigan alcoholism screening test for screening of alcoholism in patients of a medical department. *Arch Intern Med*. 1989 ; 149 : 2071-4.
- 24 - Selzer MA. Self administered short MAST. *J Stud Alcohol*. 1975 ; 36 : 117-26.
- 25 - Pokorny L. The brief MAST. *Am J Psychiatry* 1982 ; 129 : 342-5.
- 26 - Dewost AV, Michaud P, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. Fast alcohol consumption evaluation: a screening instrument adapted for French general practitioners. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006 ; 30 : 1889-95.
- 27 - Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol scale (CIIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989 ; 84 : 1353-7.
- 28 - Alexander DE, Leung P. The marijuana screening inventory: reliability, factor structure and scoring criteria with a clinical sample. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004 ; 30 : 321-51.
- 29 - Karila L, Couteron JP, Reynaud M. Stratégies de repérage et d'évaluation de l'usage nocif de cannabis. In : Reynaud M. Cannabis et santé. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2004. p. 153-63.
- 30 - Annaheim B, Rehm J, Gmel G. How to screen for problematic cannabis use in population surveys: an evaluation of the Cannabis use disorders identification test (CUDIT) in a Swiss sample of adolescents and young adults. *Eur Addict Res*. 2008 ; 14 : 190-7.
- 31 - Adamson SJ, Sellman JD. A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis use disorders identification test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug Alcohol Rev*. 2003 ; 22 : 309-15.
- 32 - Annaheim B, Scotto TJ, Gmel G. Revising the Cannabis use disorders identification test (CUDIT) by means of Item Response theory. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2010 ; 19 : 142-55.
- 33 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Alcool. Effets sur la santé. Expertise collective. Paris : INSERM ; 2001. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>.
- 34 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? Expertise collective. Paris : INSERM ; 2001. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>.
- 35 - Domic Z, Richard D, Senon JL, Ingold R, Toussirt M. La cocaïne. *Toxibase*. 1996 ; (2).
- 36 - Haute Autorité de Santé. Prise en charge des consommateurs de cocaïne. Recommandations de bonnes pratiques. Paris : HAS ; 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_recommandations.pdf.
- 37 - Richard D, Senon JL, Hautefeuille M, Facy F. L'héroïne. *Toxibase*. 1998 ; (1).
- 38 - Laure P, Richard D, Senon JL, Pirot S. Psychostimulants et amphétamines. *Toxibase*. 1999 ; (1).
- 39 - Karila L, Petit A, Cottencin O, Reynaud M. [Methamphetamine dependence: consequences and complications]. *Presse Méd.* 2010 ; 39 : 1246-53.
- 40 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Ecstasy. Des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage. Expertise collective. Paris : INSERM ; 1998. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>.
- 41 - Deille JM. Psychostimulants et psychodysléptiques. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2006 : 585-97.
- 42 - Richard D, Pirot S, Senon JL. Les principales drogues. In : Angel P, Richard D, Valleur M. Toxicomanies. Paris : Masson ; 2000. p. 125-30.
- 43 - Goullé JP, Lacroix C. L'abus de substances volatiles. *Ann Toxicol Anal*. 2006 ; 18 : 7-15.

RECOMMANDATIONS

Dr Anne-Laurence Thomas-Desessarts*, Dr Didier Playoust**, Mme Aude Lalande***, Mme Sylvie Masson****

* Médecin du travail, Conflans-Sainte-Honorine, France

** Addictologue, Aernnos-les-Bains, France

*** Sociologue, Paris, France

**** Assistante sociale, Lille

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel

IV – Repérage clinique

2 – Les acteurs du repérage

Les conduites à tenir en fonction des résultats du repérage

Résumé

Toute personne présente sur le lieu de travail peut être amenée à repérer un mésusage de substance psychoactive (SPA), mais sa fonction, sa formation, son éthique, sa personnalité et son expérience feront varier l'interprétation, la "conduite à tenir" et donc les conséquences de ce repérage. Or, le repérage est indissociable des notions de libertés individuelles, d'éthique et de transparence (vis-à-vis de la personne repérée), exercice difficile face aux contraintes réglementaires. Les services de santé au travail doivent être en capacité de proposer à tout salarié de bénéficier d'une évaluation clinique de sa consommation de SPA et de délivrer, le cas échéant, une intervention brève sur l'ensemble des substances, y compris les médicaments psychotropes. Le cas échéant, un accompagnement thérapeutique sera proposé. Dans le cadre d'un protocole, le repérage peut être confié par le médecin à un infirmier de santé au travail préalablement formé. Il est recommandé que la décision d'aptitude prononcée par le médecin du travail suite au repérage d'un mésusage de SPA soit toujours proportionnelle au risque que cette consommation induit en milieu du travail, sur le salarié ou son entourage.

Mots-clés

Substance psychoactive – Travail – Mésusage – Repérage – Conduite à tenir.

Cet article est issu de l'Argumentaire des Recommandations pour la pratique clinique "Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel".
Société française d'alcoologie, en partenariat avec la Société française de médecine du travail.

Summary

Misuse of psychoactive drugs at workplace. IV – Clinical detection. 2 – Persons involved in detection. Management as a function of the results of detection

Anyone present in the work place may detect a case of psychoactive substance abuse, but his/her position, training, ethical values, personality and experience can alter the interpretation, "management" and therefore the consequences of this detection. Detection of substance abuse is indissociable from the concepts of individual freedom, ethics and transparency (in relation to the person identified), which is a difficult exercise in relation to regulatory requirements. Occupational health services must be able to provide all workers with the possibility of clinical assessment of psychoactive substance use and, when necessary, provide brief intervention on all of these substances, including psychotropic medications. When necessary, therapeutic management may be proposed. In the context of a protocol, detection of cases of psychoactive substance abuse can be delegated by a physician to a previously trained occupational health nurse. The aptitude decision taken by the occupational health physician following detection of psychoactive substance abuse must always be proportional to the risk induced by this consumption in the work place for the employee or fellow workers.

Key words

Psychoactive substance – Work – Abuse – Detection – Management.

Réflexions préalables

Épidémiologie – La consommation de substances psychoactives (SPA) a été multipliée par dix ou 20 depuis 1970, et le monde de l'entreprise doit composer avec cette don-

née (1-3). D'après l'enquête de prévalence par questionnaire d'Orset (4), la consommation de SPA est susceptible de concerner tous les âges, tous les milieux professionnels et tous les milieux sociaux.

Légitimité de la problématique – Si la question du repérage clinique de la consommation des SPA dans le monde du travail est légitime en raison des risques individuels et collectifs que cela implique, sa résolution est complexe car les notions éthiques et juridiques ne cessent de se poser, en s'affrontant parfois quand on essaye d'en définir les limites.

Formation – D'après l'enquête nationale "Addiction en santé au travail : repérage des pratiques des médecins du travail" de l'INPES-SMTOIF-INRS, 2009 (5), il existe un manque de formation des médecins du travail sur le dépistage du mésusage des SPA et un besoin de recommandation sur le sujet. Quel que soit le public concerné, toute formation devrait inclure un temps notable de réflexion sur les représentations (6) de chacun et le comportement qu'elles engendrent. Cette réflexion concerne également les professionnels de santé au travail car leur histoire personnelle peut influencer sur des décisions qui doivent normalement obéir à des règles de neutralité et d'absence de jugement. Les représentations erronées concernant les personnes en situation de mésusage pourraient par ailleurs induire une stigmatisation ou, au contraire, une sous-estimation du risque (3, 7, 8). Si une meilleure formation dans ce domaine s'avère importante, les termes utilisés par la MILDT dans son rapport "Conduites addictives et milieu professionnel" (6), qui préconise de "*rendre, par des formations adaptées, tous les acteurs capables de reconnaître les différentes variétés de conduites addictives et leurs expressions*", laissent plusieurs questions en suspens :

- n'y a-t-il pas un risque de glissement entre compétence à repérer et obligation de signaler ?
- ces formations ne vont-elles pas aboutir à un "brevet de capacité à signaler" ?
- des "séances d'information sur l'usage et le mésusage des SPA" pour tous les acteurs ne seraient-elles pas plus neutres que des formations à reconnaître ?
- pourrait-on créer un label garantissant leur éthique ?

Sécurité, responsabilité – Le devoir de sécurité et la responsabilité sanitaire de l'entreprise et des médecins peuvent être assimilés à un pouvoir de répression ou être vécu comme tel : sanction par l'entreprise ou inaptitude médicale décrétée par le médecin. Bien que l'équipe de santé au travail soit soumise au secret professionnel, les conséquences de l'avis d'aptitude sont susceptibles d'ali-

menter rumeur et stigmatisation. La tendance actuelle au repérage individuel privilégie la dimension personnelle de la responsabilité, aux dépens de la responsabilité du collectif de travail ou de l'entreprise. Un repérage devrait donc être associé :

- à la nécessité de réduire le risque individuel et/ou collectif, la réponse à apporter devant toujours être proportionnée aux risques encourus ;
 - au devoir d'accompagnement sanitaire et professionnel du sujet en difficulté (et/ou des collectifs de travail) ;
 - à la mise en œuvre d'action collective de prévention (6), en gardant à l'esprit que si le travail est un indéniable facteur d'insertion, il peut aussi être un facteur d'augmentation de la consommation de SPA avec mésusage potentiel (1, 9) ;
- et dissocié de toute perspective répressive (éthique autour du devoir de sécurité).

Indépendance professionnelle des personnels de santé au travail (PST) – L'accompagnement par le médecin du travail d'une personne dans le mésusage implique une indépendance totale dans l'exercice professionnel. Cette indépendance l'oblige aussi à un devoir d'excellence dans le style relationnel qu'il doit adopter pendant les entretiens individuels : empathie, absence de jugement, neutralité, transparence, devoir d'information, responsabilisation du salarié dans la démarche de changement, encouragement. Il doit se méfier de l'utilisation de la toute-puissance du message sanitaire et de ses tentations "hygiénistes" et se rappeler qu'il a aussi le devoir de respecter le principe de liberté individuelle, en entretien individuel, mais aussi en réunion ou en formation.

Ambiguïté juridique – Quand un salarié (hors encadrement ou hiérarchie) repère une situation évoquant un mésusage de SPA, différentes solutions s'offrent à lui selon la représentation qu'il s'en fait :

- en parler directement avec l'intéressé ;
- en parler à la hiérarchie ;
- se taire.

Il existe un conflit entre :

- la notion de liberté individuelle : le salarié a-t-il le droit (la liberté) de se taire ?
- le droit du travail R.4228-21 : "*Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse*" (obligation pour l'employeur) ;
- la non-assistance à personne en danger. Quand la MILDT demande dans son rapport (6) de "*rendre tous les acteurs susceptibles de faire du repérage*", il faudrait ajouter "dans l'unique but de faire cesser le risque". Où se situe la limite entre un comportement altérant la productivité

du salarié et un trouble du comportement dangereux pour lui-même ou les autres ?

Usage ou mésusage ? – Deux notions à ne pas confondre et à bien analyser (10) :

- s'il existe des consommations sans répercussion sur l'environnement du travail, qui ne doivent donc pas avoir d'incidence sur la décision d'aptitude, d'autres peuvent, à l'inverse, être dommageables en milieu de travail, à un moment donné, pour une personne donnée, indépendamment d'une dépendance avérée ;

- le mésusage ne se définit pas par des quantités, mais par les conséquences de la consommation, par exemple des difficultés dans les relations sociales ou interpersonnelles, une incapacité de remplir des obligations importantes, ou dans des situations où la consommation peut être physiquement dangereuse.

NB : il semblerait que les annexes du DSM-5 ne décrivent désormais que deux situations : l'utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail et l'utilisation répétée d'une substance dans des situations pouvant être cause de danger physique (conduite automobile, exploitation de machine), qui peuvent constituer un trouble de l'utilisation de substances. Ces notions n'ayant actuellement pas de traduction française officielle, nous continuons d'utiliser la terminologie du DSM-IV.

Légitimité de l'acteur du repérage – Le repérage d'une situation à risque ou pathogène, comme le mésusage de SPA, doit engendrer une action de celui qui repère. Cette action est légitimée par sa fonction et par le cadre dans lequel il agit à un moment donné : cadre sanitaire, sécuritaire ou réglementaire. En dehors de ces cadres, il existe un cadre relationnel où l'acteur du repérage parle en tant qu'individu indépendamment de son statut d'appartenance à l'entreprise. Ces cadres seront détaillés ci-après. Dans tous les cas, il importe que l'acteur du repérage ait un discours suffisamment clair pour que la personne repérée puisse comprendre dans quel cadre on s'adresse à elle. Il est important que chacun reste dans son rôle, ce qui n'empêche pas un discours respectueux.

Prise en compte du risque lié au mésusage des SPA dans le document d'évaluation des risques dit "document unique" (11) – Le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 impose aux entreprises, quelle que soit leur taille, la création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. L'évaluation du mésusage de SPA fait partie de l'évaluation des risques psychosociaux de l'entreprise et doit figurer dans le document unique.

A – Quels sont les acteurs du repérage ?

Toute personne présente sur les lieux du travail peut être amenée à "repérer" un mésusage de SPA, mais sa fonction, sa formation, son éthique, sa personnalité et son expérience feront varier l'interprétation, la conduite à tenir et donc les conséquences de ce "repérage".

Le repérage est indissociable des notions de respect des libertés individuelles, d'éthique (6) et de transparence (vis-à-vis de la personne repérée), exercice difficile où les contraintes réglementaires énoncées :

- par le Code du travail – Art. R.4624-10 : "*L'avis d'aptitude formulé par le médecin du travail concerne l'adéquation entre l'état de santé d'un salarié et son poste de travail. Il résulte de l'examen médical du travail qui a pour but :*

. de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs ;

. de s'assurer qu'il est médicalement apte au poste de travail ;

. de proposer éventuellement des adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes" ;

- ou par le règlement intérieur, si celui-ci contient des articles sur le sujet,

ont aussi leur place. L'avis d'aptitude est donné lors de la visite d'embauche, des visites périodiques, des visites de reprise, des visites occasionnelles demandées par le salarié (sauf les visites confidentielles) ou par l'employeur.

Le repérage peut être fait par une personne (ou un groupe de personnes) dont l'action est légitimée par sa fonction et par le cadre dans lequel elle agit à un moment donné : cadre sanitaire, sécuritaire, réglementaire ou relationnel. On notera que quand le médecin du travail évalue des risques liés à une consommation, puis informe, oriente et accompagne, il agit dans le cadre de ses fonctions sanitaires. Or, dans le cadre d'une même consultation, il peut être amené à prononcer une décision d'aptitude et exercer par conséquent des fonctions réglementaires. On recommandera par conséquent d'explicitier chaque fois que possible, tant aux salariés reçus en consultation qu'à leur encadrement et à la direction de l'entreprise, les contraintes liées à cette double fonction et de rappeler les impératifs de respect des libertés individuelles, d'éthique, de secret médical et de transparence auxquels doit se conformer le corps médical.

A.1. Repérage dans le cadre d'une fonction sanitaire

Relèvent de ce cadre les différents intervenants médico-psychosociaux du champ de la santé au travail : infirmier,

assistant social, psychologue, médecin du travail (la santé étant définie comme un bien-être physique, psychique et social) et, dans certaines entreprises, le “référént alcool”. Il s’agit en général d’une personne, anciennement dépendante de l’alcool ou active dans un mouvement d’entraide, mandatée officiellement par l’employeur pour “accompagner” des salariés en difficulté avec ce produit.

Conformément à la synthèse des recommandations professionnelles issues d’un consensus formalisé et publiées par la Haute Autorité de Santé (12) sur le contenu du dossier médical en santé au travail, qui préconisent le recueil des données actualisées sur l’habitus (alcool, tabac, autres addictions), que les professionnels de santé au travail évaluent le type de consommations (usage à risque, nocif pour la santé, dépendance) et recherchent une polyconsommation.

Il est recommandé de proposer systématiquement aux salariés des questionnaires d’évaluation validés dont les réponses sont ensuite à analyser avec le salarié afin d’entamer un dialogue (13-18). Une étude randomisée contrôlée sur le repérage par questionnaire AUDIT suivi d’une intervention brève montre que cette dernière est efficace en santé au travail (17). Le repérage précoce et l’intervention brève (RPIB) lors de toute visite médicale sont également préconisés par la MILDT (6).

Le secret partagé – La notion de “secret partagé” se limite aux membres de l’équipe médicale de santé au travail qui peuvent partager “certaines” données selon les principes déontologiques “pour assurer la continuité des soins et améliorer leur qualité”, dans l’intérêt du patient et avec son consentement “éclairé, explicite et exprès”. Les données doivent rester “nécessaires, pertinentes et exprès” (19).

Les professionnels de santé au travail se doivent également de travailler dans la transparence vis-à-vis de la personne en difficulté.

A.2. Repérage dans un cadre réglementaire

Relèvent de ce cadre :

- l’employeur et ses représentants, qui doivent faire respecter le Code du travail et le règlement intérieur quand il existe ;
- le médecin du travail quand il émet un avis d’aptitude : ses missions sont en effet d’“éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail” (Code du travail,

article L.4622-3). Faire respecter le règlement intérieur ne fait donc pas partie de ses responsabilités.

En effet, le règlement intérieur peut édicter des règles de fonctionnement dans le domaine de la sécurité, mais aussi de protection plus large de l’entreprise (productivité, biens matériels, image de marque...). Ces notions qui n’ont pas à intervenir dans la décision d’aptitude du médecin du travail. À ce niveau, c’est en effet à l’employeur de prendre ses responsabilités.

A.3. Repérage dans un cadre sécuritaire

Relève de ce cadre l’ensemble des acteurs du monde du travail, à savoir tout salarié de l’entreprise et toute personne présente sur le lieu de travail, y compris dépendant d’une entreprise extérieure, intérimaire, client, témoin, quel qu’il soit. L’acteur du repérage se demandera alors si le comportement de tel individu met en danger sa propre sécurité et/ou celle des “autres”. C’est dans ce cadre que se pose la question de la proportionnalité entre la prise de risque et les conséquences de la réponse. D’où la nécessité de distinguer le risque immédiat – “péril imminent” – qui concerne tous ceux qui le repèrent et le “risque ultérieur”, plus incertain et probablement plus proche du cadre réglementaire.

A.4. Repérage dans un cadre “relationnel”

Ce cadre concerne potentiellement “tout le monde” dans le contexte de relations professionnelles. Pour sensibiliser aux risques liés à l’usage de SPA au travail, on s’efforcera d’inviter chaque personne en situation de repérage à s’interroger sur :

- ce qui la touche, quelle que soit sa position, dans le repérage d’un mésusage de SPA ;
- ce qui guide sa réaction ;
- ce qu’il est éthique ou non “de faire ou ne pas faire”. Une personne ayant un lien hiérarchique peut-elle tenir le rôle de “simple collègue” voulant aider ? N’y a-t-il pas dès lors un risque de télescopage des rôles ?

On observe fréquemment un repérage “de groupe” : tout le monde en parle, sans s’adresser directement à la personne concernée. C’est un repérage sans action, donc sans efficacité, qui aboutit souvent à la stigmatisation. Dans de tels cas, une intervention de l’employeur sera préconisée, de façon à contrer la rumeur et à proposer une conduite à tenir (cf. infra). On se méfiera d’une sollicitation hâtive des professionnels de santé, qui pourrait amplifier des processus de stigmatisation.

Recommandations

R.7. Il est recommandé que les médecins du travail soient en capacité de proposer systématiquement à tout salarié, quels que soient notamment son âge et son poste de travail, une évaluation clinique de sa consommation de SPA (Recommandation HAS sur le contenu du Dossier médical en santé au travail). Dans le cas de l'alcool, le salarié doit être informé de son niveau de risque et, le cas échéant, doit pouvoir bénéficier d'une intervention brève sur le mode motivationnel visant à réduire sa consommation ou, au minimum, se voir remettre une documentation (Recommandation de la Commission d'audit pour l'HAS, 2007). Cette évaluation devra être renouvelée régulièrement (accord professionnel). Pour les autres SPA, des études de validité des interventions brèves sont recommandées.

R.8. L'évaluation de la consommation de SPA peut être confiée, dans le cadre d'un protocole, par le médecin du travail à un(e) infirmier(e) en santé au travail. Il est recommandé que l'infirmier(e) qui participe à cette action soit préalablement formé(e) à l'addictologie et notamment aux techniques de repérage précoce avec intervention brève ; formations qui devraient être intégrées aux cursus de formation initiale et continue (accord professionnel).

R.9. Le caractère licite ou illicite de la substance consommée ne doit pas guider l'évaluation (accord professionnel).

B – Conduite à tenir en fonction du repérage

B.1. Conduite à tenir en fonction du cadre

B.1.1. Conduite à tenir dans le cadre de fonctions sanitaires

- Pour les SPA en général

Que le repérage soit systématique (questionnaire ou entretien) ou opportuniste (découverte de signes fonctionnels parfois banals, de signes cliniques à l'examen, de signes sociaux, professionnels, familiaux, judiciaires), les résultats et la conduite à tenir sont envisagés selon la forme de(s) consommation(s) aiguë(s) et/ou chronique(s), et ce, quelle(s) que soi(en)t la ou les SPA consommée(s). On distinguera :

- l'usage : consommation à faible risque (socialement et

médicalement acceptable) qui donnera lieu à une information sur les risques potentiels : sanitaires, réglementaires...

- et le mésusage, autrement dit :

. l'usage à risque appelant une information sur les risques encourus et une intervention brève adaptée précisant notamment le niveau de risque atteint ;

. l'usage nocif appelant une information sur les risques encourus, une intervention brève adaptée et, si nécessaire, une orientation vers des soins ;

. l'usage avec dépendance appelant une information sur la pathologie addictive et sur les risques toxiques encourus, une orientation vers un accompagnement spécialisé, via le médecin traitant.

Dans tous les cas, une brochure d'information issue d'organismes reconnus par la communauté scientifique est proposée au salarié à la fin de l'entretien.

En cas de mésusage avec dépendance, dans l'intérêt du salarié et avec son accord, le médecin du travail collaborera avec le médecin traitant, le psychiatre et les équipes de soins spécialisés dans le champ de l'addiction (20, 21). Par ailleurs, le médecin du travail décide de l'opportunité de mettre en place une surveillance médicale dans le cadre d'un soutien qui ne doit pas se substituer à l'accès aux soins ou à l'accompagnement externes, ni le limiter.

Développée en détail dans le chapitre sur le dépistage biologique de cet argumentaire, la pratique de tests biologiques devrait rester marginale (opinion des experts) et ne jamais se substituer à l'entretien clinique. Outre la limite de leur validité et les contraintes techniques qui les accompagnent, leur généralisation est difficilement compatible avec la relation de confiance que tout médecin du travail cherche à établir avec le salarié et peut nourrir l'idée (assez répandue) que le médecin du travail n'aurait pas d'indépendance professionnelle vis-à-vis de l'employeur. Ces tests pourraient même devenir contre-productifs sur le long terme, que ce soit au niveau individuel ou collectif (avis d'expert).

Actuellement, les seuls outils d'aide à la décision pour les aptitudes sur les postes de sécurité sont les tests psychotechniques qui sont peu utilisés car ce sont des examens longs et peu fiables. Des actions de recherche active vers des tests qui analyseraient le niveau de vigilance, de réflexes et la qualité de la vision dans des situations proches du réel doivent être encouragées. L'utilisation de simulateurs de conduite serait par exemple intéressante (conduite routière, mais aussi conduite de chariots automoteurs qui ne requiert pas les mêmes capacités).

À terme, le médecin du travail devra analyser la relation entre le mésusage et les conditions ou l'environnement de travail : comportement d'importation, d'acquisition ou d'adaptation (22) (voir le chapitre sur les déterminants professionnels des usages de SPA).

Quel que soit le produit concerné (légal ou illégal), il est important de donner un cadre à l'entretien : le salarié est informé du résultat du repérage et du niveau de risque. Le médecin lui laisse la responsabilité du changement, lui donne clairement un conseil de modération ou d'abstinence, lui propose un choix de stratégies et l'encourage sur ses chances de réussite. L'empathie et l'absence de jugement sont indispensables.

Si le repérage est issu de l'entourage professionnel, il doit être confirmé par écrit par la hiérarchie. Au mieux, l'employeur adresse au médecin du travail un courrier relatant des éléments factuels en relation avec le travail.

- Pour le cas des médicaments psychoactifs (MPA)

La conduite à tenir est la même. Comme pour les autres SPA à doses équivalentes, les effets secondaires des MPA (anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques, neuroleptiques...) varient considérablement d'un sujet à l'autre.

L'échelle d'Epworth (23) (cf. annexe 1) évalue la somnolence diurne, avec plusieurs limites : il s'agit d'un test "déclaratif", uniquement validé pour dépister des apnées du sommeil. Étudier l'intérêt de son utilisation dans le cadre d'une évaluation de la vigilance des personnes consommant des médicaments psychoactifs (par exemple pour la conduite de véhicules) pourrait être envisagé.

- Pour le cas particulier des traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Le médecin du travail a un rôle majeur à jouer à un moment où la possibilité de réinsertion par le travail peut intervenir. Un salarié sous TSO ne doit en aucun cas faire l'objet de pratiques discriminatoires ni à l'embauche ni dans le cadre de l'activité professionnelle. Comme pour toutes les consommations de SPA, les réponses à apporter en termes d'aptitude doivent donc être proportionnelles aux risques encourus et doivent prendre en compte la tolérance individuelle (avis d'expert) :

- en cas d'un simple usage thérapeutique, le salarié est considéré comme un patient bénéficiant d'un traitement, régulièrement suivi, co-acteur de ses soins et conscient de ses responsabilités. Il fournit au médecin du travail les données du cadre thérapeutique dans lequel il évolue :

Annexe 1. – Échelle de somnolence d'Epworth (23).

Quelle probabilité avez-vous de vous assoupir ou de vous endormir dans les situations suivantes, indépendamment d'une simple sensation de fatigue ?

Même si vous ne vous êtes pas trouvé dans ces circonstances, imaginez votre réaction :

- 0 = pas de risque de s'assoupir
- 1 = petite chance de s'assoupir
- 2 = possibilité moyenne de s'assoupir
- 3 = grande chance de s'assoupir

- Assis en lisant :
- En regardant la télévision :
- Assis inactif en public (par exemple au théâtre ou lors d'une réunion) :
- Comme passager en voiture pendant une heure sans arrêt :
- En s'allongeant pour faire la sieste l'après-midi si les circonstances le permettent :
- Assis et en discutant avec quelqu'un :
- Assis tranquillement après un repas sans alcool :
- Au volant, après quelques minutes d'arrêt lors d'un embouteillage :

Interprétation des résultats :

- un score supérieur à 11 signe une somnolence diurne pathologique ;
- un score supérieur à 15 est un score d'alerte sévère.

coordonnées du thérapeute, coordonnées du pharmacien, posologies prescrites de buprénorphine ou de méthadone ;
- en cas de mésusage, le médecin du travail doit évaluer le niveau de mésusage et prendre à la fois en compte la toxicité-spécificité du produit et la spécificité de la pathologie addictive. Il oriente le salarié, l'accompagne et doit intégrer dans son approche le risque accru de polyconsommation. La réponse en termes d'aptitude et de fréquence des visites sera proportionnée au risque encouru, et une surveillance médicale "rapprochée" sera mise en place.

Parmi les éléments rapportés dans la revue de la littérature de Durand (1), il faut retenir que :

- "en milieu de travail, les principales questions qui se posent concernent la vigilance, la conduite automobile et le dépistage" ;
- "les personnes traitées depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, stabilisées, ne présentent pas de trouble de la vigilance significatif par rapport à la population générale" ;
- "les troubles de la vigilance sont observés chez les sujets traités prenant d'autres SPA (notamment l'alcool)".

Tests biologiques dans le cadre du dépistage des TSO : s'il n'est pas souhaitable de rentrer dans des protocoles trop

rigides, l'arbre décisionnel pour l'aptitude à un poste de sûreté ou de sécurité cité dans l'article de Frimat (3) constitue un outil d'aide à la décision. Il faut néanmoins garder à l'esprit que les situations doivent toujours être analysées au cas par cas, dans le cadre d'un contrat de confiance et, de préférence, en pluridisciplinarité avec les équipes de soins. Si le médecin du travail ne doit en aucun cas entrer dans une logique de contrôle systématique de la prise du traitement de substitution, il peut – avec l'accord du salarié – collaborer avec les soignants prescripteurs pour mieux apprécier l'influence clinique de la prise d'un TSO sur l'aptitude au travail. Lorsque la pratique de test s'avère nécessaire, mieux vaut, dans le cadre d'une collaboration avec les soignants prescripteurs, utiliser ceux réalisés en milieu de soins.

B.1.2. Conduite à tenir dans un cadre réglementaire

Dans ce cadre (distinct du cadre sécuritaire ci-après), la fonction du médecin du travail est d'appliquer le Code du travail : il doit émettre un avis d'aptitude. La notion d'aptitude ne devant pas être confondue avec celle de la compétence, le médecin du travail doit toujours réfléchir au sens et au contour de sa mission.

La décision d'aptitude doit toujours être proportionnelle au risque encouru. Elle doit à la fois s'appuyer sur l'évaluation du risque au poste de travail, pour le salarié impliqué ou pour les autres, et sur l'évaluation des conséquences de la consommation, en ayant toujours à l'esprit de ne pas confondre usage et mésusage, y compris pour les produits illicites. Qu'ils soient paramédicaux ou intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), l'avis des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail peut éclairer le médecin du travail dans sa décision.

Dans le cas d'un mésusage de SPA, avec répercussion sur l'environnement de travail, un avis d'inaptitude temporaire au poste de travail ou un avis d'aptitude avec des propositions d'aménagement de poste vise à protéger la santé et la sécurité du salarié et/ou des autres travailleurs (et parfois aussi à sauver l'emploi du salarié). Il faut proposer au salarié d'adhérer à un projet thérapeutique et lui expliquer les raisons de la décision pour qu'elle ne soit pas vécue comme une sanction disciplinaire, mais une décision réglementaire.

Le médecin ne doit par ailleurs jamais utiliser son pouvoir de décision sur l'aptitude pour forcer quelqu'un à se soigner ou à changer de comportement. La menace

ou le chantage sont incompatibles avec sa mission et son éthique ; les approches motivationnelles laissent la responsabilité du changement à la personne concernée. Le médecin du travail décide ensuite de l'opportunité d'une surveillance médicale "rapprochée", de préférence en concertation avec le salarié.

Enfin, quelle que soit la décision d'aptitude, elle a pour double objet :

- de protéger la santé et la sécurité du salarié et de son entourage dans le cadre du travail ;
- et de favoriser le maintien dans l'emploi ou l'insertion professionnelle.

B.1.3. Conduite à tenir dans un cadre sécuritaire

(hors troubles aigus du comportement)

- Le médecin du travail

Selon la dangerosité de la situation pour le salarié ou son entourage, le médecin du travail peut émettre :

- un avis d'inaptitude temporaire au poste de travail, le salarié étant orienté vers des soins avec un arrêt de travail pour maladie ;
- un avis d'aptitude avec des propositions d'aménagement du poste de travail pour une durée à déterminer. L'objectif est de prévenir les risques professionnels et de maintenir le salarié au poste de travail habituellement occupé ou éventuellement de proposer un reclassement dans l'entreprise. Le médecin du travail doit toutefois se montrer vigilant sur l'aptitude avec restrictions (limitations ou réserves), car ce type d'avis pourrait être considéré comme une inaptitude par l'employeur avec des conséquences pour l'emploi du salarié.

En cas de mésusage, le médecin du travail doit analyser si celui-ci entraîne un risque professionnel : certains mésusages sont sans répercussion sur l'environnement du travail et ne doivent donc pas avoir d'incidence sur la décision d'aptitude.

- Les autres intervenants en santé au travail

Après une première évaluation, ils orientent la personne vers le médecin du travail. En l'absence de celui-ci, ils prennent les décisions d'orientation en fonction d'un protocole préétabli avec lui.

- L'employeur ou l'encadrement

Les constatations sur le comportement pouvant être liées à des problèmes de santé, il est de son devoir de l'adresser au médecin du travail (visite à la demande de l'employeur prévue par le Code du travail).

- Les salariés de l'entreprise

Ils doivent informer leur employeur ou leur hiérarchie. Le cas échéant, ils peuvent faire valoir leur "droit de retrait" sous certaines conditions : le salarié, confronté à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, a le droit d'arrêter son travail et, si nécessaire, de quitter les lieux pour se mettre en sécurité.

B.1.4. Conduite à tenir dans un cadre "relationnel"

Le salarié qui décide d'aborder la question d'une consommation lui paraissant problématique avec un collègue va, de fait, donner des conseils. Il doit alors appliquer les règles de discrétion et de non-jugement et parler uniquement des dysfonctionnements qui ont une répercussion sur le travail, le collectif de travail ou sur les relations humaines. Il peut inciter le collègue à se faire aider, à se tourner vers des personnes ressources en interne ou externe. Il peut donner des coordonnées de professionnels, de services, d'organismes, d'associations ou de relais d'aide et le soutenir dans ses démarches.

Il est parfois utile qu'il se fasse lui-même aider pour garder la juste distance et éviter d'être contre-productif.

B. 2. Gestion post-critique : conduite à tenir à l'égard du salarié concerné

Le repérage d'un mésusage de SPA se fait souvent dans le cadre d'une situation de crise justifiant des mesures immédiates de sécurité pour l'individu, voire parfois pour l'entourage professionnel. La situation post-critique doit être, elle, gérée par les professionnels de santé et l'employeur ou ses représentants. Si chacun doit rester dans son champ, une synergie et une cohérence dans les réponses sont souhaitables. L'objectif n'est pas de stigmatiser ou de banaliser, mais de saisir l'occasion pour dialoguer et aider à la prise de conscience des conséquences au niveau du travail.

Même si elle n'a pas eu de conséquences négatives, aucune situation faisant suite à un repérage de problèmes liés à la consommation de SPA ne doit être banalisée : il faut toujours proposer d'en reparler avec la personne concernée, l'important étant d'éviter les non-dits qui pérennisent et aggravent les situations à problèmes. Le médecin du travail propose systématiquement de revoir le salarié. Il l'accompagne, le responsabilise et l'encourage dans sa démarche de réduction des risques ou d'abstinence. Il est à l'écoute des dysfonctionnements professionnels susceptibles de

réactiver le mésusage. Des entretiens rapprochés sont prévus à cet effet pour faire le point au service médical.

Le médecin du travail informe le salarié :

- sur les ressources internes à l'entreprise. Par exemple, l'assistant(e) social(e) – s'il y en a – peut aborder l'aspect financier, familial de sa situation. C'est l'un des rares acteurs à pouvoir se rendre à domicile et accompagner physiquement la personne (pour une entrée en hospitalisation, par exemple). Autre exemple : le référent alcool ;
- sur les possibilités d'assistance externes à l'entreprise (médecin traitant, services spécialisés, associations...). En accord avec la personne, il peut prendre directement contact avec eux.

Si la situation a été constatée sur le lieu de travail, le salarié pourra être reçu par la hiérarchie lors d'un entretien spécifique de reprise. Celle-ci aura prévenu le service médical et organisé la visite médicale. Dans un premier temps, les dysfonctionnements occasionnés au travail sont rappelés au salarié, qui est informé de l'existence des intervenants internes ou externes à l'entreprise pouvant l'accompagner. Une évaluation à court terme, ainsi qu'un suivi sont à prévoir pour acter l'évolution.

En cas de retour après un sevrage ou une hospitalisation, la personne doit être accompagnée dans son désir de changement et son retour être préparé. Objectif : éviter un isolement, un rejet. Son environnement de travail doit également être étudié : ne risque-t-il de favoriser une récurrence ?

B. 3. Gestion post-critique : conduite à tenir au niveau collectif

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur pour évaluer les risques liés au mésusage des consommations de SPA dans l'entreprise (22). Il travaille en pluridisciplinarité avec tous les acteurs de prévention.

Il importe de déterminer si les comportements de consommation de SPA sont des comportements hors milieu du travail de type comportement d'importation – consommation dans la vie privée débordant à terme sur le travail. Quels sont les risques pour la santé et la sécurité de la personne concernée et de son entourage ? – ou des comportements davantage en lien avec le travail :

- comportement d'acquisition : à l'occasion de "pots" ou de repas d'affaires, qui font partie intégrante de la culture du métier en facilitant le lien social ou la production.

Annexe 2. – Modèle d’autoquestionnaire sur l’évaluation du risque alcool à destination des entreprises permettant d’impulser la réflexion sur le sujet, d’après Duquesne (24).

- La consommation de boissons alcoolisées est-elle autorisée dans votre entreprise ?
- La consommation de boissons alcoolisées est-elle réglementée dans votre entreprise ?
- Existe-t-il des dysfonctionnements liés à la consommation de boissons alcoolisées dans votre entreprise ?
- Existe-t-il un protocole pour répondre à ces dysfonctionnements dans votre entreprise ?
- Y a-t-il déjà eu des personnes en état d’ivresse dans votre entreprise ?
- Existe-t-il un protocole pour répondre à ces états d’ivresse ?
- Existe-t-il une prévention des consommations des substances psychoactives (alcool, cannabis...) aux postes de sécurité dans votre entreprise ?
- Cette prévention vous paraît-elle suffisante ?
- Cette prévention est-elle respectée ?
- Avec quels acteurs pensez-vous pouvoir organiser ou développer ce genre de prévention ?

Quelle est la politique actuelle de l’entreprise par rapport à ce risque (annexe 2) (24) ?

- comportement d’adaptation : automédication pour tenir au travail, dopage pour être performant... Une question qui renvoie à l’évaluation des risques psychosociaux de l’entreprise. Les conditions de travail sont au cœur du problème (25).

Cette évaluation doit déboucher sur des actions concrètes de prévention où la formation des différents acteurs a une place primordiale. Élaboré sous l’autorité de la DRTEFP et de l’IURPST de Basse-Normandie, le guide pratique “L’alcool sur les lieux de travail” (26) est un ouvrage qui peut aider à initier la démarche en entreprise.

Enfin, il faut toujours avoir à l’esprit que la politique de prévention du mésusage des SPA n’est ni une histoire de “lutte des classes” ni de “chasse aux sorcières” : les actions de prévention à mettre en place doivent être le fruit d’un consensus avec les partenaires sociaux. Le Comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est partie prenante de la démarche.

En Belgique, les partenaires sociaux ont conclu, au sein du Conseil national du travail, une convention collective

du travail concernant la mise en œuvre d’une politique préventive en matière d’alcool et de drogues dans l’entreprise. Si ce travail n’est pas directement applicable au droit français et à la culture française, il est néanmoins un exemple de “concertation au service de la prévention” dont la France pourrait s’inspirer (27).

C – Conclusion

Toute personne peut être amenée à repérer un mésusage de SPA, qu’elle appartienne ou non à l’entreprise. Les services de santé au travail doivent être en capacité de proposer à tout salarié de bénéficier d’une évaluation clinique de sa consommation de SPA. En milieu professionnel, le repérage individuel ou collectif et les “conduites à tenir” qui en découlent ne peuvent s’envisager qu’avec un minimum de connaissance sur le sujet. Les actions de formation et/ou d’information doivent être adaptées en tenant compte du cadre dans lequel l’acteur du repérage agit : sanitaire, sécuritaire, réglementaire, voire relationnel. Ce sujet étant d’une extrême complexité sur le plan juridique et éthique, il serait souhaitable de labéliser le contenu de ces formations.

L’évaluation du mésusage de SPA fait partie de l’évaluation des risques psychosociaux de l’entreprise et doit figurer dans le document unique d’évaluation des risques. Elle comporte trois axes qui doivent être pris en compte par les mesures de prévention, dans un esprit d’impartialité, de cohérence, de crédibilité et de recherche d’efficacité :

- les risques pour la santé et la sécurité de la personne concernée et de son entourage ;
- la politique de l’entreprise sur le sujet ;
- le rôle potentiel des conditions de travail dans cette consommation. ■

Recommandations

R.10. Toute demande par l’employeur d’une visite médicale auprès du médecin du travail d’un salarié qu’il suspecte de troubles liés à la consommation de SPA doit être motivée par écrit avec une description précise des circonstances de survenue et du comportement observé (accord professionnel).

R.11. Il est recommandé que la décision d’aptitude prononcée par le médecin du travail suite au repérage d’un mésusage de SPA prenne en compte le niveau de risque que cette consommation induit en milieu du

travail, pour le salarié ou pour son entourage. Elle doit donc d'abord être guidée par la connaissance du poste du travail (en pluridisciplinarité, le cas échéant). Le maintien au poste doit être privilégié. Comme pour tout autre risque, cette décision d'aptitude doit être prise en toute indépendance. Une orientation vers un accompagnement thérapeutique ou médico-social pourra éventuellement être proposée ; elle est obligatoire en cas de découverte de pathologie avérée (accord professionnel et réglementation).

A.-L. Thomas-Desessarts, D. Playoust, A. Lalande, S. Masson
Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel.
 IV – Repérage clinique. 2. Les acteurs du repérage. Les conduites à tenir en fonction des résultats du repérage
Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (3) : 287-296

Références bibliographiques

- 1 - Durand É. Médicaments psychotropes et travail : TSO. *DMT*. 2006 ; (108, 4^{ème} trimestre).
- 2 - Niezbora M, Lapeyre-Mestre M, Ngooundo-Mbongue T, Briand-Vincens D. Conduite dopante en milieu professionnel : étude auprès de 2 106 travailleurs de la région toulousaine. *Arch Mal Prof Env*. 2006 ; 215.
- 3 - Fédération Française d'Addictologie, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Conférence de consensus. *Alcoologie et Addictologie*. 2004 ; 26 (4 Suppl.).
- 4 - Orset C, Sarazin M, Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel. Enquête de prévalence par questionnaire chez 1 406 salariés de la Loire ; étude en fonction du poste de travail. *Arch Mal Prof Env*. 2007 ; 68 (1) : 5-19.
- 5 - Ménard C, Durand É, Demortière G, Bled JJ, Beck MF. Addictions et santé au travail : repérage des pratiques des médecins du travail. Enquête nationale INPES-INRS-SMTOIF ; Communication orale ; Réunion de la Société Française d'Alcoologie ; 22 octobre 2009 ; Paris.
- 6 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. 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. Paris : MILDT ; 2006.
- 7 - Maranda MF, Négura L, de Montigny MJ. L'intégration en emploi des toxicomanes : représentations sociales des cadres responsables de l'embauche du personnel. *Médecine et hygiène, Déviance et société*. 2003 ; 27 (3) : 269-84.
- 8 - Merle P, Le Beau B. Alcoolisation et alcoolisme au travail. Ethnologie d'un centre de tri postal. *Revue Française de Sociologie*. 2004 ; 45-1 : 3-36.
- 9 - Frimat P, Nakache R. Conduites addictives en entreprises. *Arch Mal Prof Env*. 2006 ; 67 (2) : 203-26.
- 10 - Commission d'Audition. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Paris : HAS ; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_615021/abus-dependances-et-polyconsommations-strategies-de-soins ; http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_polyconsommations-version_finale_2007_12_21_21_47_28_78.pdf.
- 11 - République Française. Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001.
- 12 - Haute Autorité de Santé. Le dossier médical en santé au travail. Recommandations de bonne pratique. *DMT*. 2009 ; (118) : 167-80.
- 13 - Demortière G, Pessone F, Batel P. Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par utilisation d'autoquestionnaires : intérêt, faisabilité, limites. *DMT*. 2001 ; (86) : 193-200.
- 14 - Demortière G, Michaud P, Dewost AV. Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge. *DMT*. 2005 ; (102) : 215-23.
- 15 - Kuntz V, Michaud P, Toubal S, Lobban G, Demortière G. Risque alcool et santé au travail. Étude de repérage et d'intervention auprès de 2 060 salariés. *Évolutions*. 2006 ; (1).
- 16 - Cothereau C, Chatellier G, Colombet I, Sadou E, Fiessinger JN. Dépistage de la consommation excessive d'alcool en médecine du travail à la SNCF à l'aide du questionnaire FACE : intérêt, faisabilité, limites. *Arch Mal Prof Env*. 2006 ; 67 (2) : 211-26.
- 17 - Michaud P, Kunz V, Demortière G, Carré A, Ménard C, Ardwinson P. Les interventions brèves sont efficaces en santé au travail. *Évolutions*. 2008 ; (14).
- 18 - Saint-Jacques M, Filion-Bilodeau S, Legault L, Gregoire R, Topp J, Brown TG. Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendances. Rapport final au FQRSC. Douglas, Québec : Institut Universitaire en Santé Mentale ; 2009.
- 19 - Marcelli A. Le secret partagé. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de mai 1998. Paris : Ordre National des Médecins ; 1998.
- 20 - Facy F, Rabaud 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.
- 21 - Walocha D, Villegier C. Cannabis et travail. *Alcoologie et Addictologie*. 2008 ; 30 (2) : 147-54.
- 22 - Dano C, Ernoul P, Penneau-Fontbonne D. Conduite addictive en milieu professionnel : les rôles du médecin du travail. *Concours Médical*. 2010 ; 32 (1) : 26-7.
- 23 - Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991 ; 14 (6) : 540-5 (traduit et adapté par l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance).
- 24 - Duquesne D. Évaluation de la prévention des risques liés à la consommation d'alcool, de cannabis ou autres substances psychoactives en entreprise. Recherche-action expérimentale menée par le Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie. <http://addictiongraa.eclat5962.org/index.php?sid=62372&lang>.
- 25 - Yvelines Santé Travail. Guide d'évaluation des risques : risques psychosociaux. Fiche 22. Saint-Germain-en-Laye : Yvelines Santé Travail.
- 26 - Collectif. L'alcool sur les lieux de travail. Guide pratique. Hérouville saint-Clair et Caen : DRTEFP Basse-Normandie, IURFST Basse-Normandie ; 2007.
- 27 - Conseil National du Travail. Convention nationale du travail n° 100 du 1^{er} avril 2009 concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise. Bruxelles : Convention nationale belge ; 2009.

Autre référence

- Labat L, Dehon B, Lhermitte M. Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Annales de Toxicologie Analytique*. 2004 ; XVI (4) : 269-74.

Mme Marie-José Royer-Morrot*, Pr Martine Galliot-Guilley**

* Pharmacologue, Service de pharmacologie clinique et toxicologie, CHU de Nancy, France

** Pharmacologue, Laboratoire de toxicologie biologique, Hôpital Lariboisière, Paris, France

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel

V – Dépistage biologique

1 – Les différentes méthodes validées pour le dépistage biologique. Intérêt, limites actuelles de l'interprétation des résultats et limites économiques

Résumé

La consommation de substances psychoactives (SPA) licites ou illicites est en augmentation, notamment en milieu professionnel. Son diagnostic à partir de l'interrogatoire du patient est souvent difficile, ce qui peut justifier un dépistage biologique. Le choix du milieu biologique (sang, urine, salive, air expiré, cheveux) et de la méthode d'analyse est fonction de l'attente du clinicien. Les marqueurs biologiques directs (éthanol, éthylglucuronide) et indirects (VGM, γ GT, CDT) peuvent aider le clinicien à évaluer une conduite d'alcoolisation. En présence d'un éthylotest positif, un prélèvement pour l'alcoolémie est conseillé. Les méthodes de dépistage des drogues et substances illicites sont basées sur une réaction immunochimique qui reconnaît les composants d'une famille moléculaire sans les distinguer. Les résultats sont qualitatifs, ils s'expriment par "présence" ou "absence" d'une famille par rapport à un seuil de positivité analytique. Il ne s'agit pas d'un seuil d'aptitude. Les tests urinaires ciblent en général les métabolites, les tests salivaires les molécules mères. Les méthodes de confirmation (chromatographie gazeuse ou liquide couplée à la spectrométrie de masse) permettent l'identification et la quantification des molécules mères et métabolites de SPA présents dans l'échantillon. Ces méthodes sont très spécifiques et sensibles. Un résultat positif ne renseigne pas sur l'importance de la conduite addictive. L'interprétation des résultats du dépistage biologique doit prendre en compte les données du patient, d'où l'importance de l'interaction clinico-biologique.

Mots-clés

Alcool – Drogue – Médicament psychotrope – Dépistage – Confirmation.

Cet article est issu de l'Argumentaire des Recommandations pour la pratique clinique "Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel".

Société française d'alcoologie, en partenariat avec la Société française de médecine du travail.

Summary

Misuse of psychoactive drugs at workplace. V – Laboratory screening. 1 – The various validated laboratory screening methods. Value, current limitations of interpretation of the results and economic limitations

The use of legal or illegal psychoactive substances is on the increase, especially in the workplace. The diagnosis of psychoactive substance use based on clinical interview is often difficult, which may justify laboratory screening tests. The choice of biological medium (blood, urine, saliva, expired air, hair) and the method of analysis is determined by the clinician's expectations. Direct (ethanol, ethylglucuronide) and indirect laboratory markers (MCV, γ GT, CDT) can help the clinician evaluate alcohol abuse. It is recommended to take a sample for blood alcohol assay in the presence of a positive breath alcohol test. Screening methods for drugs and illicit substances are based on an immunochemical reaction which recognizes the constituents of a molecular family without distinguishing between specific molecules. The results are purely qualitative, expressed as "presence" or "absence" of a family with respect to an analytical positive cut-off and does not constitute a job capacity cut-off. Urine tests generally target metabolites, while saliva tests target parent molecules. Confirmation methods (gas or liquid chromatography-mass spectrometry) allow identification and quantification of parent molecules and metabolites of psychoactive substances present in the sample. These methods are very specific and sensitive. However, a positive result does not indicate the magnitude of the addictive behaviour. Interpretation of the results of laboratory screening must take the patient's data into account, hence the importance of clinical and laboratory interactions.

Key words

Alcohol – Drug – Psychoactive substance – Screening – Confirmation.

Depuis trois décennies, le nombre de substances psychoactives (SPA) licites ou illicites ne cesse d'augmenter, entraînant un accroissement de leur usage thérapeutique, mais aussi de leur mésusage pouvant conduire à la dépendance et à des troubles du compor-

tement en milieu professionnel. Effectuées dans les départements du sud-ouest et du centre-ouest de la France, les études de Mura et al. (1) confirment, comme celles de Verstraete et Legrand (2) au niveau européen, l'influence de la consommation d'alcool et de stupéfiants sur les accidents de la route. Si les résultats varient selon les pays, la conduite sous influence de SPA demeure un problème majeur dans l'Hexagone. Les dépistages au bord de la route semblent cependant avoir un rôle efficace dans la prévention.

Le diagnostic de consommation de SPA est souvent difficile pour le clinicien car il repose sur les dires du patient, qui peut minorer ou occulter certaines habitudes d'utilisation. Ceci peut parfois justifier le recours (dans les limites éthiques) au dépistage biologique avant la prise en charge d'un patient ou pendant son suivi afin d'identifier sa consommation réelle. Utiliser ces tests de dépistage hors champ médical peut cependant s'avérer dangereux, une des difficultés résidant par ailleurs dans l'adéquation entre la question posée par le clinicien et les réponses apportées par la biologie.

Le choix de la méthode d'analyse se faisant en fonction de l'attente du clinicien, différentes méthodes peuvent être utilisées :

- Méthodes de dépistage : elles reposent généralement sur une réaction immuno-chimique mettant en jeu des anticorps de famille moléculaire, qui reconnaissent tous les composants de cette famille mais ne peuvent pas les distinguer. Ces méthodes sont sensibles, mais leur spécificité reste cependant limitée à une famille moléculaire (opiacés naturels, cannabis, cocaïne, amphétamines). La réponse ne peut et ne doit être que "présence" ou "absence" d'une famille, avec un seuil de positivité arbitraire, conventionnel mais international.

- Méthodes de confirmation : elles permettent d'identifier et/ou de quantifier la ou les molécules psychoactives présentes dans le milieu biologique. Ce sont :

- . le plus souvent des méthodes physico-chimiques : chromatographie en phase gazeuse ou chromatographie en phase liquide couplées à des détecteurs plus ou moins spécifiques, le plus fiable et performant étant la spectrométrie de masse ;

- . des méthodes chimiques légalement reconnues : le dosage d'alcool dans le sang par distillation puis oxydation (méthode de Cordebard), par exemple ;

- . plus rarement, des méthodes immuno-chimiques utilisant des anticorps spécifiques d'une molécule : dosages plasmatiques de l'éthanol, du phénobarbital, par exemple.

Les tests de dépistage sont le plus souvent réalisés sur des prélèvements urinaires (3) ; les analyses de confirmation et de quantification sur des prélèvements de sang (4). Les SPA peuvent être identifiées et quantifiées dans la salive (5) et dans d'autres milieux biologiques appelés "matrices alternatives" : la sueur et les cheveux.

Ce document portera sur le dépistage, l'identification et la quantification dans les milieux biologiques des SPA (6) :

- alcool (7) ;

- "drogues" et substances illicites : opiacés et produits de substitution (8), cannabis (9), cocaïne (10), psychostimulants et hallucinogènes – amphétamines et dérivés (11) ;

- médicaments psychotropes.

A – Matériels biologiques

Sang

Après administration, le xénobiotique passe dans le sang, se distribue dans tout ou partie de l'organisme, est plus ou moins métabolisé et éliminé.

Urines

Les molécules mères et leurs métabolites sont principalement éliminés à partir du plasma par excrétion urinaire. La concentration de métabolite(s) est généralement supérieure à celle de la molécule mère, et les concentrations urinaires plus élevées que les concentrations dans le sang.

Salive

Le terme "salive" est souvent remplacé par "fluide oral" pour l'analyse des drogues. Les molécules de faible poids moléculaire, comme l'éthanol, filtrent à partir du sang à travers les membranes par les pores ; les stupéfiants passent les membranes par un mécanisme de diffusion passive dépendant de leurs propriétés physico-chimiques (poids moléculaire, pka, liposolubilité), de leur liaison aux protéines plasmatiques, ainsi que du pH du milieu (plasma, fluide oral). La concentration salivaire est corrélée à la concentration dans le sang pour de nombreuses molécules. La substance mère est majoritaire dans la salive. Les fenêtres de détection sont de l'ordre de celles du plasma et plus courtes que celles de l'urine qui contient des métabolites à demi-vie souvent plus longue que celle de la molécule mère.

Si les cannabinoïdes ne sont quasiment pas excrétés dans la salive, la cavité buccale est, elle, contaminée par la fumée de cannabis, compte tenu de leur mode de consommation. Le Δ^9 -THC est détectable plusieurs heures dans la salive après avoir fumé, les métabolites 11-OH-THC et THC-COOH ne sont détectés que par des méthodes extrêmement sensibles (12).

Sueur

Les xénobiotiques sont excrétés dans la sueur et peuvent être concentrés sur un patch pendant plusieurs jours, permettant ainsi d'augmenter la fenêtre de détection. La molécule mère est majoritaire dans la sueur, un milieu qui est rarement utilisé dans la pratique pour la recherche de SPA.

Cheveux (13)

La cinétique d'incorporation des SPA dans les phanères dépend des propriétés physico-chimiques des molécules et de leur affinité pour la mélanine (fonction de son degré d'oxydation). Elle se ferait, d'une part, par diffusion interne à partir du sang vers les cellules du bulbe pileux et, d'autre part, par diffusion externe à partir des sécrétions sudorales et sébacées. Des phénomènes de migration à l'intérieur du cheveu peuvent modifier les concentrations. La molécule mère est majoritaire. Les substances fumées (nicotine, cannabis, cocaïne...) peuvent également se déposer par contamination passive sur toute la longueur des cheveux. Leur analyse permettant de faire la différence entre un consommateur occasionnel et un consommateur régulier, les mesures dans les cheveux sont généralement utilisées dans un cadre médico-légal ou post-mortem.

B – Alcool

Face à la consommation d'alcool, le clinicien dispose de marqueurs biologiques qui peuvent l'aider à évaluer directement ou indirectement cette consommation. Le patient a ou n'a pas un usage ponctuel et/ou régulier ; cet usage peut devenir un mésusage en cas de prise de risque notable, de conséquences nocives pour la santé ou de dépendance. S'il le juge nécessaire, le clinicien doit pouvoir s'aider de la biologie pour évaluer une conduite d'alcoolisation, quantifier l'imprégnation alcoolique et juger des répercussions sur la santé. Les marqueurs biologiques (14) de la consommation alcoolique sont soit des marqueurs directs (éthanol, éthylglucuronide, éthylsulfate), soit des marqueurs indirects (γ GT, VGM, CDT).

B.1. Marqueurs directs

B.1.1. Éthanol

- Alcool dans le sang

L'alcoolémie ou éthanolémie peut être déterminée par trois méthodes différentes ; deux sont légalement reconnues, la troisième, la plus utilisée en clinique, ne l'est pas :

- Méthode par oxydation, de Cordebard (Arrêté du 27 septembre 1972, publié au JO du 30 novembre 1972) (15) : cette méthode est longue, peu sensible, de spécificité limitée (tous les composés réducteurs positivent la réaction). C'est le principe de l'éthylotest (catégorie A) pour le dépistage de l'alcool dans l'air expiré.

- Méthode par chromatographie en phase gazeuse (Arrêté du 6 mars 1986, publié au JO du 16 mars 1986) : reconnue légalement, cette méthode est très spécifique, sensible, mais nécessite un appareillage coûteux à l'achat.

- Méthode enzymatique automatisée : rapide, simple, sensible, spécifique mais non reconnue légalement. Cette méthode de dosage de l'éthanol plasmatique ne peut être utilisée qu'en clinique.

L'alcoolémie doit être inférieure à 0,50 g/L de sang (ou 0,25 mg/L dans l'air expiré) pour la conduite automobile et, depuis le 25 octobre 2004, à 0,20 g/L de sang pour les conducteurs de transport en commun.

L'éthanol est éliminé sous forme inchangée dans l'air expiré, la sueur et les urines. La vitesse d'élimination de l'alcool à partir du sang est de l'ordre de 0,15-0,20 g/L par heure avec de grandes variations individuelles.

- Alcool dans l'air expiré

Méthodes de dépistage – L'éthylotest est une technique d'évaluation "approximative" de l'imprégnation alcoolique par mesure du taux d'alcool dans l'air expiré (concentration inférieure ou supérieure à un seuil) :

- Les éthylotests chimiques (catégorie A) ou alcootests, à usage unique et en vente libre à des prix variant de un à deux euros (en 2012), sont constitués d'un embout stérilisé, d'un tube de verre rempli de dichromate de potassium solide ($K_2Cr_2O_7$) acidifié de couleur orange et d'un ballon plastique de un litre. Si la personne qui souffle dans le ballon a consommé de l'alcool, le chrome (VI) orange du dichromate sera réduit en chrome (III) vert. La réaction d'oxydoréduction se manifesterait par la couleur verte atteignant dans le tube de verre un trait délimitant la valeur à ne pas dépasser. Tous les composés réducteurs (aldéhydes du tabac, aldéhydes désinfectants dans les bains de bouche...) peuvent provoquer la même réaction

sans qu'il y ait eu prise d'éthanol, d'où des faux positifs. Ces alcootests ont une précision d'environ 20 %.

- Les éthylotests électroniques (catégorie B) affichent une concentration (valeur indicatrice). Dans ces appareils, l'alcool est oxydé en acide acétique produisant un courant proportionnel à la concentration d'alcool avec une précision d'environ 5 %. Lorsque la mesure est positive à l'éthylotest, il est conseillé de pratiquer un prélèvement pour l'alcoolémie.

Méthode de dosage – L'éthylomètre mesure une concentration par l'absorption infrarouge de l'éthanol à deux longueurs d'onde. Autorisé par la loi, il doit être soumis à un contrôle annuel par le service des poids et mesures. L'interférence analytique de composés chimiques volatils ne peut être exclue. L'éthylomètre et l'analyse sanguine sont les deux procédés légaux de mesure de la concentration d'alcool pouvant être pris en considération pour des sanctions, en sécurité routière notamment.

B.1.2. Éthylglucuronide

L'éthylglucuronide (EtG) est un produit du métabolisme non oxydatif de l'éthanol via l'UDP glucuronyl transférase. Moins de 0,1 % de l'éthanol absorbé est éliminé sous forme d'EtG. Les paramètres pharmacocinétiques de l'EtG après prise unique d'éthanol à la dose de 0,5 g/kg sont reportés dans le tableau I. Les prélèvements de sang sont effectués sur fluorure ; la température de conservation des prélèvements (sang, urine...) est de + 4 ° ou - 20 °C. Les dosages sont effectués soit par des méthodes de couplage chromatographie (gazeuse ou liquide) – spectrométrie de masse, soit par le test DRI-EtG-EIA de Microgenics-Beckman Coulter France SAS (urine). Le seuil de 0,5 mg/L a été retenu pour les urines.

La présence d'EtG (un marqueur spécifique de l'absorption d'éthanol) dans les urines confirme une consommation récente d'éthanol. Le dosage permet de contrôler l'abstinence lors d'un sevrage éthylique. Les résultats sont positifs lors de la consommation de boissons alcooliques ou alcoolisées, mais aussi de médicaments ou d'aliments contenant de l'alcool, bains de bouche, eau de Cologne,

Tableau I : Paramètres pharmacocinétiques de l'éthylglucuronide après prise unique d'éthanol à la dose de 0,5 g/kg

Éthylglucuronide	Sang	Urine
Délai apparition (heures)	1-1,5	4,7
T max (heures)	4	-
Demi-vie (heures)	3,5	-
Fenêtre de détection (heures)	10	30-80

etc., au seuil de positivité de 0,1 mg/L. Des "faux négatifs" peuvent avoir pour origine une dégradation bactérienne (hydrolyse d'EtG, infection à *E. Coli* par exemple).

B.2. Marqueurs indirects

Si les VGM, γ GT, ASAT, ALAT sont des marqueurs biologiques non spécifiques de l'éthylisme chronique, la transferrine déficiente en carbohydrate (CDT, *carbohydrate deficient transferrin*) est en revanche un marqueur beaucoup plus spécifique d'une consommation continue. Les transaminases ASAT et ALAT ne permettent pas le diagnostic, mais sont des marqueurs de la répercussion de la consommation. Ces marqueurs biologiques n'ont pas les mêmes sensibilités, spécificités et significations cliniques et médico-légales. Ils ne dosent pas directement la molécule d'alcool, mais évaluent indirectement les effets de cette molécule dans l'organisme (16), ce qui nécessite de tenir compte des variations génétiques, physiologiques et physiopathologiques individuelles quant à l'effet de l'alcool sur l'organisme pour l'interprétation.

B.2.1. Gamma-glutamyl-transférase (γ GT)

La γ GT est un marqueur de routine peu spécifique. Son augmentation n'est pas la preuve formelle d'une alcoolisation excessive, mais sa diminution en une à deux semaines lors du sevrage peut servir de critère diagnostique d'une alcoolisation chronique. Les faux négatifs pour la γ GT sont rares. Ils peuvent s'expliquer par une absence d'induction enzymatique soit d'origine métabolique, soit en raison d'une alcoolisation plus occasionnelle que chronique.

B.2.2. Volume globulaire moyen (VGM)

Le VGM est peu spécifique et moins sensible que la γ GT. N'augmentant pas en cas de consommation aiguë d'alcool occasionnelle, son augmentation témoigne d'une consommation chronique d'alcool notable. Très lente, sa diminution ne permet pas de suivre le patient au début du sevrage. La cinétique du VGM est nettement plus lente que celle de la γ GT, aussi bien pour l'augmentation lors d'une alcoolisation chronique au long cours que pour la décroissance après le sevrage.

B.2.3. Transferrine déficiente en carbohydrate (CDT)

La CDT est le marqueur biologique le plus récent, le plus spécifique et le plus sensible de l'alcoolisation chronique. Ce terme correspond en fait à plusieurs isoformes d'une glycoprotéine : la transferrine. En cas d'alcoolisation ex-

cessive, on assiste à une nette augmentation de la forme disialylée, d'où l'appellation du test : transferrine disialylée. De nombreuses méthodes analytiques basées sur des tests immunologiques ont fourni des résultats insuffisamment spécifiques des cinq isoformes de la transferrine, avec pour conséquence des interprétations faussement positives de la consommation d'alcool, pouvant injustement prolonger le retrait du permis de conduire.

Depuis quatre ans, l'électrophorèse capillaire et la chromatographie liquide fournissent des résultats spécifiques, avec les résultats suivants :

- valeur négative : pourcentage de CDT < 1,8 % ;
- valeur "grise" : 1,8 % < CDT < 2,3 % ;
- valeur positive : pourcentage de CDT > 2,3 %.

La sensibilité du test est de 76 % et la spécificité de 95 %. Utilisant un kit d'immuno-analyse après une séparation chromatographique par échanges d'ions (seuil de 2,6 % de transferrine totale), Schellenberg et al. (17) concluent que le pourcentage de CDT reflète la consommation, même modérée, d'alcool.

En fonction du contexte clinique et psychologique du salarié, la combinaison de différents marqueurs peut être utile pour orienter vers ou conforter un diagnostic de mésusage (tableau II) :

- les marqueurs directs permettent uniquement de confirmer la présence d'alcool à un moment donné dans l'organisme, témoins d'une intoxication alcoolique aiguë (IAA) révélatrice d'un risque conjoncturel (ivresse dite "simple") ou d'une pathologie avérée (ivresse dite "compliquée") ;
- les marqueurs indirects donnent une orientation sur un risque ou une pathologie avérée, potentiellement liée à une alcoolisation chronique, mais sans certitude (spécificité). Ces marqueurs orientent en termes de diagnostic étiologique (exemple : cirrhose alcoolique vs cirrhose virale) et, à un moindre degré, sur le niveau du risque ou de la pathologie (exemple : γ GT témoin d'une induction enzymatique ou d'une cytolyse).

La γ GT augmente en cas de consommation régulière, mais a une spécificité insuffisante. Le VGM peut augmenter lors d'une consommation régulièrement excessive d'alcool. Il est moins sensible que les γ GT, mais possède une spécifi-

cité de 90 %. La CDT est le marqueur le plus performant de l'alcoolisation chronique. Bien qu'une élévation dès 40 g par jour puisse être observée, l'effet seuil se situe majoritairement entre 60 et 80 g d'alcool par jour. La CDT est également un bon marqueur de surveillance du sevrage.

La combinaison de la γ GT et de la CDT permet d'obtenir une sensibilité et une spécificité plus importante que pour chaque marqueur pris indépendamment. Hietala et al. (18) ont mené une étude chez 165 buveurs d'alcool (40 à 540 g par jour dans le mois précédent) versus 86 volontaires abstinents ou buvant moins de 40 g d'alcool par jour. Après prélèvement sanguin, le marqueur γ GT-CDT a été calculé en utilisant la formule proposée par Anttila et al. (19) : γ GT-CDT = $0,8 \times \ln(\gamma$ GT) + $1,3 \times \ln(\% \text{ CDT})$. Ce marqueur s'élève à partir d'environ 40 g d'alcool par jour, avec une sensibilité de 90 % et une spécificité de 98 %. Le seuil de positivité de γ GT-CDT diffère selon le sexe : 4,18 % chez l'homme et 3,81 % chez la femme.

C – Drogues et substances illicites

Le dépistage biologique des drogues et substances illicites concerne de nombreuses molécules dont la liste ne cesse de s'allonger : les opiacés et les traitements de substitution, le cannabis, la cocaïne, auxquels les amphétamines et produits hallucinogènes peuvent être ajoutés. Le choix de la matrice biologique dépendra de la facilité de prélèvement, des méthodes d'analyse disponibles, de leur fiabilité, ainsi que du délai de suspicion de consommation. Les dates et heures de prélèvement doivent être renseignées, ainsi que les dates et heures de réception au laboratoire.

C.1. Prélèvements

Sang

Le prélèvement invasif doit être effectué par un personnel médical. Il est souhaitable de prélever un échantillon sanguin au même moment que le prélèvement urinaire pour permettre de valider un résultat de dépistage urinaire et avoir un maximum de données pour aborder l'interprétation du résultat.

Urine

Le recueil de l'urine est réalisé dans un flacon "à usage unique", en polystyrène et bouchon en polypropylène, sans conservateur. Ce recueil doit être effectué selon un protocole rigoureux respectant la confidentialité et

Tableau II : Mésusage

Usage à risque	Usage nocif	Usage avec dépendance
Marqueurs directs Alcoolémie	Marqueurs indirects γ GT, VGM, CDT, ASAT, ALAT...	Il n'existe pas de diagnostic biologique de la dépendance

l'anonymat (un numéro et non le nom de la personne), l'absence d'adultération du prélèvement, le fractionnement en trois de l'échantillon pour dépistage, la confirmation et l'expertise, les indications du nom du prescripteur, de la date... Cette étape très importante doit être conduite par un personnel motivé, ce qui facilitera l'éventuelle prise en charge ultérieure.

Salive

Facile et non invasif, le recueil peut aisément être réalisé sous contrôle, limitant ainsi le risque d'adultération. Il s'effectue par l'intermédiaire d'un écouvillon, soit à partir d'un crachat, soit en balayant la cavité buccale. Une stimulation salivaire préalable par des bonbons acides ou des cristaux d'acide citrique en augmentant la production de fluide oral diminuerait la concentration des molécules recherchées. Il y a peu de kits commercialisés.

Cheveux

Le prélèvement est non invasif (mèche d'environ 60 cheveux coupés le plus près de la peau, le côté racine étant orienté par une cordelette à 1 cm de la racine). La molécule mère est majoritaire dans les cheveux, et la durée de détection est fonction de la longueur des cheveux. Des risques d'adultération peuvent provenir des traitements capillaires. Une décontamination est nécessaire suite à la possibilité d'une contamination passive de la mèche de cheveux prélevée.

Conservation des prélèvements

Les stupéfiants contenus dans des prélèvements d'urine, de sang et de salive doivent être conservés congelés à - 20 °C ; les cheveux se conservent à température ambiante dans une enveloppe. Compte tenu de la survenue possible d'importantes dégradations in vitro de la famille des benzodiazépines, les prélèvements biologiques pour leur recherche et confirmation/quantification doivent être conservés à l'abri de la lumière et rapidement congelés à - 20 °C.

C.2. Méthodes de dépistage

Tests non instrumentaux

Ils reposent sur des méthodes d'immunochromatographie.

- Urine

Les volumes de la prise d'essai (languette, pipette ou réservoir), délai de lecture (moins de cinq ou dix minutes), seuil de détection et spécificité dépendront du type de test utilisé (se reporter aux données fournisseurs).

- Salive (20)

Le test Rapid STAT® (Mavand, Düsseldorf, Allemagne) (21) est utilisé en France depuis août 2008. Le résultat est obtenu en 13 minutes. Les seuils de détection sont reportés dans le tableau III. La phéncyclidine (seuil 2,5 ng/mL) est également détectée par ce test.

- Sang

Des tests de dépistage dans le sang total, plasma ou sérum, sont disponibles depuis peu. Les molécules détectées et les seuils de positivité sont donnés pour le test sanguin Drug-Screen® (Nal Von Minden GmbH, Germany) dans le tableau IV.

Tests sur automates multiparamétriques

Ces méthodes de dépistage des stupéfiants par immuno-analyse (22) sont adaptées aux prélèvements urinaires. Les grands principes de ces analyses sont, entre autres, les méthodes EMIT® (*Enzyme multiplied immunoassay technique*), FPIA (*Fluorescence polarisation immunoassay*), CEDIA (*Cloned enzyme donor immunoassay*), KIMS (*Kinetic interaction of microparticles in solution*). Ces méthodes utilisent de faibles prises d'essai, sont automatisables, rapides (résultat en moins de 20 minutes), sensibles et adaptées à l'urgence. Les seuils de positivité de la méthode EMIT® sont donnés à titre d'exemple dans le tableau V.

Tableau III : Seuils de détection du test Rapid STAT®

Famille	Seuil détection (ng/mL)	
	Rapid STAT®	Arrêté 24/07/2008
Amphétamines	50	50
Benzodiazépines (oxazépam)	25	
Cocaïne (benzoylecgonine)	10	10
Méthadone	15	
Méthamphétamine	50	
MDMA	50	
Opiacés (morphine)	10	10
Marijuana (THC)	15	15

Tableau IV : Seuils de positivité pour le test sanguin Drug-Screen®

Famille	Molécules détectées	Seuil détection (ng/mL)
Amphétamines	Amphétamine	50
Méthamphétamines	Méthamphétamine	50
Cannabis	11-nor- Δ^9 -THC-COOH	12
Cocaïne	Benzoylecgonine	50
Opiacés	Morphine	40
Barbituriques	Sécobarbital	100
Benzodiazépines	Oxazépam	100

Tableau V : Seuils de positivité pour la méthode EMIT®

Famille	Molécules détectées	Seuil détection (ng/mL)
Amphétamines	d-métamphétamine	1000
Cannabis	Δ9-tétrahydrocannabinol	50
Cocaïne	Benzoylécgonine	300
Opiacés	Morphine	300
Méthadone	Méthadone	300

Ces méthodes immunochimiques de dépistage peuvent parfois manquer de spécificité. Les anticorps impliqués dans la réaction antigène (stupéfiant recherché)-anticorps peuvent réagir avec des molécules de structure chimique proche (en fonction des kits réactifs utilisés, interférences plus ou moins importantes des amines sympathomimétiques, des produits de putréfaction et des médicaments tels les phénothiazines avec les amphétamines) ou éloignée (interférence de l'acide niflumique avec le cannabis) (23). Ce manque de spécificité peut conduire à des résultats faussement positifs, tandis qu'un défaut de réaction antigène-anticorps peut, à l'inverse, donner un résultat faussement négatif. Un résultat positif par immuno-analyse doit donc être confirmé par une technique séparative, comme la chromatographie couplée à la spectrométrie de masse.

La recherche d'opiacés ne permettant pas la détection de la buprénorphine ni de la méthadone, il faut effectuer une recherche spécifique (24) de ces molécules. Pour les molécules pour lesquelles il n'existe pas d'immuno-analyse (tramadol, fentanyl par exemple), des méthodes spécifiques doivent être développées.

C.3. Méthodes de confirmation (25)

Pour les stupéfiants (amphétamines, cannabis, cocaïne, opiacés, méthadone et son métabolite EDDP), la confirmation d'un dépistage urinaire positif par immuno-analyse se fera par chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS). Les méthodes d'analyse consensuelle en France pour l'analyse des drogues illicites dans le sang et l'urine sont celles recommandées par la SFTA (26-28). La chromatographie liquide couplée à la spectrométrie de masse (LC-MS) est la technique de choix pour une quantification simultanée de la buprénorphine et de son métabolite la norbuprénorphine.

Les seuils de positivité (confirmation) varient en fonction du milieu biologique et de la classe de stupéfiants étudiée. Il n'existe pas, aujourd'hui en France, de consensus pour les valeurs seuil de confirmation de ces molécules dans

le fluide oral. Les concentrations seuils pour l'urine et le sang sont données dans les tableaux VI et VII.

L'identification par GC-MS de cocaéthylène, métabolite produit par transestérification de la cocaïne et de l'éthanol, permet de confirmer la présence de cocaïne.

Les laboratoires effectuant ces analyses doivent, d'une part, effectuer des contrôles de qualité internes et, d'autre part, adhérer à des contrôles de qualité externes (norme ISO 15189).

C.4. Interprétation des résultats

Les fenêtres de détection des quatre familles de stupéfiants dépendent (tableau VIII) :

- de la dose et de la voie d'administration ;
- de l'usage aigu ou chronique ;
- des variations métaboliques ;
- du seuil de détection de la méthode analytique.

Tableau VI : Concentrations seuils pour l'urine (seuils proposés par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration)

Molécule	Seuil confirmation (ng/mL)
d-métamphétamine	250
Δ9-THC-COOH	15
MAM	10
Morphine, codéine	200
Cocaïniques	100

Tableau VII : Concentrations seuils pour le sang (seuils proposés par la Société française de toxicologie analytique)

Famille	Limite détection (ng/mL)	Seuil positivité (ng/mL)
Amphétamines	1,0	50
Cannabinoïdes	0,2	1
Cocaïniques	5,0	50
Opiacés	2,0	20

Tableau VIII : Fenêtre de détection en fonction du prélèvement

Famille	Urine	Salive*
Amphétamines	2-3 jours	12-50 heures
Cannabis	1-3 jours, occasionnel, plusieurs mois, chronique	Diminution rapide
Cocaïne	2-3 jours	12-24 heures
Opiacés	2-3 jours	12-36 heures

* Société française de toxicologie analytique, 13^{ème} congrès, 2005.

Sang

Les dosages de stupéfiants dans le sang apportent des informations complémentaires. La présence d'un stupéfiant et de ses métabolites correspond à une consommation récente ; le sujet peut être sous influence du psychoactif.

Urine

L'urine est le milieu de choix pour rechercher la consommation de SPA sans préjuger du niveau d'influence du produit à l'instant du prélèvement (cf. tableau VIII).

Salive (29)

La présence d'un composé dans la salive permet de conclure à la présence dans le sang. Cependant, les cinétiques des molécules dans ces deux milieux ne sont pas parallèles. Il n'y a pas de corrélation entre les concentrations sanguines et les concentrations salivaires pour de nombreux composés.

Cheveux

Si l'analyse segmentaire des cheveux devrait permettre d'établir un calendrier rétrospectif de consommation, il faut cependant tenir compte d'une possible diffusion interne des molécules, ainsi que d'une pousse non continue du cheveu.

Le dépistage des quatre familles moléculaires (opiacés naturels, cannabis, cocaïne, amphétamines) repose sur des méthodes immuno-chimiques mettant en jeu comme réactifs des anticorps capables de reconnaître la structure moléculaire commune à toute la famille étudiée :

- le noyau morphinane pour les opiacés naturels ;
- la benzoylecgonine pour la cocaïne ;
- l'acide Δ^9 -THC pour le cannabis ;
- l'amphétamine et les méthylènedioxy-amphétamines.

Ces tests de dépistage ne sont que qualitatifs. Leurs résultats se traduisant par "présence" ou "absence" d'une famille, ils ne peuvent conduire à des mesures quantitatives ni à une identification moléculaire.

Pour chaque famille, un seuil de positivité (ou de décision, ou *cut-off*) découpe la plage des résultats en deux parties : positif au-dessus du *cut-off*, négatif en dessous. Pouvant varier selon les méthodes d'analyse utilisées, le seuil de décision doit être précisé par le laboratoire réalisant le dépistage. Il ne s'agit pas d'un seuil d'aptitude, mais de positivité ou négativité analytique. La relation dose-effet n'est pas documentée pour les quatre familles de stupéfiants (cannabis, cocaïne, opiacés et amphétamines).

Lors de sa séance du 22 septembre 2010, l'Académie nationale de pharmacie a émis des recommandations relatives au dépistage des stupéfiants et à la fiabilité des tests utilisés. Considérant que le seul test salivaire (Rapid STAT) "utilisé actuellement pour le dépistage du cannabis ne fournit pas les performances requises", elle recommande par ailleurs "de ne mettre les outils du dépistage entre les mains de non-professionnels de la santé qu'après un avis scientifique des instances compétentes". Elle se fondait alors sur les résultats d'études récentes dont celle de Mura et al. (30), qui concluait à environ 10 % de faux positifs. En 2006, l'étude "Rosita 2" (*Roadside testing assessment*) concluait déjà que les tests salivaires n'étaient pas encore fiables (31). L'étude de Röhrich et al. (32) fait état de 10,8 % de résultats faussement positifs et conclue que le test salivaire n'est pas suffisamment performant pour le cannabis.

R.12. À la date de la rédaction de ces recommandations (2012), les méthodes validées pour les SPA (alcool, cannabis, cocaïne, opiacés, phéncyclidine, benzodiazépines, amphétamines, méthamphétamines et méthadone) reposent sur le prélèvement de sang (sang total ou sérum) ou d'urine. Insuffisamment fiables, les tests salivaires ne peuvent pas être recommandés (avis d'expert).

C.4.1. Interprétation et limites de la recherche immuno-chimique des opiacés

Toutes les molécules ayant un noyau morphinane présent dans l'urine conduiront à un résultat positif en immuno-chimie. Ces opiacés sont soit des opiacés naturels (morphine, codéine), soit des opiacés d'hémisynthèse ayant un même précurseur chimique, la morphine. Or, ce noyau est également la structure de base de :

- médicaments : codéine, codéthyline, pholcodine, morphine ;
- molécules toxicomanogènes : héroïne et son métabolite, la 6-mono-acétyl-morphine.

Un résultat positif en opiacés ne peut donc en aucune manière prouver formellement une héroïnomanie ou une dépendance aux opiacés. Interpréter un résultat positif nécessite d'avoir deux types d'informations à l'esprit : thérapeutiques et métaboliques.

• Thérapeutiques

Plusieurs dizaines de spécialités pharmaceutiques, à visée antitussive et antalgique, contiennent des opiacés naturels ou d'hémisynthèse. Même à doses infrathérapeutiques, l'absorption de l'une de ces spécialités positive la recherche urinaire.

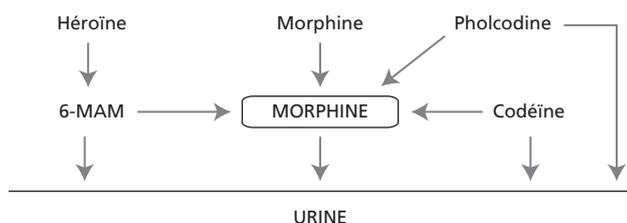


Figure 1. – Opiacés métabolisés en morphine.

Tableau IX : Temps de demi-vie et de présence des opiacés dans l'urine

Molécule	Demi-vie	Fenêtre détection
Héroïne	4-6 minutes	Non détectée
6-MAM	9-15 minutes	~ 7 heures
Morphine	1-3 heures	12-48 heures
Codéine	2-4 heures	24-48 heures
Codéthylène	2 heures	24 heures
Pholcodine	37 heures	11-20 jours

• Métaboliques

Les opiacés naturels et d'hémisynthèse, dont l'héroïne, sont tous métabolisés en morphine (figure 1). Les temps de demi-vie et de présence de ces molécules dans l'urine sont donnés dans le tableau IX. Molécule mère, l'héroïne n'est jamais retrouvée dans les urines. Tenant compte de ces données (figure 2) :

- si le résultat immunochimique est négatif, il n'y a pas eu consommation d'opiacés naturels, mais peut-être d'opioïdes synthétiques (méthadone, buprénorphine/Subutex®, tramadol...). Une limite importante à connaître lors de sevrages à l'aide des produits de substitution. Exemples : un héroïnomanie en sevrage par le Subutex® sera "opiacés négatifs" ; un héroïnomanie en sevrage par le Subutex® sera "opiacés positifs" s'il continue à consommer l'héroïne ou d'autres opiacés naturels ;
- si le résultat immunochimique est positif, il y a présence urinaire d'un ou plusieurs opiacés naturels.

Face à un dépistage positif par test immunochimique, ces exemples prouvent l'absolue nécessité de poursuivre l'exploration pour différencier les opiacés grâce à des méthodes physico-chimiques performantes. Il est alors impératif que le médecin du travail stipule dans sa prescription. Ces méthodes reposent toutes sur la séparation des drogues par chromatographie en phase gazeuse ou en phase liquide, couplée à des détecteurs de plus en plus spécifiques et sensibles. Le couplage à la spectrométrie de masse reste notamment la méthode de référence en cas

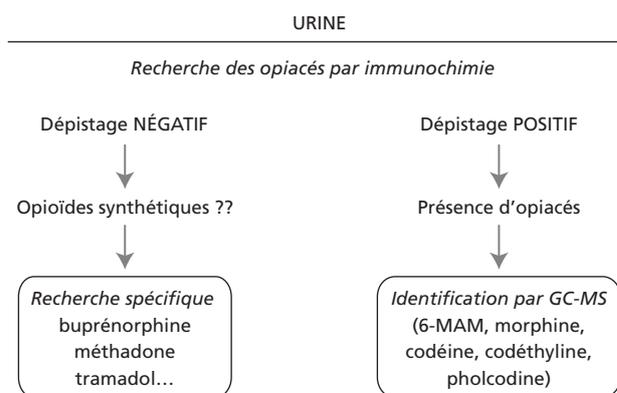


Figure 2. – Recherche des opiacés dans l'urine par immunochimie.

d'implication judiciaire, mais elle est coûteuse et délicate. Ces méthodes chromatographiques ne permettront pas seulement la différenciation des opiacés, mais aussi :

- leur dosage (possible dans le plasma, sérum, sang total) ;
- l'identification et le dosage des opioïdes synthétiques : méthadone, buprénorphine, dextropropoxyphène (arrêt de commercialisation le 1^{er} mars 2011), tramadol...

• Quelques données pharmaco-analytiques sur :

- La méthadone :
 - . dépistage urinaire par test immunochimique utilisant des anticorps spécifiques antiméthadone : positif pendant cinq à sept jours après une prise ;
 - . dosage plasmatique : 1 mg/L quatre heures après une prise ; 0,30 mg/L 24 heures après la prise. En dessous de 0,30 mg/L, le patient présente des signes de manque, d'où l'intérêt de cette dernière mesure en cas de problème au cours de la thérapeutique de sevrage ;
 - . ne se métabolise pas en morphine ;
 - . ne positive pas le test immunochimique de recherche des opiacés naturels.
- La buprénorphine :
 - . dépistage urinaire par test immunochimique utilisant des anticorps spécifiques antibuprénorphine qui ne détectent pas les opiacés naturels ;
 - . dosage plasmatique par chromatographie liquide couplée à un détecteur très sensible : 3 à 4 µg/L une heure après une prise de 4 mg. Cette mesure n'a d'intérêt qu'en cas de doute sur le suivi de la thérapeutique de sevrage ;
 - . phase d'élimination longue : 20 à 25 heures ;
 - . ne se métabolise pas en morphine, le métabolite est la norbuprénorphine, pharmacologiquement active avec effets toxiques en association avec les benzodiazépines.

- Le tramadol :
 - . test immunologique non encore commercialisé ;
 - . dosage par chromatographie gazeuse ou liquide : dans le plasma, les concentrations thérapeutiques sont de 100 à 300 µg/L ;
 - . le métabolite (O-déméthyl-tramadol) est de deux à quatre fois plus analgésique que la molécule mère ;
 - . demi-vie du tramadol et de son métabolite O-déméthyl : cinq à sept heures.

Tous ces composés opiacés naturels et synthétiques passent la barrière placentaire et se retrouvent dans le lait maternel.

C.4.2. Interprétation et limites de la recherche immuno-chimique de cannabis

Après une longue phase d'indifférence et de contradictions, l'augmentation de l'utilisation du cannabis révèle des effets indésirables importants ayant des impacts graves sur les consommateurs (33) et leur environnement (34).

Principe actif du cannabis, le $\Delta 9$ -tétrahydrocannabinol ou THC possède des propriétés psychoactives. Le cannabis est utilisé sous forme :

- d'herbe ou marijuana (contient 1 à 5 % de THC dans le cannabis naturel, jusqu'à 25 % dans le cannabis sous serre), fumée seule ou avec du tabac ;
- de résine ou haschisch (THC : 6 à 20 %), fumée avec du tabac ;
- d'huile incluse dans des pâtisseries.

Le THC (35) est très lipophile ce qui explique, d'une part, son stockage durable dans les graisses, et en particulier le cerveau à partir duquel il peut y avoir relargage, et, d'autre part, la lente élimination urinaire de son métabolite (l'acide $\Delta 9$ -THC), de plusieurs jours à une semaine après consommation d'une ou deux cigarettes, plusieurs semaines à plusieurs mois en cas de prises quotidiennes :

- l'acide $\Delta 9$ -THC apparaît dans l'urine une à deux heures après une prise ;
- l'acide $\Delta 9$ -THC est le métabolite détecté par les tests immuno-chimiques pour le dépistage du cannabis dans les urines ;
- le THC se retrouve dans le sang pendant un temps court après une prise.
- la décroissance plasmatique est contemporaine de l'accroissement des concentrations cérébrales et du développement des effets centraux qui sont maximum en 30 minutes, mais peuvent se prolonger pendant plusieurs heures.

Présence dans les urines ne signifie pas présence dans le sang. Le dépistage urinaire d'une consommation de cannabis à un temps "t" traduit une exposition neurologique au cannabis antérieure pouvant subsister au temps "t". Les temps de séjour dans le sang, dans les graisses et les urines ne sont pas identiques. L'importance des effets physiques et psychiques du cannabis est corrélée à la dose et la concentration sanguine maximale (36).

Deux types de récepteurs ont été localisés dans le cerveau, au niveau :

- de l'hippocampe (régulation de la mémoire) ;
- du lobe frontal (régulation de la décision et de l'activité volontaire) ;
- du cervelet (régulation de l'équilibre) ;
- des noyaux centraux (régulation de la vision et de l'audition).

Deux types de kits commerciaux de détection immuno-chimique du cannabis se distinguent par leur seuil de positivité (*cut-off*) fixé arbitrairement par le fabricant. La plupart des kits utilisés pour les tests urinaires ont un seuil de 50 ng/mL. Les trousses à 20 ng/mL sont utiles pour prouver une exposition passive en pédiatrie ou chez l'adulte vivant en atmosphère confinée. Très récemment, des tests unitaires ont été commercialisés à des fins d'auto-surveillance ou de prise en charge médicale. Leur fiabilité varie en fonction du fabricant.

La durée de la positivité urinaire (voir tableau X) peut aider le clinicien à s'orienter vers une exposition passive (32) ou une consommation active (en répétant le test de dépistage à une semaine d'écart). En cas de positivité et d'utilisation pouvant être déniée (sécurité routière, médico-légale, embauche...), tous les résultats immuno-chimiques devront être confirmés par chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse, qui permettra en outre la quantification du THC et du 11-OH-THC dans le sang et de l'acide $\Delta 9$ -THC dans l'urine.

En conclusion, le clinicien doit avoir à l'esprit plusieurs points importants sur le dépistage du cannabis :

- connaître le seuil de positivité (*cut-off*) de la méthodologie utilisée par le laboratoire ;

Tableau X : Fenêtre de détection du cannabis urinaire par immuno-chimie

Fumeur de cannabis	Seuil 50 µg/L
Occasionnel	1-3 jours
Régulier	Plusieurs semaines
Passif	Négatif

- tenir compte de la grande rémanence biologique des cannabinoïdes, due à leur lipophilie ;
- considérer le résultat immunologique comme une présumption devant être impérativement confirmée par une méthode physico-chimique de référence ;
- le dépistage dans la salive nécessite une confirmation des résultats positifs ;
- le dépistage dans les cheveux doit être réservé au domaine médico-légal et confié à des laboratoires compétents.

C.4.3. Interprétation de la recherche immunochimique de la cocaïne

Après avoir augmenté d'environ 500 tonnes en cinq ans, la production mondiale de chlorhydrate de cocaïne est aujourd'hui évaluée à plus de 1 500 tonnes par an. Une progression qui s'accompagne naturellement d'une augmentation de la consommation, d'autant que le prix moyen du gramme est passé de 130-150 € il y a dix ans à 44-88 € en 2010. L'utilisation de la cocaïne était alors discrète, surtout par des usagers cherchant à faire reculer leurs limites de fatigue et de performance dans des milieux assez fermés. Cette consommation se répand désormais parmi les adultes jeunes (15-34 ans), voire les élèves. Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, la cocaïne aurait provoqué la mort d'au moins 500 Européens en 2007.

La prise quotidienne est très variable (quelques milligrammes à dix grammes par 24 heures) selon le degré d'accoutumance qui s'installe très rapidement. La cocaïne est administrée par :

- voie intranasale ("le sniff de lignes") ;
- voie pulmonaire ;
- voie intraveineuse.

Si le chlorhydrate de cocaïne est le plus souvent "sniffé", le "crack" (cocaïne base) est généralement fumé car il est plus volatil et plus stable à la chaleur.

La concentration maximale plasmatique est atteinte en 30 à 40 minutes si elle est "sniffée", et en cinq minutes si elle est fumée. La demi-vie d'élimination de la cocaïne est courte, de 0,5 à 1,5 heure. La cocaïne est un diester qui s'hydrolyse dans l'organisme en benzoylecgonine et méthylecgonine, puis en ecgonine. Tous ces métabolites sont inactifs pharmacologiquement.

Après une prise unique, l'élimination urinaire de la cocaïne est brève (inférieure à dix heures) et faible, tandis que celle de ses métabolites peut se prolonger pendant plusieurs jours. La cocaïne et la méthylecgonine n'étant

pas reconnues par l'anticorps, le dépistage urinaire de la cocaïne repose sur la détection immunochimique du métabolite principal : la benzoylecgonine (*cut-off* = 300 ng/mL). Une détection urinaire précoce (< cinq heures) après une prise sera le plus souvent négative. Cette détection a une très bonne spécificité (pas de faux positifs ou négatifs, sauf en cas d'adultération volontaire de l'urine).

La confirmation (indispensable dans le cadre médico-légal) et le dosage de la cocaïne et de ses métabolites est réalisée par chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse, qui permet par ailleurs de connaître la composition de certains mélanges à base de cocaïne.

Le dosage de la cocaïne et de ses métabolites dans les cheveux (*cut-off* : 500 pg/mg de cheveux) permettrait de reconstituer l'historique de la consommation, notamment dans les épreuves de performance (37).

C.4.4. Interprétation de la recherche immunochimique des amphétamines

L'usage thérapeutique des amphétamines est officiellement interdit depuis 1995 ; ces molécules ne devaient pas être délivrées pour leur propriété anorexigène. Elles sont cependant utilisées illégalement pour leurs effets psychostimulants (soirées festives) et notamment pour le dopage sportif. Les utilisateurs ont recherché des dérivés amphétaminiques de plus en plus actifs (hallucinogènes en particulier), d'où des synthèses clandestines et artisanales. La plus connue est la MDMA (méthylènedioxy-méthylamphétamine) ou ecstasy (38). Beaucoup d'autres molécules sont utilisées, toutes avec des effets hallucinogènes, délires et troubles psychiques parfois très importants. Toutes sont vendues fallacieusement sous le nom générique d'ecstasy alors qu'il s'agit le plus souvent de médicaments aux effets parfois toxiques.

Les utilisateurs s'administrent généralement les amphétamines par voie orale, intraveineuse ou intranasale quand elles sont vendues sous le vocable de cocaïne. La MDMA a une demi-vie de sept heures environ et son maximum d'action se situe 1,5 heure après la prise.

Le dépistage urinaire des amphétamines est fondé sur la mise en œuvre de tests immunochimiques à l'aide de deux types d'anticorps :

- les anticorps polyclonaux, qui reconnaîtront toutes les amphétamines mais faiblement l'ecstasy ;
- les anticorps monoclonaux, qui détecteront bien l'ecstasy.

Ces tests de dépistage ont une spécificité limitée : on trouve des faux positifs avec certains médicaments (chloroquine, fonzylane...). Il est donc indispensable de confirmer la positivité d'une urine lors d'un test immunochimique par une méthode séparative, une chromatographie couplée à la spectrométrie de masse.

D – Médicaments psychotropes

D.1. Anxiolytiques

La large prescription d'anxiolytiques est à l'origine de la fréquence de leur mésusage et de la pharmacodépendance qu'ils induisent. Les molécules les plus utilisées sont les benzodiazépines : bromazépam, oxazépam, diazépam, clonazépam, alprazolam, flunitrazépam... Ces molécules peuvent être détectées dans le sang et l'urine par des tests immunochimiques dont la sensibilité est variable en fonction de la benzodiazépine consommée.

Deux molécules – le zolpidem (Stilnox®) et la zopiclone (Imovane®) – ne sont pas chimiquement des benzodiazépines bien qu'apparentées pharmacologiquement. Elles ne seront pas détectées par le test immunochimique "benzodiazépines". Leur identification et leur dosage nécessiteront de mettre en œuvre une chromatographie couplée à la spectrométrie de masse, indispensable en cas d'usage criminel (soumission chimique).

À noter que :

- plusieurs benzodiazépines (chlordiazepoxide, clorazepate dipotassique, diazépam, nordazépam, prazépam) se métabolisent en oxazépam que l'on retrouvera sans la molécule mère. Par conséquent, il ne faut pas nécessairement conclure à la prise d'une spécialité à base d'oxazépam (Seresta®) lorsque ce dernier est détecté ;
- ces anxiolytiques sont les principaux responsables des "soumissions chimiques" conduisant à une spoliation des victimes (amnésie, vol, viol...).

D.2. Antidépresseurs

Les antidépresseurs sont des molécules de plus en plus prescrites. On distingue :

- les antidépresseurs à structure tricyclique (imipramine, clomipramine, amitriptyline...) qui sont dépistables au niveau sanguin ou urinaire par des tests immunochimiques de sensibilité différente selon l'antidépresseur. Les

réponses sont "positif" ou "négatif" et ils ne permettent pas d'identifier les molécules

- les antidépresseurs non tricycliques (fluoxetine, venlafaxine, séropram...) qui ne seront jamais mis en évidence par les tests immunochimiques destinés aux antidépresseurs tricycliques. Ils pourront être identifiés et dosés individuellement par chromatographie gazeuse ou liquide, après extraction du sang, voire de l'urine.

D'autres médicaments psychotropes sont utilisés :

- phénothiazines ;
 - carbamates (méprobamate – arrêt de commercialisation le 12 janvier 2012) ;
 - barbituriques : phénobarbital, les autres d'action rapide – interdits à la prescription en France – pouvant avoir des retentissements sur la vigilance. Les spécialités contenant du pentobarbital commercialisées en France sont à usage vétérinaire.
- L'identification et le dosage de ces molécules doivent faire l'objet d'une demande précise du clinicien qui est en général informé par le patient de la thérapeutique.

E – Éléments partiels sur le coût des analyses

Si le coût du dépistage est difficile à évaluer dans le cadre français, il est possible de se référer à la nomenclature des actes pour une première approximation. À noter toutefois que les tarifs varient selon les contextes (hospitalier, sécurité routière, médico-légal...) et selon les matrices biologiques (sang, urine, salive).

Les actes de dépistage inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) sont notés en nombre de lettres-clés "B" (JO du 10 janvier 2012). La tarification est en 2012 la suivante (1 "B" = 0,27 € ; tableau XI) :

- recherche immunochimique de l'une des quatre familles de drogues (opiacés, cannabis, cocaïne, amphétamines) : B95. Cette recherche n'identifie pas un composé, mais indique la présence ou l'absence d'une famille ;
- chromatographie couplée à la spectrométrie de masse : BHN300 à 400, selon la complexité de la demande. C'est la méthode la plus fiable, indispensable dans un cadre médico-légal ;
- chromatographie liquide ou gazeuse couplée à des détecteurs plus simples : BHN120 (identification et quantification d'une molécule) ;
- pour l'alcoolémie, quelle que soit la méthode utilisée (enzymatique ou chromatographique), la tarification est

Tableau XI : Cotation des analyses

Code acte	Désignation	Cotation
0534	Alcool (éthylrique ou méthylrique)	B30
1659*	Analgésiques ou stupéfiants non nommément inscrits à la NABM (sang)	B95
0659*	Analgésiques ou stupéfiants non inscrits à la NABM (autre liquide biologique que sang)	B95
M025	Dosage des métabolites actifs ou utiles à l'interprétation (limité à un métabolite)	BHN120
M017	Recherche et dosage d'une famille en GC ou LC couplée à un spectromètre de masse	BHN400
M055	Recherche et dosage d'une famille en GC ou LC hors spectromètre de masse	BHN300
M029	Alcoolémie médico-légale réalisée obligatoirement en chromatographie	BHN120

* Cet examen est uniquement pris en charge dans le cas d'un diagnostic d'urgence ou d'une surveillance thérapeutique.

NABM : nomenclature des actes de biologie médicale ; GC : chromatographie gazeuse ; LC : chromatographie liquide ; HN : hors nomenclature.

la même : B30. La méthode chromatographique étant obligatoire, la cotation est plus élevée (B120) dans un cadre médico-légal.

R.13. Le coût d'un dépistage ne se limitant pas à une tarification des actes d'analyse, des études devraient être menées en s'appuyant sur une méthodologie rigoureuse incluant les effets potentiels des dépistages, leur fiabilité (faux positifs ou vrais négatifs), etc. (accord professionnel).

En effet, les études menées ou analysées par la Haute autorité de santé en matière d'analyse coût-bénéfice des actions de dépistage montrent que l'efficacité (y compris pour la Sécurité sociale) dépend moins du tarif que des conséquences décisionnelles (repérage, suivi ou non d'un traitement, compliance, modalité du dépistage – individuel, généralisé, obligatoire, etc.). Or, sur tous ces points la littérature est quasi inexistante. ■

R.14. Il est recommandé que le médecin du travail se rapproche des biologistes pour l'interprétation des résultats (accord professionnel).

M.-J. Royer-Morrot, M. Galliot-Guilley
 Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel.
 V – Dépistage biologique. 1 – Les différentes méthodes validées pour le dépistage biologique. Intérêt, limites actuelles de l'interprétation des résultats et limites économiques

Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (4) : 341-354

Références bibliographiques

- 1 - Mura P, Brunet B, Chaleroix C, Dumestre-Toulet V. Prévalence de l'alcool et des stupéfiants chez 503 conducteurs décédés dans un accident de la voie publique en 2012 et 2011 en France. 20^{ème} Congrès de la SFTA ; 2012 ; Chambéry ; O4.
- 2 - Verstraete A, Legrand SA. Prevalence of driving under the influence of alcohol, illicit and medicinal drugs: a roadside survey in 13 European countries. 20^{ème} Congrès de la SFTA ; 2012 ; Chambéry ; O5.
- 3 - Cirimele V, Pelissier-Alicot AL. Dépistage urinaire. In : Mura P, Kintz P. Drogues et accidentalité. Les Ulis : EDP Sciences ; 2011. p. 203-34.
- 4 - Saussereau E, Goullé JP, Lacroix C, Ricordel I. Dosages sanguins et urinaires ». In : Mura P, Kintz P. Drogues et accidentalité. Les Ulis : EDP Sciences ; 2011. p. 257-320.
- 5 - Verstraete A. Le Dépistage salivaire. In : Mura P, Kintz P. Drogues et accidentalité. Les Ulis : EDP Sciences ; 2011. p. 235-56.
- 6 - Mura P, Saussereau E, Brunet B, Goullé JP. Exploration biologique des drogues illicites et des médicaments psychotropes en milieu professionnel. *Ann Pharm Fr.* 2012 ; 70 : 120-32.
- 7 - Anger JP, Fantoni-Quinton S, Lhermitte M. Alcool éthylique (éthanol). In : Mura P, Kintz P. Drogues et accidentalité. Les Ulis : EDP Sciences ; 2011. p. 51-74.
- 8 Pépin G, Eysseric H. Héroïne, morphine et autres opioïdes. In : Mura P, Kintz P. Drogues et accidentalité. Les Ulis : EDP Sciences ; 2011. p. 127-82.
- 9 - Mura P, Dumestre-Toulet V. Cannabis. In : Mura P, Kintz P. Drogues et accidentalité. Les Ulis : EDP Sciences ; 2011. p. 75-102.
- 10 - Anger JP, Alvarez JC, Pépin G, Mura P. Cocaïne et crack. In : Mura P, Kintz P. Drogues et accidentalité. Les Ulis : EDP Sciences ; 2011. p. 183-202.
- 11 - Klinzig F, Ghysel MH. Amphétamines et dérivés. In : Mura P, Kintz P. Drogues et accidentalité. Les Ulis : EDP Sciences ; 2011. p. 103-26.
- 12 - Fabritius M, Staub C, Mangin P, Appenzeller M, Giraud C. Profils cinétiques salivaires chez des fumeurs réguliers de marijuana ayant inhalé un joint de cannabis pur titré à 11 % de THC. 20^{ème} Congrès de la SFTA ; 2012 ; Chambéry ; O10.
- 13 - Goullé JP, Kintz P. Le cheveu : un efficace marqueur biologique d'exposition aux xénobiotiques. *Ann Biol Clin.* 1997 ; 55 (5) : 435-42.
- 14 - Kintz P, Villain M, Mandel A, Cirimèle V. Les marqueurs de l'éthylisme chronique. Focus sur les approches immunochimiques. *Ann Toxicol Anal.* 2009 ; 21 (1) : 21-5.
- 15 - République Française. Arrêté du 27 septembre 1972 fixant la technique de la recherche et du dosage d'alcool dans le sang prélevé par les articles R. 25 et R. 26 du Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme. *JO.* 30 novembre 1972 : 1208-1209.
- 16 - Moirand R, Le Gruyer A, Le Lan C, Brissot P, Loreal O. Marqueurs biologiques de l'alcoolisme. *EMC, Hépatologie.* 2010 ; 7-007-B-60.
- 17 - Schellenberg F, Schwan R, Mennetrey L, Loiseaux MN, Pagès JC, Reynaud M. Dose-effect relation between daily ethanol intake in the range 0-70 grams and % CDT value: validation of cut-off value. *Alcohol Alcohol.* 2005 ; 40 (6) : 531-4.
- 18 - Hietala J, Koivisto H, Anttila P, Niemela O. Comparison of the combined marker GGT-CDT and the conventional laboratory markers of alcohol abuse in heavy drinkers, moderate drinkers and abstainers. *Alcohol Alcohol.* 2006 ; 41 : 528-33.
- 19 - Anttila P, Järvi K, Latvala J, Blake JE, Niemelä O. A new modified gamma-%CDT method improves the detection of problem drinking: studies in alcoholics with and without liver disease. *Clin Chim Acta.* 2003 ; 338 (1-2) : 45-51.
- 20 - Verstraete A, Labat L. Utilisation des tests rapides de détection

des drogues dans la salive au bord de la route et en santé au travail. *Ann Toxicol Anal.* 2009 ; 21 (1) : 3-8.

- 21 - Röhrich J, Zörntlein S, Becker J, Urban R. Detection of delta9-tetrahydrocannabinol and amphetamine-type stimulants in oral fluid using the Rapid Stat point-of-collection drug-testing device. *J Anal Toxicol.* 2010 ; 34 (3) : 155-61.
- 22 - Goullé JP, Saussereau E, Guerbet M, Lacroix C. Immunochimie : quelle place en 2008 ? *Ann Toxicol Anal.* 2009 ; 21 (1) : 49-53.
- 23 - Boucher A, Vilette P, Crassard N, Bernard N, Descotes J. Dépistage urinaire de stupéfiants : interférence entre acide niflumique et cannabis. *Arch Ped.* 2009 ; 16 : 1457-60.
- 24 - Alvarez JC. Le dépistage immunochimique des médicaments substitutifs de l'héroïne et autres opioïdes. *Ann Toxicol Anal.* 2009 ; 21 (1) : 13-9.
- 25 - Goullé JP, Lacroix C. L'addiction en milieu professionnel : quelles techniques de confirmation après l'immuno-analyse. *Ann Toxicol Anal.* 2002 ; 14 (1) : 27-32.
- 26 - Gaillard Y, Pepin G, Marquet P, Deveaux M, Mura P. Identification et dosage de la benzoylcgonine, cocaïne, méthylecgonine-ester, codéine, morphine et 6-acétylmorphine dans le sang total. *Toxicorama.* 1996 ; 8 (2) : 17-22.
- 27 - Kintz P, Cirimèle V, Pepin G, Marquet P, Deveaux M, Mura P. Identification et dosage des cannabinoïdes dans le sang total. *Toxicorama.* 1996 ; 8 (2) : 29-33.
- 28 - Marquet P, Lachâtre G, Kintz P, Pepin G. Identification et dosage des principales drogues amphétaminiques dans le sang total par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (CPG-SM). *Toxicorama.* 1996 ; 8 (2) : 23-8.
- 29 - Wille S, Raes E, Lillsunde P, Gunnar T, Laloup M, Samyn N, Christophersen AS, Moeller MR, Hammer KP, Verstraete AG. Relationship between oral fluid and blood concentrations of drug of abuse in drivers suspected of driving under the influence of drugs. *Ther Drug Monit.* 2009 ; 31 (4) : 511-9.
- 30 - Mura P, Papet Y, Brunet B. Étude et comparaison des concentrations sanguines en THC obtenues après 839 dépistages urinaires et après 740 dépistages salivaires par le test Rapid STAT. 18^{ème} Congrès de la SFTA ; 2010 ; Antibes Juan-Les-Pins ; C6, p. 21.
- 31 - Verstraete A, Raes E. Tests salivaires pour la détection de conduite sous influence : résultats de l'étude Rosita 2. *Ann Toxicol Anal.* 2006 ; 18 (3) : 167-8.
- 32 - Röhrich J, Schimmel I, Zörntlein S, Drobnik S, Kaufmann T, Kuntz V, Urban R. Concentration of delta9-tetrahydrocannabinol and 11-nor-9-carboxy tetrahydrocannabinol in blood and urine after passive exposure to cannabis in a coffee shop. *J Anal Toxicol.* 2010 ; 34 (4) : 196-203.
- 33 - Barguil Y, Charlot JY, Southwell G, Kintz P, Baumann F, Guegan A, Cirimèle V, Villain M, Choblet E, Hnawia, Nour M. Évaluation du risque d'apparition de comorbidités psychiatriques chez le consommateur de cannabis par la détermination du rapport des concentrations capillaires en THC et en CBD. 18^{ème} Congrès de la SFTA ; 2010 ; Antibes Juan-Les-Pins ; C18, p. 34.
- 34 - Ronen A, Schwartz Chassidim H, Gershon P, Parmet Y, Rabonovich A, Bar-Hamburger R, Cassuto Y, Shinar D. The effect of alcohol, THC and their combination on perceived effects, willingness to drive and performance of driving and non-driving tasks. *Accident Analysis & Prevention.* 2010 ; 42 : 1855-65.
- 35 - Goullé JP, Saussereau E, Lacroix C. Pharmacocinétique du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC). *Ann Pharm Fr.* 2008 ; 66 : 232-44.
- 36 - Cocchetto DM, Owens SM, Perez-Reyes M, DiGiuseppi S, Miller LL. Relationship between plasma delta-9-tetrahydrocannabinol concentration and pharmacologic effects in man. *Psychopharmacology.* 1981 ; 75 (2) : 158-64.
- 37 - Cairns T, Hill V, Schaffer M, Thistle W. Levels of cocaine and its metabolites in washed hair of demonstrated cocaine users and workplace subjects. *Forensic Sci Int.* 2004 ; 145 : 175-81.
- 38 - Verstraete A, Deveaux M. Apport de l'analyste lors des intoxications par les nouvelles drogues de synthèse. *Ann Toxicol Anal.* 2000 ; 12 (4) : 325-9.

Autres références

- Mura P, Kintz P. Drogues et accidentalité. Les Ulis : EDP Sciences ; 2011.
- Mura P. Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile. Paris : Elsevier, Option Bio ; 1999.

RECOMMANDATIONS

Dr Philippe Hache*, **Dr Philippe Bessières****, **Dr Cyrille Orizet*****, **Dr Annick Vasseur******, **Dr Didier Playoust*******

* Conseiller médical en santé au travail, Institut national de recherche et de sécurité, Paris, France

** Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre, Bordeaux, France

*** Addictologue, Paris, France

**** Médecin du travail, Nancy, France

***** Addictologue, Andernos-les-Bains, France

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel

V – Dépistage biologique

2 – Indications et limites du dépistage biologique. Conduites à tenir en fonction des résultats du repérage (y compris pour la consommation de médicaments psychotropes)

Résumé

Dans cet article sont exposées les indications et les limites du dépistage biologique de la consommation de substances psychoactives. En France, hormis le cas des professions soumises à des conditions d'aptitude, les indications doivent respecter des principes et des règles précises. Il est aussi démontré que seul le médecin du travail peut proposer et prescrire un dépistage biologique, dans le strict respect du consentement éclairé et du secret médical. Le dépistage aléatoire ou systématique est à exclure : la recherche doit répondre à une indication clinique. En dehors du cas de l'alcool, le prélèvement urinaire est le plus pertinent car la fiabilité des tests salivaires reste à améliorer. Les conduites à tenir en fonction des résultats sont développées en détail.

Mots-clés

Dépistage biologique – Conduite à tenir – Consommation – Limite – Modalité.

Summary

Misuse of psychoactive drugs at workplace. V – Laboratory screening. 2 – Indications and limitations of laboratory screening. Management as a function of screening results

This article describes the indications and limitations of laboratory screening for psychoactive substance use. In France, apart from jobs submitted to job capacity conditions, the indications for laboratory screening tests must comply with precise principles and rules. Only occupational health physicians can propose and request laboratory screening tests by strictly complying with the subject's informed consent and medical secrecy. Random or systematic screening is not indicated: screening tests must correspond to a clinical indication. Apart from alcohol screening, urine samples are the most relevant biological samples, as the reliability of saliva tests needs to be improved. Management as a function of the results is described in detail.

Key words

Laboratory screening – Management – Consumption – Limitations – Modality.

Cet article est issu de l'Argumentaire des Recommandations pour la pratique clinique "Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel".

Société française d'alcoologie, en partenariat avec la Société française de médecine du travail.

La question du dépistage de la consommation de substances psychoactives (SPA), licites ou non, ne peut se concevoir en termes simples – présence ou absence, validée correctement ou non par la biologie. Au-delà des conditions techniques et métaboliques, la biologie peut contribuer au repérage soit directement en détectant

une substance (exemple : alcoolémie) ou son métabolite (exemple : la morphine métabolite des opiacés naturels), soit indirectement en recherchant les conséquences biologiques de la consommation de cette SPA (exemples : volume globulaire moyen et gamma glutamyl transférase, γ GT, pour l'alcool).

Hormis les cas où il existe une production endogène (1), la présence d'une SPA ou de son métabolite dans un élément biologique (liquide, solide, gaz) implique avec certitude une origine exogène. Mais sans préciser si cette consommation est volontaire ou non (consommation active ou passive), voire criminelle, et sans spécifier la voie d'absorption (digestive, sanguine, respiratoire, percutanée).

Le dosage direct convient plutôt pour valider le respect ou non d'un règlement, d'une loi. Il est utilisé dans le cadre d'un système d'expertise, comme pour de la médecine d'aptitude, ou dans des réquisitions judiciaires.

Avec les dosages indirects, il n'y a aucune certitude individuelle de consommation de la substance recherchée, mais une probabilité pour un groupe d'individus d'une consommation plus ou moins grande, calculée à partir de statistiques. L'interprétation des dosages indirects est complexe, car elle repose à la fois sur des aspects métaboliques, physiologiques et pathologiques, pour lesquels existent de grandes variations individuelles, et sur des éléments statistiques : sensibilité, spécificité qui font que l'on peut rarement passer d'une probabilité même forte au niveau collectif à une certitude individuelle (exemple : la γ GT, dont l'augmentation seule ne peut en aucun cas inférer d'une consommation d'alcool avec certitude pour un individu). Si cette probabilité est souvent jugée suffisante dans le cadre de conseils de prévention ou pour une orientation thérapeutique, l'absence de certitude rend beaucoup plus complexes les prises de position vis-à-vis de l'aptitude au travail.

L'aptitude au travail ou au poste de travail nécessite de répondre à cette question : la consommation de SPA entraîne-t-elle un risque potentiel susceptible d'avoir un impact sur la santé et la sécurité du travailleur et/ou celle de son entourage ?

Les réponses concernant les indications et les limites du repérage biologique de la consommation de SPA, ainsi que les conduites à tenir en milieu du travail en fonction des résultats sont complexes. Car si elles doivent tenir compte d'éventuels éléments biologiques de tests validés (indications et limites, objet de la présente question), le résultat

biologique seul ne peut en aucun cas suffire au médecin du travail pour répondre sur l'aptitude médicale.

A – Pratiques internationales

A.1. États-Unis

La mise en place d'une politique de détection des consommations de drogues illégales en milieu professionnel a débuté dans les années 1980 aux États-Unis, suite au crash d'un aéronef sur le porte-avions *USS Nimitz*. 14 matelots décédèrent et l'enquête montra que de nombreuses victimes consommaient du cannabis (2).

En 1986, le président Ronald Reagan décide d'instaurer un dépistage chez tous les employés de l'administration fédérale (3). Le *Drug-free workplace act* de novembre 1988 oblige ensuite les employeurs souhaitant passer un contrat d'un montant supérieur à 25 000 \$ avec l'État fédéral à certifier que leur entreprise est exempte de drogues. En octobre 1991, l'*Omnibus transportation employee testing act* contraint les entreprises de transport publiques et privées à effectuer, dans le cadre d'exams d'aptitude, un dépistage de drogues et d'alcool sur les employés et les candidats à l'embauche. Ce dépistage concerne le personnel navigant, les instructeurs, les *dispatchers*, les personnels de maintenance, les coordinateurs de la sécurité de l'avion au sol (contrôles, organisation des réparations), les contrôleurs aériens et les agents chargés du contrôle des passagers et des bagages (2). Puis, c'est au tour de l'ensemble des entreprises privées de tester "volontairement" les employés. En 2004, deux tiers environ des entreprises américaines de tous secteurs étaient ainsi dotées de procédures de dépistage.

A.2. Europe

Il n'existe pas de réglementation harmonisée dans les pays de l'Union européenne (4). En Croatie, l'article 64 de la Loi sur la santé et la sécurité au travail interdit la consommation d'alcool et autres stupéfiants avant le travail ou leur consommation sur le lieu de travail. L'article 65 définit les moyens de preuve (alcoomètre ou tout autre moyen ou procédure appropriés).

En Finlande (4, 5), des actions de prévention collective accompagnent les procédures de dépistage des drogues. Nombreux sont les métiers et activités concernés par ce dépistage :

- activités nécessitant précision, fiabilité (notamment dans l'analyse et le jugement), réactivité ;
- activités où la consommation de drogues peut mettre en danger la vie, la santé ou la sécurité des employés ou d'autres personnes ;
- activités où la consommation de drogues peut mettre en danger la défense nationale, la sécurité de l'État et la sécurité dans les transports ;
- activités où la consommation de drogues peut mettre en danger la protection, la possibilité d'utilisation, l'intégrité et la qualité des informations obtenues dans le cadre du travail, pouvant entraîner d'importants dommages à des intérêts publics protégés par des clauses de confidentialité ou mettre en danger la protection de la vie privée ou des droits de ceux auxquels les données se rapportent ;
- activités où la consommation de drogues peut accroître de manière significative les dommages environnementaux ;
- activités où la consommation de drogues peut mettre en danger le secret professionnel ou le secret des affaires, ou provoquer une perte financière significative pour l'employeur ou l'un de ses clients, pourvu que cela ne puisse pas être évité par d'autres moyens.

Depuis 2005, la Finlande considère la viabilité économique de l'entreprise comme critère à prendre en considération dans les indications de tests de dépistage. Cette indication entre toutefois dans le cadre d'une loi spéciale dont les modalités d'application diffèrent des tests urinaires prescrits dans les cas classiques : le test est alors demandé par l'employeur au salarié. Chargé d'interpréter les résultats en fonction des traitements médicamenteux pris par le salarié et établir un certificat en fonction de son interprétation, le médecin du travail ne doit remettre ces résultats qu'au salarié (pas à l'employeur). Les tests urinaires ne sont que l'un des volets d'un guide de bonnes pratiques en comportant beaucoup d'autres (actions mises en place pour aider le salarié à se réinsérer, actions de prévention...) (5, 6).

En Allemagne (4), l'employeur peut poser des questions sur la consommation de stupéfiants lors de l'embauche d'un travailleur. Pendant la durée du contrat de travail, des tests de dépistage peuvent être admis si la consommation de drogues a été explicitement ou implicitement interdite à l'employé. Des tests aléatoires peuvent également être réalisés dans certains postes, par exemple sensibles en matière de sécurité : pilotes, conducteurs de poids lourds, conducteurs de locomotives, conducteurs de transports de combustible, inspecteurs de centrales nucléaires...

L'Italie est dotée d'une loi sur le dépistage des drogues depuis 2008. Les postes concernés se trouvent dans les

secteurs du transport (routier, maritime et aérien), des pipelines (pétrole et gaz) et des explosifs. Les dépistages se font à l'embauche, régulièrement, de manière inopinée (au moins une fois par an), en cas de suspicion argumentée et après accident du travail. Les SPA recherchées sont le cannabis, la cocaïne, les opiacés, la méthadone, la buprénorphine, l'ecstasy et ses dérivés, et les amphétamines. Sur 45 535 échantillons urinaires prélevés en un an (2009-2010), seuls 810 (1,9 %) étaient positifs (7).

En Lituanie (4), la réglementation permet l'utilisation des tests de dépistage de drogues pour les conducteurs de véhicules automobiles, de bateaux dans les eaux nationales, pour les employés de l'aviation commerciale et "autres personnes" en cas de suspicion d'utilisation de drogues, ces dernières devant alors être suspendues de leurs activités.

En Norvège (4), l'employeur ne peut solliciter des tests que dans trois cas : en application d'une loi ou d'un règlement ; pour des tâches associées à des risques spécifiques ; quand l'employeur les juge nécessaires pour protéger la vie ou la santé des employés ou des tierces personnes.

En Suède (4), les tests sont régis par des accords entre organisations de travailleurs et d'employeurs. Il existe un cadre légal dans quelques secteurs comme les prisons, les systèmes de mise à l'épreuve et la police.

Au Royaume-Uni (4), le Code des pratiques professionnelles de protection des données établit que "*la collecte d'informations par le biais de tests de dépistage de drogues et d'alcool ne se justifie pas, sauf pour des raisons de santé et de sécurité*" et recommande aux employeurs de limiter leur réalisation aux seuls travailleurs dont les activités ont réellement un impact significatif sur la santé et la sécurité des autres.

La Belgique a choisi la voie de la négociation entre employeurs et salariés qui ont signé le 1^{er} avril 2009 la Convention n° 100, destinée à définir et développer une politique de prévention au niveau de l'entreprise pour l'ensemble des salariés. Des tests respiratoires ou psychomoteurs, que seul un médecin peut pratiquer, peuvent être envisagés. Les tests biologiques sont interdits (8).

A.3. Nouvelle-Zélande

Les politiques de suppression de la consommation d'alcool et de drogues en milieu professionnel ont été instaurées dans les années 1990 pour faire suite aux exigences

des compagnies américaines vis-à-vis de leurs filiales internationales (9). Outre l'armée, les tests de dépistage sont utilisés dans de nombreux secteurs : forêts, industrie agroalimentaire (pêche, viandes et volailles, laiterie), exploitation minière, traitement de l'aluminium, transport, construction.

A.4. Canada

La législation canadienne n'encadre pas l'usage de drogues au travail et n'impose pas de test de dépistage. La pratique du dépistage des consommations relève des règlements intérieurs des entreprises et de la jurisprudence. L'employeur peut ainsi imposer ces tests dans des circonstances précises : s'il a des motifs précis de croire qu'un employé se présente au travail sous l'effet de drogues, si les circonstances d'un accident le justifient, lors d'une reprise après un programme de réadaptation (comprenant au moins une consultation avec un addictologue), lors de l'embauche ou de l'affectation à un poste critique ou à sécurité élevée. Au Québec, le salarié bénéficie d'une procédure de reclassement (sous plusieurs formes) si la dépendance est avérée. L'addiction est assimilée au handicap, pas seulement à la maladie (10).

A.5. Circonstances du dépistage

L'ensemble des circonstances amenant à la pratique du dépistage sont (2, 7, 9, 11, 12) : l'embauche ; la mutation vers un poste de sécurité ; la suspicion de consommation de SPA ayant un impact sur la performance et la sécurité ("cause raisonnable") ; après un accident ou un incident (si le test est urinaire, sa réalisation survient dans les 32 heures suivant l'événement) ; le suivi du sevrage d'un agent. Ce dépistage peut également être réalisé de manière aléatoire ou périodique.

A.6. Substances psychoactives recherchées

Les procédures de dépistage concernent de nombreuses SPA dont les plus fréquentes sont (2, 5, 9, 11-13) : alcool, cannabis, cocaïne, amphétamines et dérivés (MDMA), benzylopipezine, phencyclidine (PCP), opiacés, benzodiazépines, propoxyphène, barbituriques. Le type et/ou le nombre de SPA recherchées n'est pas corrélé à l'activité ou au métier exercé.

Dans ses lignes directrices de bonne conduite en matière de dépistage urinaire sur les lieux de travail, le Département américain de santé et des affaires sociales (Depart-

ment of Health and Human Services, DHHS) préconise le dépistage des cinq produits suivants : amphétamines, cannabis, cocaïne, opiacés et PCP (14). Ne comportant donc pas – point notable – les benzodiazépines, cette liste fait consensus outre-Atlantique.

La recherche de SPA se fait essentiellement sur des échantillons d'origine urinaire, salivaire ou sanguine. Les prélèvements capillaires tendent à apparaître dans le cadre des visites d'embauche. La pousse des cheveux étant d'environ un centimètre par mois, il est en effet possible de connaître les consommations d'alcool et de drogues sur les derniers mois.

L'European Workplace Drug Testing Society (15-17) a émis des recommandations sur les modalités de réalisation des tests urinaires, salivaires et capillaires. Il s'agit essentiellement de procédures concernant la personne sujette au dépistage (contrôle de son identité), le préleveur (formation, lien avec le sujet prélevé), les conditions de prélèvement, la traçabilité de l'échantillon et la prévention de sa contamination, les conditions d'analyse et d'interprétation des résultats (élimination des faux positifs...).

B – Indications du dépistage biologique et réglementation française

B.1. Professions soumises à des conditions d'aptitude physique

Dans ces professions, la surveillance médicale en matière de consommation de SPA s'effectue dans le cadre d'une médecine d'aptitude et non dans le cadre de la médecine du travail organisée par le Code du travail. Des arrêtés réglementent la délivrance d'aptitudes médicales pour certains emplois.

B.1.1. Fonction publique

L'arrêté du 2 août 2010 fixe les conditions d'aptitudes physiques particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires :

- corps des agents de constatation des douanes (branche de la surveillance) ;
- corps des contrôleurs des douanes et droits indirects (branche de la surveillance) ;
- corps d'encadrement et d'application de la police nationale ;
- corps de commandement de la police nationale ;

- corps de conception et de direction de la police nationale ;
- corps du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire : corps d'encadrement et d'application du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire et corps de commandement du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire.

Outre celles requises dans l'article 20 du décret du 14 mars 1986 pour l'admission aux emplois publics, les candidats doivent remplir des conditions d'aptitude physique particulières, et l'examen médical doit comporter obligatoirement un dépistage de l'usage des produits illicites dont le résultat doit être négatif. Par ailleurs, pour l'admission aux emplois de marins et durant toute la durée d'exercice dans lesdits emplois, les agents des douanes doivent aussi satisfaire à des conditions d'aptitude physique particulières fixées par l'arrêté du 16 avril 1986.

B.1.2. Personnel exerçant des fonctions de sécurité sur le réseau ferré national

L'arrêté du 30 juillet 2003 modifié fixe les conditions d'aptitude physique et professionnelle à remplir par le personnel pour être habilité à exercer des fonctions relatives à la sécurité des usagers, des personnels et des tiers sur le réseau ferré national. L'article 2 de cet arrêté liste les fonctions de sécurité auxquelles peut être affecté ce personnel. Les examens médicaux préalables à l'exercice de fonctions de sécurité sont précisés par l'article 7. Leur liste comporte un examen biologique de dépistage de SPA. Tous ces examens et leurs résultats, notamment les examens biologiques de dépistage de SPA, sont soumis au secret médical. Ils doivent présenter toutes les garanties de confidentialité et de non-discrimination. Ils ne peuvent en aucun cas être effectués à l'insu de l'agent concerné, qui doit être informé de la nature et des résultats des examens auxquels il est soumis par le médecin prescripteur.

Un chapitre particulier comportant les articles 31 à 36 est consacré aux dispositions relatives 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. Afin de ne pas mettre en danger sa sécurité, celle du personnel, des usagers et des tiers, tout agent habilité à l'exercice de fonctions de sécurité ne doit, à aucun moment de son service, être sous l'emprise de substances susceptibles d'altérer la vigilance, la concentration et le comportement. Ainsi, il ne doit pas se trouver sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,50 gramme pour 1 000 ou par la présence dans l'air expiré

d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre, ni sous l'emprise de SPA telles que drogues, stupéfiants ou substances thérapeutiques détournées de leur usage normal. En cas de traitement médical, tout agent habilité à l'exercice de fonctions de sécurité doit attirer l'attention de son médecin traitant sur le besoin de vigilance et de concentration que requiert l'exercice de ses fonctions. Lors des visites médicales, il doit en outre informer le médecin visé à l'article 6 des médicaments qui lui ont été prescrits.

Enfin, en juin 2006, le Conseil d'État a eu à se prononcer sur la note d'information n° 50 de la Direction des ressources humaines de la SNCF relative à l'examen médical des agents habilités à l'exercice de fonctions de sécurité. Il a rappelé à cette occasion que, lorsque la réglementation contient des instructions de caractère impératif relatives aux contrôles d'aptitude physique de personnels habilités à l'exercice de fonctions de sécurité, ces contrôles ne peuvent être réalisés par les médecins du travail chargés de la surveillance des salariés de l'entreprise (18). Le Code du travail a en effet établi un régime d'incompatibilité entre les fonctions de médecine du travail et de médecine d'aptitude. La note contestée ne pouvait, de ce fait, légalement stipuler que les examens d'aptitude prévus par l'arrêté du 30 juillet 2003 soient réalisés par les médecins du travail. La SNCF a donc confié cette mission à des médecins "contrôleurs".

B.1.3. Marins des navires de commerce, de pêche et de plaisance

L'exercice de la profession de marin est soumis aux règles médicales d'aptitude définies par l'arrêté du 16 avril 1986 modifié, relatif aux conditions d'aptitude physique à la profession de marin à bord des navires de commerce, de pêche et de plaisance. L'avis médical est prononcé par le médecin des gens de mer à l'issue d'un examen qui sera complété si besoin par tous les examens paracliniques et, éventuellement, des tests biochimiques permettant de déceler la consommation de drogues et les états d'assuétudes toxicophiliques, y compris alcooliques. Le marin ou le candidat à la profession est tenu de se soumettre aux examens préconisés médicalement justifiables, le médecin examinateur étant, à défaut, fondé à refuser tout avis.

B.1.4. Personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile

L'arrêté du 27 janvier 2005 modifié relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile stipule que les dé-

tenteurs d'un certificat médical doivent s'abstenir de piloter quand ils prennent un médicament (prescrit ou non), une drogue, ou s'ils suivent tout autre traitement, à moins que le prescripteur de ce médicament, cette drogue ou ce traitement ne leur assurent que cela n'aura pas d'effet sur leur capacité à piloter.

La consommation abusive d'alcool, la prise de médicaments psychotropes ou de drogues, avec ou sans état de dépendance, sont causes d'incapacité. Les médications et substances psychotropes comprennent les sédatifs et hypnotiques, les barbituriques, les anxiolytiques, les opiacés, les stimulants du système nerveux central tels que cocaïne, amphétamines et les sympathicomimétiques ayant une activité semblable, les hallucinogènes, la phencyclidine ou les arylcyclohexylamines ayant une action semblable, le cannabis, les produits inhalés et autres drogues ou SPA. Une demande de dérogation peut cependant être examinée par le conseil médical de l'aéronautique civile (CMAC) après une période de deux ans pendant laquelle la sobriété ou l'absence d'usage de drogues sont prouvées. Le renouvellement plus précoce de l'aptitude par le CMAC avec une limitation multipilote OML peut notamment être envisagé après une évaluation continue, comportant des examens sanguins et des comptes rendus fournis par l'environnement professionnel pendant une période de trois ans. Tout examen complémentaire peut être exigé n'importe quand s'il est indiqué par l'examen clinique.

B.2. Dépistage prévu par le règlement intérieur

B.2.1. Considérations générales

Le Bureau international du travail (BIT) considère que *“l'analyse des substances organiques pour déceler chez les travailleurs d'éventuels problèmes liés à l'alcool ou aux drogues soulève des questions d'ordre moral, éthiques et juridiques de grande importance qui exigent que soient déterminées les circonstances dans lesquelles il est juste et approprié d'effectuer ces analyses”* (19).

L'article 9 du Code civil dispose que *“chacun a droit au respect de sa vie privée”*. Aussi, le principe qui préside à chacune des mesures de dépistage est de concilier la protection de la santé et de la sécurité des salariés avec le nécessaire respect des libertés individuelles et de la vie privée.

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) pour les sciences de la vie et de la santé a rendu public, le 19 mai 2011, son avis n° 114, *“Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs*

risques et à leur détection” (20), dans lequel il conclut : *“À condition d'être uniquement une intervention dérogatoire de la société dans l'exercice des libertés individuelles, le dépistage médical de l'usage des produits illicites en milieu de travail est acceptable au plan éthique. Souhaitable et justifié pour les postes de sûreté et de sécurité, ce dépistage devrait être élargi pour ces mêmes postes à l'abus et même à l'usage de l'alcool. Le CCNE estime néanmoins qu'une généralisation du dépistage banaliserait la transgression du devoir de respecter la liberté des personnes”*. Cet avis laisse néanmoins en suspens de nombreuses questions. En particulier, il n'est nulle part fait mention du fait que l'employeur ou l'un de ses représentants puisse effectuer directement des tests de dépistage salivaire. En effet, le dépistage doit uniquement être mis en œuvre *“sous la responsabilité du service de santé au travail”*, sans que cela précise s'il s'agit du seul médecin du travail ou d'un autre acteur.

La Direction générale du travail (DGT) et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) ont publié, en janvier 2012, un guide pratique intitulé *“Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel”* (21). Venant compléter l'avis du CCNE, ce guide rappelle un certain nombre de principes, mais laisse en revanche en suspens d'autres questions, voire contredit des positions préalablement prises quelques pages auparavant. Les éléments intéressants sont :

- page 38 : le médecin du travail “juge” de l'opportunité des examens complémentaires ;
- page 37 : l'employeur ne peut pas imposer un examen biologique à un salarié (ce que sont, par exemple, les tests salivaires ou urinaires).

Les éléments contradictoires sont :

- page 40 : à la question *“L'employeur peut-il utiliser des tests salivaires dans son entreprise ?”*, le guide répond qu'il faut attendre une décision du juge alors qu'il venait de fournir une réponse négative à la page 37 ;
- page 41 : à la question *“L'employeur doit-il prévoir la mise en œuvre de tests de consommation de drogues illicites dans le règlement intérieur ?”*, la réponse affirmative entraîne une confusion, parce qu'il n'est pas utile de le prévoir. En effet, alors que le médecin du travail effectue des tests dans le cadre de son activité propre et de son indépendance de prescription d'examen complémentaires (article R.4624-25 du Code du travail), le règlement intérieur doit seulement préciser quels sont les postes de sûreté et de sécurité, afin d'éclairer le médecin dans son activité ;
- pages 44 et 45 : dans le tableau intitulé *“Synthèse sur la pratique des examens biologiques et/ou des tests salivaires”*, il semble que la seule possibilité pour réaliser des tests

de dépistage inopinés en entreprise à l'initiative de l'employeur (puisqu'il ne peut mandater le médecin du travail qui est indépendant dans son exercice) soit de payer un médecin extérieur qui accepterait cette mission à condition que cela ait été prévu dans le règlement intérieur ou une note de service. Cette proposition occulte cependant les blocages déontologiques d'une telle mesure qui suppose qu'un médecin accepte dans le cadre de sa pratique professionnelle d'intervenir au cœur de la relation salariée sans que cela ait été prévu par un quelconque texte.

Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a été interrogé par un syndicat professionnel (CFE-CGC Santé au travail) sur la réalisation de tests de dépistage par le médecin du travail dans le cadre du règlement intérieur. Datée du 3 septembre 2012, la réponse du Dr Legmann, président du CNOM, a été mise en ligne sur le site Internet de ce syndicat professionnel (22). En voici les principaux points :

- "... En aucun cas, les obligations du médecin du travail ne peuvent résulter du règlement intérieur d'une entreprise. Elles relèvent du Code du travail, d'une réglementation spécifique dans certains domaines et du Code de déontologie médicale..." ;
- "... ce dépistage, imposé par l'employeur, ne nous paraît pas faire partie des missions du médecin du travail..." ;
- "... Dans l'hypothèse où le médecin du travail n'effectuerait pas le dépistage mais en recevrait les résultats, non communicables à l'employeur, il lui appartiendrait, en toute indépendance, d'en tirer les conséquences".

B.2.2. Les règles générales

Face aux incertitudes relevées ci-dessus, il convient de rappeler les principes juridiques fondamentaux applicables en l'état actuel du droit en matière de dépistage. Les procédés de surveillance, fouille... des salariés, sont tolérés, sous réserve qu'ils répondent aux principes de :

- proportionnalité et justification : "Nul 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" (article L.1121-1 du Code du travail). Il ne peut donc pas y avoir de dépistage systématique ;
- transparence : "Aucune information concernant personnellement un salarié ne peut être collectée par un dispositif qui n'a pas été porté préalablement à sa connaissance" (article L.1222-4 du Code du travail). Ainsi, tout procédé de surveillance doit être dûment et préalablement à sa mise en place inscrit au règlement intérieur ;
- licéité des procédés.

B.2.3. Les règles spécifiques

- Les règles et circonstances de dépistage de l'alcool dans l'air expiré

. Le droit positif

La loi du 4 août 1982 concernant la liberté des travailleurs dans l'entreprise, complétée par la circulaire DRT n° 5-83 du 15 mars 1983, encadre le contrôle de l'alcoolémie dans l'entreprise. Elle confère au règlement intérieur son caractère d'acte unilatéral de l'employeur, dont il traduit le pouvoir d'organisation et de direction de l'entreprise. L'employeur peut notifier par le biais de ce règlement intérieur (ou note de service dans les entreprises de moins de 20 salariés) quelles quantités de vin, de bière, de cidre et de poiré pourront être introduites dans l'entreprise, voire interdire toute introduction et toute consommation sur le site. Il peut également édicter les conditions de recours à l'alcootest (ou à l'éthylomètre) qui, en pratique, est le seul procédé permettant d'avérer une ivresse alcoolique.

. La jurisprudence

S'il ne peut être question de recourir au dépistage systématique par alcootest (arrêt Corona, CE du 1^{er} février 1980), le dépistage peut par contre être prévu lorsqu'il s'agit de vérifier le taux d'alcoolémie d'un salarié :

- manipulant des produits dangereux, opérateur qualifié de "laquage" (Cass. soc. 18 mai 2005, n° 03-43.404) ;
- occupé à une machine dangereuse (CE du 1^{er} février 1980, n° 06361) ;
- conduisant des véhicules automobiles, et notamment transportant des personnes (Cass. soc. 22 mai 2002, n° 99-45878) ;
- conducteur de poids lourds (Cass. soc. 27 mai 1998, n° 97-41.483) ;
- cariste (Cass. soc. 22 janvier 1997, n° 94-41.667) ;
- chauffeur livreur (Cass. soc. 6 mars 1986, n° 83-41.789) ;
- chauffeur RATP (Cass. soc. 12 juin 2008, n° 07-40.426) ;
- conducteur de camion transportant des produits inflammables (Cass. soc. 6 juillet 1991, n° 90-41.807).

Le Conseil d'État (arrêt n° 71484 71542 du 8 juillet 1988) a encore précisé que les dispositions consistant à imposer l'alcootest à tout membre du personnel "excèdent, par leur généralité, l'étendue des sujétions que l'employeur pouvait imposer en vue d'assurer la sécurité dans l'entreprise". Si la présence d'un tiers est souhaitable (circulaire de 1983), elle n'est cependant pas obligatoire (arrêt RNUR, CE du

1^{er} juillet 1988, n° 81445). L'information des délégués du personnel est également souhaitable, mais leur présence lors d'un contrôle s'écarte de leurs missions (réponse ministérielle n° 13848, JO du 16 février 1987). Le contrôle ne peut donc être opéré que dans les cas de suspicion d'imprégnation aiguë (ébrioité) et afin d'assurer la sécurité, et ce, sous certaines conditions (arrêts Cass. soc 2002, n° 99-45.578 et du 24 février 2004, n° 01-47.000).

Les conditions du dépistage de l'alcool dans l'air expiré sont donc :

- inscription dans le règlement intérieur et information préalable ;
- possibilité de contester les résultats du test par une contre-expertise ;
- réservé pour les postes à risques ;
- uniquement en cas de suspicion d'imprégnation aiguë (ébrioité) et afin d'assurer la sécurité ;
- pratiqué par l'employeur ou les personnes qu'il a désignées à cet effet et à l'exclusion du médecin du travail.

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) est venue confirmer le droit de l'employeur à imposer un dépistage de substances illicites ou dangereuses pour les salariés responsables de la sécurité d'autrui par l'arrêt CEDH Madsen du 7 novembre 2002.

- Dépistage salivaire des SPA

Aucun texte n'encadre aujourd'hui la possibilité pour l'employeur de pratiquer des tests salivaires en entreprise. Le Code de la santé publique dispose qu'un examen de biologie médicale est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques et qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique (sang, urine, salive...) sur un être humain et le recueil des éléments cliniques pertinents (articles L.6211-1 et L.6211-2). S'il existe bien un arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant également l'être par des auxiliaires médicaux ou des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins, les tests salivaires ne pouvaient y figurer puisqu'ils n'existaient pas encore en 1962. Aucune jurisprudence n'est par ailleurs venue préciser le caractère "intrusif" et "attentatoire" à l'intégrité physique du prélèvement salivaire par frottement contre la joue, ni la nature de prélèvement biologique (contenant l'ADN de la personne dépistée).

La DGT a décidé que ces tests de dépistage salivaire devaient "s'entourer de garanties supplémentaires par rapport aux alcooltests, pour renforcer leur sécurité juridique" (décision

du 9 mars 2009 sur le règlement intérieur de la Compagnie de production alimentaire). Toutefois, cette décision de la DGT n'est pas, à l'heure actuelle, validée par le juge. Ces garanties seraient :

- un dispositif défini dans le règlement intérieur ;
- des circonstances et des postes de travail bien ciblés ;
- le droit de se faire assister d'un tiers ;
- la formation (théorique et pratique) adéquate de l'agent procédant au recueil salivaire ;
- la contre-expertise systématique et nécessairement biologique.

Lavis n° 114 du CCNE (20) semble ajouter une condition supplémentaire à la décision du 9 mars 2009 de la DGT qui est qu'un "tel dépistage ne doit faire intervenir, en l'état actuel des connaissances, que des tests salivaires (témoins des consommations au cours des dernières 24 heures) et ne peut être mis en œuvre que sous la seule responsabilité du service de santé au travail. L'interprétation des données biologiques et cliniques, les recommandations de soins de suite sont du ressort exclusif du médecin du travail. Ces différentes procédures sont couvertes par le secret professionnel et le secret médical, et leur consignation dans le dossier médical personnel, progressivement mis en place, est soumise à l'avis du patient". Aucune disposition n'impose aujourd'hui à l'employeur de prévoir un accompagnement du salarié en cas de positivité du test, par exemple pour une prise en charge thérapeutique.

B.3. Dépistage biologique prescrit par le médecin du travail

B.3.1. Cadre général

Le médecin du travail délivre personnellement l'avis d'aptitude au poste de travail pour chaque salarié. Dans ce cadre et conformément à l'article R.4624-25 du Code du travail, il peut prescrire des examens complémentaires nécessaires à la détermination de cette aptitude, parmi lesquels le dépistage de SPA. Il doit garder cette indépendance vis-à-vis de l'employeur. En effet, comme le relève le CCNE dans son avis n° 114 (20), il existe depuis plusieurs années des exigences croissantes de la part des pouvoirs publics et de la société en matière de risques et de sécurité. Les règles commerciales des marchés internationaux se sont modifiées et peuvent inclure dans les contrats des clauses imposant la surveillance d'une consommation éventuelle de SPA par les salariés de l'entreprise (la viabilité économique de l'entreprise est considérée comme un critère de dépistage par une législation étrangère).

B.3.2. Conditions et modalités du dépistage biologique

Le dépistage biologique des SPA ne peut être réalisé que par un médecin, en l'occurrence le médecin du travail. Conformément à l'article R.4623-14 du Code du travail, ce médecin peut confier aux infirmiers certaines activités (dont le dépistage) dont il a la responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits. Ces activités sont exercées dans la limite des compétences déterminées par les dispositions du Code de la santé publique.

Les textes de référence sont la circulaire n° 90-13 du 9 juillet 1990 du Ministère chargé du travail relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise (publiant l'avis du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels et faisant suite à l'avis n° 15 du CCNE du 16 octobre 1989) (23) et l'avis n° 114 du CCNE publié le 19 mai 2011 (20). Tous indiquent qu'un dépistage systématique ne peut en aucun cas être justifié. Le dépistage ne peut concerner que des postes comportant de grandes exigences en matière de sécurité et de maîtrise de comportement, des "postes ou fonctions de sûreté et de sécurité" selon l'avis du CCNE (20). Une investigation biologique n'est concevable que dans les cas exceptionnels où les contraintes spécifiques du poste seraient telles qu'un usage de drogue pourrait constituer un motif d'inaptitude.

Le test de dépistage de la consommation ou d'une imprégnation aiguë de SPA est un test biologique, pratiqué par un médecin ou un biologiste. Il permet par exemple d'établir le taux d'alcoolémie, mais aussi de détecter la consommation récente ou non de produits stupéfiants. Dans un second temps, les techniques de chromatographie permettent de déterminer la quantité de substances illicites présente dans le sang. Le salarié doit dans tous les cas être informé par le médecin du travail de la nature et de l'objet du test qu'il va subir (article R.4127-35 du Code de la santé publique). 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 biologique sont soumis au secret médical (article L.1110-4 du Code de la santé publique) et ne sont donc pas communiqués à l'employeur. Le médecin du travail doit se limiter à faire connaître à l'employeur l'aptitude ou l'inaptitude partielle ou totale du salarié. Il ne doit en aucun cas révéler un renseignement confidentiel comme le diagnostic, la nature ou l'origine de l'inaptitude, ni révéler une consommation de SPA.

R.15. Lorsque le traitement d'un test biologique de dépistage de consommation de SPA (alcool, médicaments, produits illicites...) nécessite de recourir à un prestataire

extérieur au service médical de santé au travail (exemple : laboratoire d'analyse de biologie médicale), il est recommandé de s'assurer de la confidentialité de l'examen à tous les niveaux, de l'acheminement de l'échantillon biologique jusqu'à la transmission des résultats (accord professionnel et réglementation).

R.16. Il est recommandé d'informer les salariés de l'entreprise, par tout moyen approprié, que toutes les informations et confidences recueillies par le médecin du travail, tout ce qu'il observe lors de l'examen clinique, ainsi que tous les résultats des tests de dépistage et des examens complémentaires qu'il prescrit (y compris ceux en rapport avec l'identification de SPA) sont couverts par le secret médical. De ce fait, les salariés ne peuvent faire l'objet d'une sanction disciplinaire en cas de positivité de la recherche de SPA (accord professionnel).

B.3.3. Substances psychoactives recherchées

L'étude de la littérature médicale montre que les publications relatives au dépistage biologique concernent principalement l'alcool, le cannabis, les benzodiazépines, les opiacés, la cocaïne, l'héroïne, les amphétamines (dont la MDMA), la buprénorphine, la méthadone, les antidépresseurs tricycliques et la phencyclidine. Ces substances sont dépistées, de manière isolée ou en association, en fonction soit d'une réglementation existante, soit des niveaux de consommation en population générale et/ou des risques engendrés. Comment choisir les produits pertinents à détecter dans cette liste et selon quels critères ? S'il ne semble pas éthique de sélectionner a priori les tests utilisables par le médecin du travail, il est souhaitable d'informer ce dernier, éventuel prescripteur, des possibilités techniques et des coûts économiques des dosages qu'il peut demander.

À partir du moment où l'on exclut la recherche biologique "aléatoire" ou "systématique", toute recherche répond à une indication clinique. Les SPA recherchées sont fonction des antécédents et de l'état clinique du salarié, des données de consommation dans la population générale et des techniques existantes les moins invasives.

B.3.4. Choix du type de dépistage biologique

On distingue les tests de dépistage de première intention par immuno-analyse, sensibles mais peu spécifiques, et ceux de confirmation par chromatographie en phase gazeuse et/ou par spectrométrie de masse, très spécifiques mais moins sensibles. Le médecin du travail doit connaître la sensibilité et la spécificité du test de dépistage qu'il

utilise, ainsi que l'ensemble des causes de faux positifs et de faux négatifs (cf. paragraphe "C – Efficacité et limites du dépistage biologique").

- L'analyse urinaire

La possibilité de détection dépend du mode d'absorption, des conditions physiques du consommateur, de la quantité consommée et de la fréquence de consommation (24). Les tests urinaires, utilisés en première intention au cabinet médical, reposent sur des réactions immunologiques antigène-anticorps qui fournissent rapidement un résultat à bas coût (25). Néanmoins, l'utilisation de ces réactifs est responsable de faux positifs ou faux négatifs malgré la définition de seuils de positivité. Parmi les causes de résultats faussement positifs pour le cannabis, on peut citer de manière non exhaustive (14) : traitements par inhibiteurs de la pompe à protons, anti-inflammatoires non stéroïdiens et alimentation contenant des dérivés du chanvre. Et pour les opiacés : quinolones, vérapamil, clous de girofle... (cf. paragraphe "C – Efficacité et limites du dépistage biologique").

- L'analyse salivaire

Les tests salivaires ne nécessitent pas l'isolement du sujet dépisté. Mais la sensibilité et la spécificité de ce type de tests doivent être améliorées. La consommation de certaines drogues réduit la production de salive (26), tandis que les concentrations salivaires des drogues sont inférieures aux taux présents dans les urines. De même, la contamination passive de la sphère buccale par les fumées issues de la combustion de cannabis crée un résultat faussement positif. Toutefois, les tests salivaires permettent de discerner une consommation d'héroïne d'une consommation de codéine. Aussi, bien que rien n'interdise au médecin du travail de proposer à un salarié une analyse salivaire, le manque de fiabilité de ces tests limite pour le moment leur prescription dans un but de dépistage.

- L'analyse capillaire

Les cheveux poussent à une vitesse proche de un centimètre par mois. L'analyse capillaire permet donc de confirmer une consommation d'héroïne/morphine, cocaïne, cannabis, benzodiazépines, méthamphétamines sur une longue fenêtre de détection (un à trois mois, voire plus). En outre, les conditions de recueil, de stockage et d'envoi sont très simples. Plusieurs zones d'ombre existent cependant : méthode peu fiable pour le cannabis (nombreux faux négatifs) ; mauvaise compréhension du processus expliquant comment le métabolite se trouve au niveau du cheveu ; ignorance complète concernant la corrélation en-

tre quantité consommée et concentration ; enfin, nécessité d'avoir une longueur de cheveu suffisante (24).

- L'analyse sanguine

L'analyse sanguine est l'examen le plus fiable, mais aussi le plus invasif. En pratique, ce caractère invasif limite, voire contre-indique, son utilisation dans le cadre d'un éventuel dépistage de consommation de SPA en médecine du travail. Seul le niveau de consommation d'alcool peut actuellement être évalué à l'aide de dosages sanguins.

- Conjugaison de plusieurs tests

Faire plusieurs tests de dépistages augmente le taux de dépistages positifs ou négatifs, selon que l'on valide comme significatif au moins un test positif ou plusieurs, voire tous les tests positifs. Une étude publiée en 1995 montre ainsi que si on associe questionnaire, test urinaire et analyse des cheveux, la prévalence était environ 50 % plus élevée que celle retrouvée avec le seul questionnaire (27).

- Analyse de l'air expiré

Si l'utilisation de l'éthylotest n'a jamais été rapportée comme examen complémentaire dans les pratiques du médecin du travail, il est utilisé par certains depuis quelques années.

Au total : dans le cadre de la médecine du travail, deux types de prélèvements peuvent se révéler pertinents pour les SPA autres que l'alcool, car faciles à mettre en œuvre : l'un est incontestablement le prélèvement urinaire, l'autre pourrait être le prélèvement salivaire, mais seulement si la fiabilité du test est améliorée.

B.3.5. Rythme de dépistage

Les occasions de proposer un test de dépistage sont très nombreuses dans les programmes mis en place aux États-Unis (28). Elles ne peuvent aujourd'hui être transposées en France, principalement pour deux raisons. D'une part, parce que le curseur entre "respect de la vie privée" et "idées prévalant dans la communauté concernant la sécurité, l'obligation de résultats et la culture d'entreprise" n'est pas situé au même endroit d'un côté et de l'autre de l'Atlantique. Et, d'autre part, parce que les acteurs sollicités pour ces contrôles sont différents (agents non obligatoirement soignants et extérieurs à l'entreprise aux États-Unis, médecin du travail en France).

Il appartient au médecin du travail de décider de la nécessité de proposer un dépistage biologique :
- à l'entrée dans le poste de travail (par embauche ou par

voie de mutation) ;

- à l'occasion d'une visite périodique, d'une visite de pré-reprise, d'une visite de reprise, d'une visite à la demande de l'employeur.

La question de la proposition d'un dépistage biologique peut aussi se poser au cours de toute visite médicale à l'occasion d'un signe d'appel susceptible d'évoquer une consommation de SPA, dès lors que le médecin du travail considère cette conduite addictive comme incompatible avec le poste de travail défini ou mettant en jeu la santé du salarié du fait des conditions de travail.

Il est parfois nécessaire de confirmer le résultat pour une ou plusieurs SPA. Le médecin du travail doit bénéficier d'un réseau de laboratoires lui donnant des résultats biologiques définitifs dans les meilleurs délais. Les week-ends et jours fériés sont susceptibles de retarder les analyses et/ou la prise en compte des résultats. Le choix du jour de dépistage doit donc tenir compte, dans la mesure du possible, de ces délais de confirmation.

B.3.6. Prise en charge de ces examens

L'article R.4624-26 du Code du travail stipule que ces examens sont à la charge de l'employeur lorsqu'il dispose d'un service autonome de santé au travail, ou du service de santé au travail interentreprises dans les autres cas. Le médecin du travail choisit l'organisme chargé de pratiquer les examens, qui sont réalisés dans des conditions garantissant le respect de leur anonymat.

B.3.7. Protocoles écrits aux infirmiers

Conformément à l'article R.4623-14 du Code du travail, le médecin du travail peut confier aux infirmiers certaines activités dont il a la responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits. Ces activités sont exercées dans la limite des compétences déterminées par les dispositions du Code de la santé publique. Dans le cadre de ces protocoles, l'infirmier peut effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui (article R.4623-31 du Code du travail). L'infirmier pourra par exemple effectuer des "interventions brèves" ou des tests de dépistage de SPA (à condition qu'ils soient prescrits par le médecin du travail).

Recommandations

R.17. Hors réglementations spécifiques instaurant une médecine d'aptitude dans certaines entreprises, le dépistage biologique ne peut être systématique, même

pour les postes à risques ou de sûreté et de sécurité, y compris ceux répertoriés dans une liste élaborée par l'employeur. La décision de le pratiquer appartient au médecin du travail. La prescription de tests biologiques doit respecter le principe du consentement éclairé, qui ne doit être recueilli qu'après avoir expliqué le pourquoi des examens demandés et leurs conséquences éventuelles selon les résultats. Le test de dépistage doit ensuite être effectué suivant des protocoles respectant la personne (avis d'expert).

R.18. Toute participation de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail à la réalisation d'un dépistage organisé par l'employeur sur le lieu de travail est exclue. Le dépistage de SPA décidé par l'employeur (en pratique éthylotest ou éthylomètre, seul test non biologique accessible à l'employeur) doit être réalisé par lui-même ou par une personne qu'il aura désignée (accord professionnel et réglementation).

R.19. Hors réglementations spécifiques, il appartient au seul médecin du travail de décider, en toute indépendance, de la nécessité ou non de proposer un test biologique et de le prescrire. La prescription de cet examen complémentaire peut se faire au cours de toute visite médicale à l'occasion d'un signe d'appel susceptible d'évoquer une consommation de SPA, dès lors que le médecin considère que cette consommation interfère avec le poste de travail défini ou met en jeu la santé du salarié et/ou de son entourage. Il n'existe pas de raisons médicales justifiant une approche différente, y compris en visite d'embauche (accord professionnel et réglementation).

La réglementation ayant évolué après la validation de ce texte, les auteurs invitent les lecteurs à consulter l'arrêté du 11 juin 2013 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques.

C – Efficacité et limites du dépistage biologique

C.1. Données épidémiologiques sur l'efficacité du dépistage biologique

Les indicateurs évaluant l'efficacité du dépistage biologique peuvent être le taux de tests positifs, le taux d'accidents du travail, le taux d'absentéisme, le turnover des

personnels, la productivité de l'entreprise... Seules des études abordant les deux premiers points existent dans la littérature, avec des résultats très nuancés.

En France, les services médicaux de la SNCF pratiquent, dans un cadre réglementaire modifié en 2003, des dépistages urinaires de SPA chez les agents ayant des fonctions de sécurité ferroviaire (12). Un document d'information est remis à ces agents lors de l'embauche et trois semaines avant l'examen médical. De 2004 à 2007, 226 000 dossiers d'analyse ont été traités dont 2 149 (0,95 %) ont révélé, après confirmation, une consommation de certains stupéfiants. Le cannabis est la SPA la plus consommée : sur cette même période, son taux de consommation est passé de 1,13 % des agents dépistés à 0,66 %. Le taux des autres SPA (amphétamines, cocaïne, ecstasy) est considéré comme marginal et stable par les auteurs.

Aux États-Unis, la consommation de SPA concerne 1,6 % des internes en anesthésie (29). Les actions de prévention, comme la formation sur les risques liés à la consommation de SPA, et le contrôle strict de l'usage des stocks hospitaliers de médicaments n'ont pas réduit ce taux de consommateurs. À partir de 2004, le département d'anesthésie et de soins intensifs du Massachusetts General Hospital a instauré une procédure de dépistages urinaires obligatoires chez les internes en anesthésie. Portant sur un large panel de SPA allant de celles consommées par le grand public à celles utilisées en bloc opératoire (fentanyl, kétamine...), les tests sont réalisés à l'entrée dans les études d'anesthésie, puis de manière aléatoire ou lors d'un doute. Comparés aux années précédentes où ces tests étaient facultatifs (403 internes-années), les résultats de la période 2004-2007 (330 internes-années) ne permettent pas de conclure à l'efficacité de ce programme (valeur $p = 0,13$). Une étude multicentrique serait nécessaire pour atteindre une puissance statistique suffisante.

Le *National household surveys on drug abuse* (NHSDA) fournit des statistiques relatives à la consommation de drogues aux États-Unis. Les questionnaires distribués à la population contiennent également des questions sur les éventuelles mesures de prévention ou d'interdiction de l'usage de drogues en entreprise. Analysant les données issues d'un échantillon de 57 397 adultes (âge supérieur à 18 ans) travaillant dans le secteur privé, Carpenter (30) conclut que le fait de travailler dans une entreprise où sont réalisés des tests de dépistage se traduit par une consommation de cannabis moins importante que dans les autres entreprises. Carpenter constate en effet que les salariés consomment 1,43 à 1,67 fois moins cette subs-

tance dans le groupe des entreprises avec tests que dans l'autre groupe. L'alcool et les autres drogues n'ont toutefois pas été pris en compte. Plus de la moitié des entreprises pratiquant le dépistage ont, en outre, mis en place des actions de prévention collective et/ou un programme d'aide au salarié dépisté.

Wickizer et al. (31) ont présenté les résultats du programme *Washington drug-free workplace* (WDFW). Cette étude de cohorte a suivi le taux d'accidents du travail dans plusieurs entreprises de l'État de Washington (États-Unis) de 1994 à 2000 et comprenait de nombreux secteurs : agriculture, exploitation forestière, pêche, exploitation minière, construction, manufacture, transport, commerce, finance, assurance, immobilier, services. Un groupe de 266 entreprises (environ 14 500 salariés) s'est engagé dans le programme WDFW à partir de 1996. Au sein de chacune des entreprises a été mis en place : l'interdiction écrite de consommation de drogues ; la réalisation de tests à l'embauche, après un accident du travail et lors du suivi du sevrage (les tests réalisés de manière aléatoire étaient possibles mais non obligatoires) ; la proposition de mesures aidant un salarié dépisté à bénéficier d'un traitement ; la réalisation de séances de sensibilisation et d'information des personnels et de l'encadrement. Un groupe témoin de 20 500 entreprises (environ 650 000 salariés) a été également constitué. L'institution du programme WDFW s'est traduite par une diminution significative du taux d'accidents à trois ans ($p < 0,05$) dans seulement trois secteurs : construction, manufacture et services. La méthodologie de cette étude appelle toutefois quelques critiques, notamment un biais de recrutement : les entreprises de manufactures et de services s'étant volontairement engagées dans ce programme avaient, dès le début de l'étude, un taux d'accident supérieur à celles du groupe témoin. Elles avaient donc probablement identifié la cause de leurs nombreux accidents du travail. Enfin, les auteurs ne rendent pas compte du turnover induit par ce programme de dépistage au sein de ces trois secteurs durant l'étude.

Macdonald et al. ont effectué une revue de la littérature portant sur 20 ans et s'intéressant à l'impact des tests de dépistage du cannabis en milieu de travail (13). Les auteurs relèvent l'absence d'étude bénéficiant d'une bonne qualité méthodologique et rapportent qu'il est difficile de conclure sur l'intérêt d'un dépistage en entreprise concernant la consommation des salariés. En effet, bien que le taux de consommateurs diminue dans les entreprises américaines pratiquant ces tests, il baisse également dans la population générale. Enfin, ils estiment qu'il est actuellement impos-

sible de conclure que le dépistage de cannabis diminue le taux d'accidents du travail. D'une part, parce que la prévalence de consommation est faible et, d'autre part, parce que les études publiées jusqu'à présent souffrent de nombreux défauts méthodologiques comme la non prise en compte des facteurs de confusion (campagnes de sensibilisation, programme d'accompagnement des salariés consommateurs, amélioration de la sécurité des équipements...).

Afin de connaître l'impact du dépistage sur les accidents routiers professionnels, Cashman et al. (Cochrane Collaboration) ont réalisé une revue de la littérature internationale (32). Sur 6 000 publications, seules deux études réalisées aux États-Unis ont été retenues en raison de leur méthodologie satisfaisante, aucune n'étant toutefois randomisée. La première a été menée dans cinq compagnies de transports de voyageurs et/ou de marchandises regroupant 115 019 salariés. Cette étude rétrospective a examiné l'impact des dépistages aléatoires d'alcool et de drogues sur le taux d'accidents du travail sur une période de 13 ans (1983-1996). La seconde a évalué l'impact de la réglementation relative au seul dépistage de drogues sur le nombre d'accidents mortels de véhicules poids lourds. Réalisée à partir de données nationales sur une période de 14 ans, cette étude n'indique pas le nombre de sujets dépistés. Au vu des résultats mitigés de ces deux travaux, Cashman et al. concluent qu'il n'y a pas de preuve suffisante permettant d'affirmer (ou pas) l'efficacité d'une politique limitée au dépistage. Différentes données manquent en effet dans ces deux publications, comme l'existence d'actions de prévention préalables à la mise en place des tests ou le protocole de dépistage.

Au total, il est difficile de conclure sur le bénéfice des programmes de dépistage en termes de santé et de sécurité. La diminution du nombre de consommateurs pourrait en effet signifier une diminution du risque de pathologies liées à la SPA consommée, voire une diminution de l'absentéisme. Or, les publications ne renseignent pas cette dernière donnée et ne fournissent pas de données sur un transfert de consommation vers une autre SPA, tels l'alcool – si celui-ci n'est pas dépisté – ou le tabac. Par ailleurs, ces études ne fournissent pas de données sur le turnover pendant la période d'évaluation. La population en fin d'étude est-elle la même qu'au début ? Quel est le nombre de salariés ayant quitté l'entreprise en raison de leur consommation de SPA ou pour un autre motif (mutation, départ en retraite...) ? Des études de bonne qualité sur le plan méthodologique sont nécessaires pour pouvoir évaluer l'impact du dépistage sur le taux d'accidents du travail.

C.2. Les limites du dépistage biologique

C.2.1. Recueil de l'échantillon biologique

Les deux types d'échantillons biologiques pouvant être facilement testés pendant une visite médicale sont l'urine et la salive. Outre la nécessité d'effectuer ce recueil conformément aux recommandations techniques du fabricant, certains aspects sont à connaître :

- Le recueil des urines nécessite que le sujet testé s'isole. Ce qui peut parfois l'amener à manœuvrer pour rendre un résultat faussement négatif. Outre la substitution des urines du sujet par celles d'un autre ou la dilution avec de l'eau, l'ajout d'autres produits (dont l'efficacité dépend du réactif utilisé par le test) a été observé (33). Le glutaraldéhyde peut fausser les résultats pour le cannabis et les opiacés ; l'adjonction de vinaigre peut fausser les résultats pour le cannabis et les amphétamines... Afin de prévenir ce problème, il peut être nécessaire : de réaliser le prélèvement dans des toilettes sans point d'eau et sans produits chimiques ; d'observer la couleur, la température, la densité et le pH (bandelettes), voire l'odeur des urines pour vérifier leur compatibilité avec une émission sur place. Cependant, le rôle des services de santé au travail n'est pas de "contrôler" l'échantillon biologique, mais plutôt de rechercher une confiance mutuelle à partir du "consentement éclairé".

- Le recueil de la salive ne nécessite pas l'isolement du sujet. Par contre, certaines drogues ou certains médicaments réduisent la production de ce fluide (26). Le volume de l'échantillon peut alors être insuffisant pour réaliser le test.

C.2.2. Délai de positivité d'un test par rapport à la dernière consommation

La réalisation d'un dépistage à un temps "t" n'indique pas avec certitude les SPA régulièrement consommées par le salarié, ni sous l'influence desquelles il se trouve. En effet, les métabolites du diazépam sont présents dans les urines jusqu'au 30^{ème} jour après la dernière prise (14) alors que sa demi-vie est de 60 heures. De même, chez un consommateur modéré de cannabis (quatre fois par semaine) (14), les urines resteront positives cinq à sept jours après la dernière prise. Il peut donc y avoir, au temps "t", preuve d'une consommation actuelle ou ancienne d'une SPA et méconnaissance de la consommation d'une autre SPA. L'interprétation d'un test de dépistage doit tenir compte de ces délais lors de l'anamnèse d'un salarié.

C.2.3. Faux positifs et faux négatifs

- Faux positifs

Dans son avis n° 114 (20), le CCNE rapporte que les tests actuels produisent des résultats faussement positifs

Tableau I : Synthèse des produits pouvant rendre faussement positif un test immunologique

Substance psychoactive testée	Produits pouvant rendre le test faussement positif
Alcool	Alcools à chaînes courtes (exemple : alcool isopropylique)
Amphétamines	Amantadine Benzphétamine Bupropion Chlorpromazine Clobenzorex L-déprényl Désipramine Dextroamphétamine Éphédrine Fenproporex Isométhéptène Isoxsuprine Labétalol MDMA Méthamphétamine L- méthamphétamine (a) Métylphénidate Phentermine Phényléphrine Phénylpropanolamine Prométhazine Pseudoéphédrine Ranitidine Ritodrine Sélégiline Thioridazine Trazodone Triméthobenzamide Trimipramine
Benzodiazépines	Oxaprozine Sertraline
Cannabinoïdes	Dronabinol Efavirenz Aliments contenant du chanvre Anti-inflammatoires non stéroïdiens Tolmétine Inhibiteurs de la pompe à protons Méthoxyisoflavone
Cocaïne	Thé à base de feuilles de coca Anesthésique topique contenant de la cocaïne
Produits opiacés et héroïne	Dextrométhorphan Diphényldramine (b) Héroïne Opiacés (codéïne, hydromorphone, hydrocodone, morphine) Graines de pavot Quinine Quinolones Rifampine Vérapamil et ses métabolites (b)

“dont la proportion varie entre 11 et 16 %, selon le couple antigène-anticorps”. Le risque induit par ces faux positifs est d’aboutir à un conseil ou une orientation thérapeutique inappropriés et/ou à une inaptitude au poste de travail injustifiée.

Parmi les causes de résultats faussement positifs, on peut citer de manière non exhaustive (14) pour le cannabis : traitements par inhibiteurs de la pompe à protons, anti-inflammatoires non stéroïdiens, alimentation contenant des dérivés du chanvre, mais aussi consommation de méthoxyisoflavone (utilisé par les culturistes, sans preuve d’efficacité) (34) ; pour les opiacés : traitement par quinolones ou vérapamil... Le tableau I synthétise les substances médicamenteuses ou alimentaires responsables de faux positifs (14, 34).

Ces faux positifs sont dus soit à une réaction croisée entre les anticorps des tests (dirigés contre une substance précise) et des molécules présentant des analogies de structure avec cette dernière, soit à un seuil de positivité inadéquat. En effet, plus le seuil de positivité d’un test pour une substance est bas, plus le risque de faux positif – ou le risque d’allégation de faux positif – est important. En réalité, il ne s’agit pas essentiellement de faux positif sur un plan biologique, mais plutôt d’une mauvaise interprétation à partir d’un seuil pour une donnée biologique,

Tableau I : Synthèse des produits pouvant rendre faussement positif un test immunologique (suite)

Substance psychoactive testée	Produits pouvant rendre le test faussement positif
Phencyclidine	Dextrométhorphan Diphényldramine Doxylamine Ibuprofène Imipramine Kétamine Mépéridine Mésoridazine Thoridazine Tramadol Venlafaxine, O-desméthylvenlafaxine
Antidépresseurs tricycliques	Carbamazépine (c) Cyclobenzaprine Cyproheptadine (c) Diphényldramine (c) Hydroxyzine (c) Quétiapine

Sources : Moeller KE et al. (2008) & Lecompte Y et al. (2012).
(a) problème corrigé avec les nouveaux tests immunologiques.
(b) responsables de faux positifs uniquement lors de la recherche de méthadone.
(c) responsables de faux positifs lors de tests sur du sérum.

elle, véridique. Ainsi, si le seuil de positivité pour la détection des opiacés est trop bas, certains soutiennent par exemple que l'absorption d'importantes quantités de graines de pavot pourrait entraîner un résultat positif au test "opiacés". C'est d'ailleurs pour cette raison que le gouvernement fédéral américain a relevé en 2005 le seuil de positivité pour la détection des opiacés de 300 à 2 000 nanogrammes par millilitre (dépistage urinaire) (35). De même, les questions de contamination passive peuvent se poser. Lorsqu'ils sont bien étalonnés, les tests peuvent toutefois faire une distinction entre sujets contaminés passivement et consommateurs, comme cela a été montré pour le cannabis (14, 36).

- Faux négatifs

Les résultats faussement négatifs ont pour risque de voir un salarié déclaré "apte" alors qu'il est potentiellement dangereux pour lui-même et pour autrui. De plus, ils pénalisent le salarié à qui aucune orientation vers un accompagnement thérapeutique ou médico-social ne sera proposée. Enfin, les faux négatifs sont "préjudiciables" puisque le travailleur est faussement rassuré quant à sa consommation.

Il existe deux grandes catégories de faux négatifs :

- les "intrinsèques", résultant de la décision (prise par le fabricant) de fixer un seuil de positivité élevé pour augmenter la spécificité du test et éviter avant tout les faux positifs. Une diminution de sensibilité du test qui augmente les faux négatifs ;
- les "extrinsèques", résultant soit d'une mauvaise utilisation du test, soit de la volonté du salarié d'éviter la détection (cf. plus haut).

C.2.4. Exhaustivité

Le dépistage biologique de l'ensemble des SPA disponibles nécessite l'utilisation de très nombreux réactifs avec, pour chacun, des problèmes de sensibilité et de spécificité. De plus, le marché des drogues évolue. Plus de 150 nouvelles drogues de synthèse ont ainsi été identifiées entre 1997 et 2010 (37). Il est probable que les fabricants de ces SPA cherchent à concevoir des drogues échappant aux tests actuellement disponibles.

C.2.5. Non-détermination du comportement de consommation

Les conduites addictives regroupent trois types de comportement de consommation : usage, abus (ou usage nocif) et dépendance (38). La distinction entre ces trois comportements repose sur l'interrogatoire du salarié au cours

de l'examen médical et permet de définir l'aptitude au poste de travail. Le test de dépistage biologique ne fournit qu'une donnée qualitative sur l'existence, ou non, d'une consommation récente ou ancienne de SPA. Au total, les difficultés potentielles de recueil de l'échantillon biologique, le manque de précision des tests et leur absence d'exhaustivité font que le dépistage ne peut être considéré que comme un outil à la disposition du médecin. Cet outil ne peut se substituer à l'examen clinique.

Devant la question de la pertinence des tests biologiques – qui reste encore à démontrer – et des risques d'atteinte à la vie privée, il conviendrait de développer et de valider des tests des fonctions cognitives permettant d'écarter d'un poste à risque un salarié incapable de l'assumer sans risque pour lui ou son entourage, quelle que soit l'origine de ce trouble du comportement (prise de psychotropes à visée thérapeutique, prise de SPA...).

D – Conduites à tenir en fonction des résultats du dépistage

D.1. Considérations générales

En préambule, il est intéressant de citer la position du CNOM développée dans une lettre du Dr Deseur (président de la section "Exercice professionnel"). Après avoir rappelé que seul le médecin du travail pouvait décider d'éventuels tests urinaires, le Dr Deseur ajoute : "... il relève de la seule responsabilité du médecin du travail de déterminer si un résultat positif à un test permet de déclarer inapte un salarié au poste qu'il doit occuper. Seul le médecin du travail peut se prononcer en fonction du poste occupé par le salarié, lui seul ayant connaissance de l'activité de l'entreprise et des postes de travail occupés par les salariés" (39).

Certains points sont de même à souligner :

- L'étude des conduites à tenir, ou lignes directrices de bonne conduite, préconisées dans différents pays (États-Unis, Finlande, Canada...), montre que leurs concepteurs ont souvent cherché à atténuer le côté répressif des tests de dépistage par des recommandations de prise en charge et d'accompagnement du salarié déjà en poste dans l'entreprise et repéré "positif" à l'occasion d'un test de contrôle (si le salarié est repéré positif en visite d'embauche, il n'est quasiment jamais embauché). Dans certaines entreprises américaines, un suivi du salarié repéré "positif" à l'occasion d'un contrôle urinaire sera ainsi assuré par un *Employee assistant programs*. Le salarié repéré "positif" n'est

donc pas – dans l’immédiat tout du moins – licencié, mais doit se soumettre à une période “probatoire” d’un an, au cours de laquelle un suivi personnalisé est mis en place. Au moindre faux pas, le salarié est licencié (40).

- Les tests de dépistage biologique ne fournissent qu’une information qualitative sur la consommation d’une SPA lors des derniers jours ou dernières semaines. Ils ne définissent pas, à eux seuls, l’importance de la conduite addictive : usage, abus ou dépendance (10, 38). Un résultat de dépistage ne peut donc se traduire par une réponse unique standardisée, mais doit obligatoirement prendre également en compte les éléments provenant de la clinique.

- Comme mentionné précédemment, il relève de la seule responsabilité du médecin du travail de déterminer si un résultat positif à un test biologique, dans un contexte clinique et une situation au travail donnés, permet de déclarer un salarié inapte au poste qu’il doit occuper. Ce n’est pas le résultat à un test, mais c’est l’ensemble d’une situation clinique et paraclinique qui permet de déclarer l’aptitude ou l’inaptitude.

- Il est impératif d’écarter toutes causes de faux positifs et de faux négatifs avant d’annoncer le résultat au salarié et de décider de son aptitude.

- Les durées de détection des différentes SPA ne sont pas les mêmes. Un consommateur d’héroïne ne sera pas détecté le surlendemain de sa dernière consommation, alors que le consommateur de cannabis verra son test se positiver.

- Les résultats des tests biologiques varient en fonction de l’intensité de la consommation chronique (exemples : γ GT, VGM et CDT pour l’alcool) et la dernière prise (exemples : alcoolémie, dépistage urinaire du cannabis). Un résultat négatif lors la réalisation de ces tests au cours d’une visite périodique n’exclut donc pas une consommation à risque pour le poste occupé dans les jours ou mois précédents l’examen.

- Les résultats de l’étude française SAM – stupéfiants et accidents mortels, cf. chapitre “Données épidémiologiques” (41) – portant sur 10 748 conducteurs montrent que le risque d’être responsable d’un accident routier mortel est multiplié par 1,8 lors de la conduite sous l’influence du cannabis, et multiplié par 8,5 chez les conducteurs ayant une alcoolémie supérieure à zéro (42).

- Les contrôles positifs deviennent parfois plus rares avec l’ancienneté dans le poste. Il est intéressant de noter que dans l’étude des transporteurs routiers du nord de la France, menée par le groupe régional Toxicomanie et travail, le cannabis était plus souvent retrouvé en visite d’embauche qu’en visite annuelle (43, 44). Les auteurs émettent l’hypothèse d’un abandon progressif de l’usage de cannabis

au fur et à mesure que l’on devient conducteur confirmé et/ou que l’on est sécurisé par le fait d’avoir un emploi et de vouloir le conserver. Mais les consommateurs de cannabis se recrutant davantage dans la population générale chez les 18-25 ans (45, 46), on peut aussi envisager un effet cohorte lié à l’âge. Le travail jouant un rôle de réintégration dans la société, il faut donc tenir compte de cet élément dans la décision d’aptitude.

- La Haute Autorité de Santé recommande l’inscription des “données actualisées sur les habitus (alcool, tabac, autres adictions)” dans le dossier médical en santé au travail (47).

D.2. Les conduites à tenir en fonction des résultats du dépistage

D.2.1. Le résultat du dépistage est négatif

Un résultat négatif n’exclut pas une consommation dans les heures ou jours précédents (cf. paragraphe “C – Efficacité et limites du dépistage biologique”). L’entretien avec le salarié permet de fournir systématiquement une information sur les conséquences éventuelles d’une consommation de SPA sur les risques de sûreté ou de sécurité du poste de travail ou de certaines fonctions. La remise d’une information écrite prolongera l’information orale, éclairera le salarié, d’une part, sur les conséquences d’une éventuelle consommation de SPA et, d’autre part, sur sa responsabilité, tout en prouvant la mise en œuvre d’une action de prévention.

D.2.2. Le résultat du dépistage est positif

La recherche bibliographique n’a pas fourni d’études spécifiques concernant les décisions d’aptitude médicale face à un dépistage positif. Cela n’empêche pas cependant de proposer – à partir des pratiques professionnelles en santé au travail et de fiches pratiques de prévention (48-50) dont le groupe de travail a eu connaissance – des recommandations permettant l’élaboration d’une conduite à tenir dans ce domaine pour le médecin du travail.

S’il n’est pas souhaitable d’ériger des règles standardisées, tant les situations rencontrées sont différentes selon le poste de travail occupé ou les fonctions exercées, il est indispensable de prendre en considération certains éléments tels que :

- l’examen clinique ;
- le contexte de la consultation (évaluation de l’état de santé ou problème d’aptitude au poste de travail) ;
- la possibilité de dialogue avec le salarié. L’entretien sera d’autant plus poussé que la consommation est susceptible d’entraîner un risque en milieu de travail ;

- le type d'examen. En cas d'examen d'embauche, le médecin du travail ne dispose que de l'anamnèse du salarié ; en cas d'examen périodique, il peut rechercher des signes d'appel : accidents, arrêts à répétition, changements réguliers d'affectation, visites fréquentes à la demande de l'employeur... ;

- la possibilité de résultats faussement positifs (cf. paragraphe "C – Efficacité et limites du dépistage biologique") ;

- le mode de consommation : isolée ou polyconsommation ;
- l'origine de la consommation (qui peut parfois être liée au milieu de travail) ;

- la réalisation d'une consommation tout en sachant qu'un dépistage est susceptible d'être effectué ;

- les conséquences éventuelles sur le lieu du travail ;

- l'environnement familial et professionnel ;

- l'existence d'accidents du travail (avec leurs circonstances), d'arrêts maladie à répétition, d'éventuelles plaintes écrites de la part de son employeur... ;

- l'existence ou non de troubles du comportement patents dans l'entreprise ;

- la confirmation systématique par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (CG-SM) en laboratoire n'est pertinente que si un test est positif chez un salarié restant dans le déni ou la dissimulation et si celui-ci occupe un poste de travail incompatible avec une consommation de SPA ;

- le recours possible aux marqueurs CDT, γ GT et γ GT-CDT pour situer le niveau de conduite addictive lorsqu'une consommation d'alcool récente est découverte biologiquement. Ils serviront également pour le suivi de la prise en charge.

Tous ces éléments, associés à la pharmacocinétique de la SPA consommée, peuvent permettre d'évaluer le niveau de conduite addictive et les risques encourus par le salarié lorsqu'il se trouve à son poste, par ses collègues et par les tiers.

Après évaluation et prise en compte du contexte dans lequel le dépistage a été réalisé, le médecin du travail devra évaluer, en fonction de la ou des SPA incriminées (en s'aidant éventuellement d'un dosage biologique proposé au salarié), le mode d'usage de la substance et le retentissement éventuel sur le travail en fonction du poste de travail pour juger d'une aptitude ou non. Cela nécessite pour le médecin d'avoir une connaissance suffisante des SPA, de leur mode de consommation, de leurs effets toxiques et pathologiques et du concept de conduite addictive.

L'avis d'aptitude est le résultat de l'interprétation de données diverses et complexes, relatives aux risques induits en milieu de travail. Il s'appuie à la fois sur l'étude du poste de travail et sur l'évaluation des conséquences de la consommation de SPA sur la sécurité du salarié impliqué ou

sur celle des autres. Le médecin du travail garde toujours à l'esprit de ne pas confondre usage et mésusage, y compris pour les produits illicites. Il tient compte des principes de liberté individuelle. Il écarte toute notion de jugement et de moralité, tout en tenant compte de la réglementation. Enfin et surtout, il ne doit jamais oublier de tenir compte du facteur intégrateur du travail lors de sa décision. Ainsi, par exemple, la découverte d'un test positif au cannabis sans signe clinique chez un salarié se déclarant consommateur occasionnel. Sans signe clinique, il est peu probable que l'aptitude au travail soit en jeu. Seule une information de type motivationnel, comprenant les conséquences spécifiques en fonction du contexte de travail, semble à proposer.

Compte tenu de tout ce qui précède, le groupe de travail recommande la conduite à tenir suivante : privilégier le maintien au poste de travail du salarié dépisté positif à l'issue d'une recherche de SPA. La règle générale est l'émission d'un avis favorable d'aptitude, systématiquement associé à la délivrance d'une information sur les conséquences éventuelles d'une consommation de SPA par rapport aux exigences du poste de travail ou des fonctions en matière de risques de sûreté ou de sécurité. La remise d'une information écrite comportant des recommandations sur les produits dépistés et des rappels de réglementation (contrôles sécurité routière, drogues illicites) prolongera l'information orale, éclairera le salarié sur ses responsabilités et constituera une preuve de la mise en œuvre d'une action de prévention adaptée. Une orientation vers un accompagnement thérapeutique (obligatoire si découverte d'une pathologie avérée et le plus souvent compatible avec le travail) pourra éventuellement être proposée.

Dans le cas où le résultat de l'évaluation de l'état de santé par le médecin du travail ne serait pas favorable pour le maintien à un poste de travail ou à des fonctions de sûreté et de sécurité, ou dans le cas où une décision favorable d'aptitude ferait craindre au médecin du travail que le salarié (faute d'observance des conseils ou faute de surveillance) mette en danger à une plus ou moins brève échéance sa santé et/ou celle de son entourage professionnel, il n'y a pas lieu d'entamer dans l'immédiat une procédure d'inaptitude définitive. En effet, une décision d'inaptitude peut entraîner un risque majeur de marginalisation si le salarié perd son emploi (licenciement en cas d'impossibilité de reclassement). La conduite à tenir face à ce type de situation sera de placer le salarié en position d'inaptitude temporaire (congé ou arrêt de travail) avec orientation vers le médecin traitant pour une prise en charge thérapeutique. Ce n'est que lorsque le bilan sera redevenu favorable qu'une reprise éventuelle pourra être organisée. Si cette conduite peut être difficile à suivre dans

le cas d'une embauche, le médecin du travail doit prendre ses responsabilités si les résultats et l'examen clinique font craindre un risque important.

Conformément à l'article L.4624-1 du Code du travail, "Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs...". Le médecin du travail doit toutefois se montrer vigilant sur l'aptitude avec restrictions (limitations ou réserves), car ce type d'avis risque d'attirer l'attention de l'employeur qui peut alors suspecter un problème de santé, avec des conséquences pour l'emploi du salarié si celui-ci est en période d'essai ou en CDD. Si ces restrictions sont considérées comme trop importantes par l'employeur pour être compatibles avec le maintien au poste de travail occupé, cet avis est en outre susceptible d'être assimilé à un avis d'inaptitude.

Par ailleurs, l'article L.4624-3 du Code du travail prévoit que lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

R.20. Lorsque le médecin du travail constate dans une entreprise l'existence d'un risque au travail lié à des consommations de SPA mettant en danger la santé et la sécurité des salariés, il doit en informer l'employeur par écrit (accord professionnel et réglementation).

En dehors du contexte de délivrance d'une aptitude au poste de travail, l'article R.5132-114 du Code de la santé publique dispose que le médecin qui constate un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou autre produit mentionné à l'article R.5132-98 en fait la déclaration immédiate au Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté. La définition de la pharmacodépendance est donnée à l'article R.5132-97. L'alcool éthylique et le tabac ne sont pas concernés (article R.5132-98).

D.2.3. Cas particuliers

- Refus de dépistage biologique ou d'examen complémentaire

Si le salarié, régulièrement informé des exigences de son poste de travail ou de ses fonctions de sûreté et de sécu-

rité, refuse le dépistage biologique de SPA ou un autre examen complémentaire, le médecin du travail, privé des résultats d'un examen médical prescrit dans le cadre d'un avis d'aptitude, doit quand même se prononcer sur l'aptitude. Après information du salarié sur les possibles conséquences pour l'emploi de son refus, il pourra être contraint d'émettre un avis médical défavorable avec mise œuvre d'une procédure réglementaire de constat d'inaptitude médicale. Cette situation est à distinguer du refus du salarié de se soumettre aux visites de santé au travail, qui constitue un motif de sanction pouvant aller jusqu'au licenciement pour cause réelle et sérieuse.

- Le salarié bénéficie d'un traitement de substitution aux opiacés

Comme toute pathologie chronique, le médecin du travail s'assurera de la réalité du suivi médical par des contacts avec le médecin traitant ou l'addictologue. Certains services d'addictologie délivrent aux patients un document à l'attention du médecin du travail, attestant que les rendez-vous sont honorés. Le médecin du travail vérifiera l'absence de mésusage de ce traitement et l'absence de consommation d'autre SPA. Si le traitement de substitution aux opiacés s'inscrit dans un contexte de prescription médicale et de suivi régulier, sans mésusage ni consommation de SPA associées de type usage nocif, il peut être nécessaire d'attendre quelques semaines (afin que le traitement soit bien toléré et le salarié stabilisé) pour envisager un avis d'aptitude, comme pour tout autre salarié bénéficiant d'un traitement pour une pathologie chronique (diabète par exemple).

Recommandations

R.21. Le dépistage biologique doit être perçu comme un outil d'aide à la décision. Illustré par le résultat positif d'un test de dépistage, l'aspect biologique ne peut en aucun cas être le seul pris en compte pour limiter l'aptitude à un poste de travail (accord professionnel).

R.22. L'entretien clinique est fondamental et complémentaire du test biologique. Il est recommandé de rechercher systématiquement le "faux positif" (en particulier la consommation de médicaments dans le dépistage des substances illicites). En cas de discordance bioclinique, il est recommandé d'effectuer de nouvelles investigations (accord professionnel).

R.23. La conduite recommandée vis-à-vis du salarié dépisté positif à l'issue d'une recherche de SPA est d'évaluer le risque avec lui et de délivrer une information sur les risques

de consommation de SPA. Le maintien au poste de travail doit être privilégié. La décision sera prise en fonction de l'expertise clinique, des contraintes du poste de travail et de l'environnement professionnel (étudiées en pluridisciplinarité, le cas échéant), en respectant le secret médical et le principe des libertés individuelles et en prenant en compte le rôle intégrateur du travail. Comme pour tout autre risque, cette décision d'aptitude doit être prise en toute indépendance. Une orientation vers un accompagnement thérapeutique ou médico-social pourra éventuellement être proposée ; elle est obligatoire en cas de découverte de pathologie avérée (accord professionnel).

Pour terminer, le groupe de travail souhaite souligner que l'éventuelle application de ces recommandations met en lumière deux difficultés pour leur réalisation :

- celle de la disponibilité des médecins du travail, pénalisée par la pénurie actuelle de leur effectif et par la charge de travail grandissante qui leur est confiée ;
- celle de la formation, le médecin du travail devant, pour répondre au mieux aux différentes situations rencontrées, avoir une connaissance suffisante des SPA, de leurs effets, de leur toxicité et des addictions (ainsi qu'éventuellement une connaissance du réseau de spécialistes compétents dans le domaine de l'addiction). Cette formation des médecins du travail était l'un des objectifs du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. ■

P. Hache, P. Bessières, C. Orizet, A. Vasseur, D. Playoust
 Méusage de substances psychoactives en milieu professionnel.
 V – Dépistage biologique. 2 – Indications et limites du dépistage
 biologique. Conduites à tenir en fonction des résultats du repérage
 (y compris pour la consommation de médicaments psychotropes)
Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (4) : 355-374

Références bibliographiques

- 1 - Kaji H et al. Intra-gastrointestinal alcohol fermentation syndrome: report of two cases and review of the literature. *J Forensic Sci Soc.* 1985 ; 24 : 461-71.
- 2 - Li G et al. Drug violations and aviation accidents: findings from the US mandatory drug testing programs. *Addiction.* 2011 ; 106 : 1287-92.
- 3 - Drug Free Federal Workplace. Executive Order 12564, Sept. 15, 1986. <http://www.archives.gov/federal-register/codification/executive-order/12564.html> (site consulté le 30 novembre 2011).
- 4 - Groupe Pommidou. Tests de dépistage de drogues au travail : inventaire des réglementations nationale européennes, 2007. http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Activities/Workdrug/P-PG-Ethics_2006_4rev2_fr.pdf (site consulté le 11 octobre 2011).
- 5 - Lillsunde P et al. Role of occupational health services in workplace drug testing. *Forensic Science International.* 2008 ; 174 : 103-6.
- 6 - Lillsunde P et al. Finnish guidelines for workplace drug testing. *Forensic Science International.* 2008 ; 174 : 99-102.

- 7 - Kazanga I et al. Prevalence of drug abuse among workers: strengths and pitfalls of the recent Italian workplace drug testing (WDT) legislation. *Forensic Science International.* 2012 ; 215 (1-3) : 46-50.
- 8 - Collectif. Convention collective n° 100 du 1^{er} avril 2009 concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise. Accord conclu en Belgique par les organisations interprofessionnelles d'employeurs et de travailleurs au sein du Conseil national du travail.
- 9 - Nolan S. Drug-free workplace programmes: New Zealand perspective. *Forensic Science International.* 2008 ; 174 : 125-32.
- 10 - Durand E et al. Conduites addictives et travail. *Documents pour le Médecin du Travail.* 2008 ; 115 : 339-62.
- 11 - Constant P et al. Prévention et surveillance de l'addiction à l'alcool et aux stupéfiants : plus de 10 ans d'expérience dans le groupe ExxonMobil. *Annales de Toxicologie Analytique.* 2002 ; XIV (1) : 90-3.
- 12 - Ricordel I et al. Cannabis et sécurité du travail. Photographie de l'évolution de sa détection au sein des contrôles de stupéfiants depuis 2004 à la SNCF. *Annales Pharmaceutiques Françaises.* 2008 ; 66 : 255-60.
- 13 - Macdonald S et al. Testing for cannabis in the workplace: a review of the evidence. *Addiction.* 2010 ; 105 : 408-16.
- 14 - Moeller KE et al. Urine drug screening: practical guide for clinicians. *Mayo Clinic Proc.* 2008 ; 83 (1) : 66-76.
- 15 - Agius R et al. Guidelines for european workplace drug and alcohol testing in hair. *Drug Testing and Analysis.* 2010 ; 2 (8) : 367-76.
- 16 - European Workplace Drug Testing Society. European laboratory guidelines for legally defensible workplace drug testing: 1 - Urine drug testing, 2002. <http://www.ewdts.org/guidelines.html> (site visité le 14 novembre 2011).
- 17 - European Workplace Drug Testing Society. Guidelines for oral fluid, 2011. <http://www.ewdts.org/guidelines.html> (site visité le 14 novembre 2011).
- 18 - Conseil d'État. Décision n° 279632. Paris : Conseil d'État ; 7 juin 2006.
- 19 - Bureau International du Travail. Extrait du recueil de directives pratiques "Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanies sur le lieu de travail". Genève : BIT ; 1996.
- 20 - Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanies en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leur risque et à leur détection. Avis n° 114. Paris : CCNE ; 5 mai 2011.
- 21 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, Direction Générale de la Santé. Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel. Paris : MILDT et DGT ; 2012.
- 22 - Legmann M. Lettre du président du CNOM au Dr Salengro (CFE-CGC) en date du 3 septembre 2012. <http://www.cfecgc-santetravail.fr/wp-content/uploads/2012/09/fr%3A9ponse-M-LEG-MANN-drogues-sept-2012.pdf>.
- 23 - Ministère chargé du Travail. Circulaire n° 90/13 du 9 juillet 1990. *Bulletin officiel du Ministère chargé du Travail.* 1990 ; n° 90/18 : 15-8.
- 24 - Hersch RK et al. Substance use in the construction industry: a comparison of assessment methods. *Substance Use and Misuse.* 2002 ; 37 (11) : 1331-58.
- 25 - Luzzi VI et al. Analytic performance of immunoassays for drugs of abuse below established cutoff values. *Clinical Chemistry.* 2004 ; 50 (4) : 717-22.
- 26 - Bosker WM. Oral fluid testing for drugs of abuse. *Clinical Chemistry.* 2009 ; 55 : 11.
- 27 - Cook RF et al. Methods for assessing drug use prevalence in the workplace: a comparison of self-report, urinalysis, and hair analysis. *The International Journal of the Addictions.* 1995 ; 30 (4) : 403-6.
- 28 - McDonald S, Wells S. The impact and effectiveness of drug testing programs in the workplace. In : Macdonald S, Roman PM, Eds. *Drug testing in the workplace: research advances in alcohol and drug problems*, vol. 11. New York : Plenum Press ; 1994. p. 121-142.
- 29 - Fitzsimons MG et al. Random drug testing to reduce the incidence of addiction in anesthesia residents: preliminary results from one program. *International Anesthesia Research Society.* 2008 ; 107 (2) : 631-35.
- 30 - Carpenter CS. Workplace drug testing and worker drug use. *Health Services Research.* 2007 ; 42 : 795-810.
- 31 - Wickizer TM et al. Do Drug-free workplace programs prevent occupational injuries? Evidence from Washington State. *Health Services Research.* 2004 ; 39 : 91-110.

- 32 - Cashman CM et al. Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 ; (2) : CD006566.
- 33 - Jaffe WB et al. Is this urine really negative? A systematic review of tampering methods in urine drug screening and testing. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2007 ; 33 : 33-42.
- 34 - Lecompte Y et al. Méthoxyisoflavone et dépistage du cannabis dans les urines : mise en évidence d'une réaction croisée peu connue. *Annales de Toxicologie Analytique.* 2012 ; 24 (1) : 49-58.
- 35 - Organisation Internationale du Travail. Un lieu de travail "propre" : le dépistage de la consommation de drogues et d'alcool sur le lieu de travail. *Magazine travail.* 2006 ; (57, septembre).
- 36 - Mieczkowski T et al. Distinguishing passive contamination from active cocaine consumption: assessing the occupational exposure of narcotics officers to cocaine. *Forensic Science International.* 1997 ; 84 : 87-111.
- 37 - Karila L. Émergence des drogues de synthèse dans le paysage général des addictions. *Revue du Praticien.* 2012 ; 62 : 661-3.
- 38 - Reynaud M et al. Pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport remis au Secrétaire d'État à la Santé et aux Affaires Sociales ; 1999.
- 39 - Deseur A. Lettre au Dr Duquesne au sujet d'un document OFDT en date du 11 mai 2010. Paris : CNOM ; 2010.
- 40 - Crespin R. Quand l'instrument définit les problèmes. Le cas du dépistage des drogues dans l'emploi aux États-Unis. In : Gilbert C, Henry E. Définition des problèmes et enjeux de pouvoir. Les luttes autour de la caractérisation des problèmes de Santé publique. Paris : La Découverte ; 2009.
- 41 - Facy F, Redonnet B. Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel. I. Données épidémiologiques. Une approche de santé. *Alcoologie et Addictologie.* 2013 ; 35 (2) : 145-61.
- 42 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Étude "Stupéfiants et accidents mortels de la sécurité routière" (SAM). Éléments de conclusion. Paris : OFDT ; 2005.
- 43 - Labat L, Dehon B, Lhermitte M, Groupe régional Toxicomanie et travail. Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance des transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Annales de Toxicologie Analytique.* 2004 ; 16 (4) : 269-74.
- 44 - Frimat P et al. Étude de la prévalence de la consommation de drogues en milieu de travail à partir d'une expérience du Nord-Pas-de-Calais. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.* 2006 ; 203.
- 45 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues. Chiffres-clés. Saint-Denis : OFDT ; 2009.
- 46 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances 2011 ;* (76).
- 47 - Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Le dossier médical en santé au travail. Paris : HAS ; 2009 (www.has-sante.fr).
- 48 - Ministère de l'Agriculture et de la Pêche. Fiche n° 6 de la Note de service 20/2008 du 20 mai 2008 sur la prévention des risques liés à l'alcool. Paris : Ministère ; 2008.
- 49 - Fédération Addiction. Pratiques addictives et milieu professionnel. <http://www.federationaddiction.fr/conduites-addictives-et-monde-du-travail> (site visité le 21 novembre 2012).
- 50 - Addictions et Entreprise. Propositions de protocole de conduite à tenir face aux risques d'addictions, décembre 2010. http://istnf.fr/_admin/Repertoire/Fichier/2011/27-110503092918.pdf (site visité le 21 novembre 2012).
- Autres références**
- Addictions et Entreprise. Conduites addictives. Substances psychoactives et travail. Dialoguer, agir, prévenir. Services Santé au Travail du Pas-de-Calais ; 2005.
 - Boëuf-Cazou O et al. Impact d'une consommation d'alcool modérée sur les performances cognitives des salariés : résultat de la cohorte VISAT. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.* 2011 ; 72 : 189-95.
 - Cairn T et al. Levels of cocaine and its metabolites in washed hair of demonstrated cocaine users and workplace subjects. *Forensic Science International.* 2004 ; 145 : 175-81.
 - Comité Consultatif National d'Éthique. Avis sur le dépistage des toxicomanes dans l'entreprise, n° 15. Paris : CCNE ; 16 octobre 1989.
 - Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail. Avis du COCT du 30 septembre 2011.
 - Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels. Note du CSRP publiée dans la circulaire du 9 juillet 1990.
 - Do Amaral RA et al. Effectiveness of the CAGE questionnaire, gamma-glutamyltransferase and mean corpuscular volume of red blood cells as markers for alcohol-related problems in the workplace. *Addictive Behaviors.* 2008 ; 33 : 772-81.
 - Fantoni-Quinton S, Kara-Peketi K, Frimat P. Alcool, addictions et travail : quelles obligations de prévention en entreprise ? Place du dépistage. *Alcoologie et Addictologie.* 2011 ; 33 (1) : 25-32.
 - Gayet C. Drogues illicites et risques professionnelles. Assises nationales, Paris, 25 juin 2010. *Documents pour le Médecin du Travail.* 2010 ; (124) : 443-51.
 - George S et al. A snapshot of workplace drug testing in the UK. *Occupational Medicine.* 2005 ; 55 : 69-71.
 - Groupe Pompidou. Réflexions éthiques concernant le dépistage de drogues dans le lieu de travail. http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Activities/work_fr.asp (site consulté le 15 janvier 2012).
 - Hermansson U et al. Screening for high-risk and elevated alcohol consumption in day and shift workers by use of the AUDIT and CDT. *Occupational Medicine.* 2003 ; 53 : 518-26.
 - Hietal J et al. Comparison of the combined marker GGT-CDT and the conventional laboratory markers of alcohol abuse in heavy drinkers, moderate drinkers and abstainers. *Alcohol and Alcoholism.* 2006 ; 41 : 528-33.
 - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Baromètre santé 2005. Saint-Denis : INPES ; 2007.
 - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Volet du Baromètre santé 2010 sur la consommation des substances psychoactives dans la population active. Saint-Denis : INPES ; 2010.
 - Jaffe WB et al. Is this urine really negative? A systematic review of tampering methods in urine drug screening and testing. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2007 ; 33 : 33-42.
 - Jaffee WB et al. Ensuring validity in urine drug testing. *Psychiatric Services.* 2008 ; 59 : 140-2.
 - Kintz P et al. Evidence of addiction by anesthesiologists as documented by hair analysis. *Forensic Science International.* 2005 ; 153 : 81-4.
 - Ménard C et al. Pratiques des médecins du travail face aux addictions. Premiers résultats. *Alcoologie et Addictologie.* 2011 ; 33 (1) : 17-24.
 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Drogues illicites et risques professionnels. Conclusions des deux forums régionaux et des assises nationales du 25 juin 2010 organisés par la MILDT.
 - Moirand R et al. Marqueurs biologiques de l'alcoolisme. *EMC Hépatologie.* 2010 ; 7-007-B-60.
 - Ngoundo-Mbongue TB et al. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoeconomics and Drug Safety.* 2005 ; 14 : 81-9.
 - Ozminkowski RJ et al. The cost of on-site versus off-site workplace urinalysis testing for illicit drug use. *Health Care Manager.* 2001 ; 20 (1) : 59-69.
 - Penneau-Fontbonne D et al. Conduites addictives et milieu de travail. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2006. p. 163-74.
 - Reynaud M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2006. p. 3-13.
 - République Française. 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. *JO.* 24 août 2003 ; (195) : 14504.
 - République Française. Loi 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. *JO.* 24 juillet 2011 ; (0170) : 12677.
 - République Française. Article L.1110-4 du Code de santé publique sur le consentement éclairé du patient.
 - République Française. Article R.4624-20 du Code du travail.
 - République Française. Article R.4127-8 du Code de santé publique sur la prescription d'examen complémentaires.
 - Seta N et al. Transferrine désialylée. *EMC Biologie médicale.* 2009 ; 90-10-0915.
 - Van der Molen H et al. Interventions for preventing injuries in the construction industry. Review. *Cochrane library ;* 2009.
 - Zwerling C et al. Current practice and experience in drug and alcohol testing in the workplace. *Bulletin on Narcotics.* 1993 ; 45 (2) : 155-96.

RECOMMANDATIONS

Dr Antoine Gérard*, **Dr Colette Budan****, **M. Jean-Paul Jeannin*****, **Dr Jean-Marc Philippe******

* Médecin interniste, Addictologue, CH Émile Roux, 12, bd Dr Chantemesse, F-43000 Le Puy-en-Velay. Courriel : antoine.gerard@ch-lepuy.fr

** Médecin du travail, SSTRN, Nantes, France

*** Formateur consultant, Caen, France

**** Urgentiste, Centre hospitalier, Aurillac, France

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel

VI – Gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA

Résumé

Les troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs nécessitent une prise en charge sur le lieu de travail, l'objectif principal étant de maîtriser la situation pour limiter la dangerosité immédiate. Le diagnostic étiologique se fera dans un second temps. Le médecin du travail conseille l'employeur, qui a l'obligation d'organiser les premiers secours et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et morale des salariés (obligation de résultats). L'organisation de ces secours dans l'entreprise porte sur : les moyens humains (et la formation) ; les modalités d'alerte et de liaison entre les éléments propres à l'entreprise et le SAMU ; la rédaction de consignes mettant en place le protocole (ne pas laisser le salarié seul, solliciter un avis médical, procédure de raccompagnement...). Il est recommandé que, à la demande de l'employeur, une visite occasionnelle auprès du médecin du travail soit organisée dans les jours qui suivent l'événement. La gestion de la crise et le traitement de la post-crise ne prendront sens que si le concept de "comportement inadapté à la situation de travail" a auparavant été expliqué aux salariés et si la procédure de gestion de crise a été présentée et commentée (cf. Code du travail). Un programme de prévention peut être initié ou renforcé à cette occasion.

Mots-clés

Trouble du comportement – Substance psychoactive – Prise en charge – Travail.

Cet article est issu de l'Argumentaire des Recommandations pour la pratique clinique "Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel".

Société française d'alcoologie, en partenariat avec la Société française de médecine du travail.

Summary

Misuse of psychoactive drugs at workplace. VI – Management of acute behavioural and/or cognitive disorders related to psychoactive substance use

Acute behavioural and/or cognitive disorders require management in the workplace, as the primary objective is to control the situation to limit the immediate dangers. The aetiological diagnosis is established subsequently. The occupational health physician advises the employer who is required by law to organize first aid and take the necessary measures to insure the safety of the employees. The organization of first aid in the company is based on: human resources (and training); alert modalities and liaison between specific units of the company and the medical emergency call centre; written instructions describing the protocol (do not leave the employee unattended, seek a medical opinion, return home procedure, etc.). At the employer's request, the employee should attend a visit with the occupational health physician during the days following the event. Crisis and post-crisis management can only be effective if the concept of "inappropriate behaviour in the workplace" has been previously explained to employees and if the crisis management procedure has been presented and discussed (see French Labour Code). A prevention programme can be initiated or reinforced following this type of event.

Key words

Behavioural disorder – Psychoactive substance – Management – Work.

Il n'existe pas actuellement de recommandations traitant de la gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de substances psychoactives (SPA). La méthodologie utilisée repose donc sur un consensus de professionnels de terrain issu de pratiques professionnelles et de sujets proches dans la littérature.

Introduction

Comment faciliter l'évolution des mentalités et comportements dans l'entreprise lorsque certains de ceux qui la composent :

- ne font pas le lien entre souffrance ou stress au travail et consommations de produits psychoactifs, pour un certain nombre de sujets ?
- minimisent ou ignorent les fonctions de l'usage de produits psychoactifs dans l'environnement social et professionnel actuel ?
- banalisent les différents risques (ou les abordent culturellement et sans cohérence) liés aux consommations de substances dans l'environnement de travail ?
- ignorent les signes de troubles au travail avant-coureurs de dysfonctionnements plus graves à terme (retardant considérablement les prises en charge quand elles sont nécessaires) ?
- marginalisent les individus en difficulté quand enfin ils sont "étiquetés" ?

Quels dispositifs permanents mettre en place pour gérer ces risques (souvent liés aux risques psychosociaux) ?

Multiplient désormais les raisons de mettre en place, au sein des entreprises, une approche globale, indispensable pour que les "signes d'alerte et la conduite à tenir" à chaud prennent sens dans une gestion préventive des risques, qui n'attende pas, justement, que les "phases aiguës" arrivent.

A – Cadre nosologique : définition des signes d'alerte, des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA

Le rôle des SPA dans la genèse de troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs avec risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif fait, selon Davis (1), l'objet de nombreux débats. Reynaud répertorie cinq effets physiologiques de base liés aux SPA (2) pouvant entraîner des passages à l'acte : euphorie, excitation, sédation, ivresse et hallucinations.

Pouvant être appliqué à une multitude de comportements puisqu'il n'est pas spécifique, le terme de passage à l'acte ou de désinhibition se doit d'être défini. La définition de la désinhibition varie selon les auteurs. Pour Bond (3), elle implique un manque de retenue de certains types de comportements, alors que Tignol et Bourgeois (4) y voient

une "levée thérapeutique de l'inhibition", cette dernière étant, selon Sechter (5), un mécanisme physiologique adaptatif par lequel une fonction est freinée ou bloquée de façon active ou temporaire. Pour Källmen et Gustafson (6), la désinhibition est "la réduction des forces qui retiennent les impulsions" ou "une perte de contrôle" induite par la substance. L'inhibition psychomotrice ou comportementale permet à l'être vivant d'avoir un comportement normal, c'est-à-dire adapté à la situation environnementale. L'expression "dyscontrôle" a aussi été utilisée pour décrire le phénomène. Pour Bond (3), elle est surtout employée pour décrire un comportement "social" inapproprié, spécialement si ce comportement est imprévisible et non caractéristique de l'individu concerné.

Certaines substances psychotropes administrées dans un but thérapeutique lors d'un usage normal, mais également lors de mésusage ou de surdosage, seraient capables de moduler cette inhibition comportementale, induisant ainsi un risque de passage à l'acte (agressivité, impulsivité, tentative de suicide, suicide) : c'est le cas de l'alcool, des antidépresseurs, des benzodiazépines et de la cocaïne. Une imputabilité qui peut cependant être critiquée. Les facteurs de vulnérabilité individuels, environnementaux et sociaux, ainsi que les troubles psychiatriques préexistants semblent en effet jouer un rôle tout aussi important que l'effet pharmacologique du psychotrope dans la genèse de troubles du comportement (en particulier les comportements violents et les conduites suicidaires) (7).

Les troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs peuvent avoir une présentation variée, renvoyant à différentes pathologies organiques, toxiques et/ou psychiatriques. Ces troubles nécessitent une prise en charge immédiate sur le lieu de travail, l'objectif principal étant de maîtriser la situation pour limiter ou annuler la dangerosité immédiate. La situation médicale est évaluée sans focalisation sur une consommation de SPA. Le diagnostic étiologique ne se fera généralement que dans un second temps, lors d'une consultation médicale sur le lieu de travail ou dans une structure extra-professionnelle.

Labélisée par l'ANAES (8), la conférence de consensus organisée par la Société francophone de médecine d'urgence définit l'état d'agitation comme une perturbation du comportement moteur (fébrilité, turbulence, fureur), psychique (labilité du cours des idées, logorrhée) et relationnel (agressivité vis-à-vis d'objets ou de personnes). Du fait de la dangerosité du salarié pour lui-même et pour autrui, et du risque de désorganisation immédiate de l'activité du service, l'état d'agitation concerne tous

les intervenants de l'entreprise. Elle est dite "contrôlable" lorsqu'il y a une possibilité d'échange avec le salarié et que cet échange permet une diminution de la tension, une acceptation de voir l'infirmière ou le médecin du service de santé au travail. Et "incontrôlable" lorsque la communication, l'établissement d'un contact est impossible, un état qui peut s'associer à de la violence tant verbale que physique.

Il est important de rechercher les éléments prédictifs de violence, car ils signent le risque de passage à l'acte violent. Les signes de violence imminente sont les suivants, d'après Moritz (9) :

- sexe masculin, âge (15-24 ans), facteurs sociaux ;
- acte récent de violence verbale ou physique ;
- utilisation d'armes ou d'objets pouvant servir d'arme ;
- refus de s'asseoir, incapacité à rester en place ;
- sursauts et immobilisation avec ébauche de gestes de menace ou de défense ;
- hallucinations auditives avec injonctions de violence ;
- menaces, insultes ;
- menaces de l'exécution d'un plan dangereux.

B – Conduite à tenir et gestion de l'urgence en phase aiguë

B.1. L'organisation des secours : réglementation et définitions

L'employeur a l'obligation d'organiser les premiers secours sur tous les lieux de travail. L'article R.4224-16 du Code du travail précise qu'en l'absence d'infirmiers, ou lorsque leur nombre ne permet pas d'assurer une présence permanente, l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades. Notamment prises en liaison avec le SAMU, ces mesures sont adaptées à la nature des risques. Le plan de prévention (article R.4512-8 du Code du travail) comme le plan particulier de sécurité (article R.4532-67 du Code du travail) comportent eux aussi des dispositions en matière de secours et d'évacuation. Consignées dans un document tenu à la disposition de l'inspecteur du travail, ces mesures doivent être régulièrement mises à jour.

L'organisation des secours dans l'entreprise porte sur un certain nombre de points :

- les moyens humains et les exigences de formation s'y rapportant ;

- les moyens et les modalités d'alerte et de liaisons entre les éléments propres à l'entreprise et le SAMU, centre de réception et de régulation des appels ;

- la rédaction de consignes mettant en place le protocole. Ces consignes peuvent être inscrites dans un livret "sécurité-santé" remis à tout nouveau salarié et affichées dans l'entreprise sous forme simple.

Différents personnels sont impliqués dans la chaîne des secours : le premier témoin, le sauveteur-secouriste du travail, le responsable présent, etc. La formation à la sécurité doit inclure les dispositions à prendre par le salarié en cas d'accident ou d'urgence médicale (articles R.4141-4, R.4141-6, R.4141-13 et R.4141-17 du Code du travail). Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail participe à la préparation des formations à la sécurité (article R.4143-1 du Code du travail). Le médecin du travail est obligatoirement associé à la formation à la sécurité et à celle des secouristes (article R.4624-3 du Code du travail). En l'absence d'infirmier et de médecin du travail, ou en complément, l'employeur, confronté au comportement d'un salarié pouvant constituer une menace pour lui-même ou son entourage, a non seulement le droit mais aussi le devoir d'intervenir.

Peut être définie comme situation de crise toute situation mettant en cause un ou plusieurs salariés présentant, sur le lieu de travail, un comportement perturbé en lien supposé avec une consommation de SPA, licites ou non, et susceptible de porter atteinte à la sécurité du salarié lui-même, de ses collègues, du public, des biens ou de l'image de l'entreprise.

B.2. Les mesures à prendre et l'organisation des secours

La situation médicale est évaluée sans focalisation sur une consommation de SPA car un salarié présentant un état inhabituel au travail ne signifie pas forcément que cette situation est en lien exclusif avec la consommation d'un produit psychoactif (exemples d'autres causes possibles d'état inhabituel : malaise hypoglycémique, intoxication par produits solvants ou autres inhalés dans l'entreprise...).

B.2.1. Les acteurs de l'entreprise susceptibles d'intervenir

- Les collègues de travail :
 - ils appellent l'encadrement et demandent son intervention immédiate ;

- ils appellent le secouriste du travail (affichage obligatoire de la liste des secouristes) ;
- et seulement le cas échéant, en l'absence de l'un ou de l'autre, ils appliquent eux-mêmes les recommandations.

- L'encadrement

Il est de la responsabilité de l'encadrement de garantir la santé et la sécurité au travail des salariés dont il a la charge. L'encadrement gère aussi l'environnement professionnel, en consignait secondairement ses actions par écrit dans un rapport. C'est à l'encadrement d'évaluer les mesures à prendre en termes de sécurité.

- Le sauveteur-secouriste du travail

Organisant les secours (gestes d'urgence à assurer, évaluation rapide de l'état de santé, appel d'un médecin de soins en ayant noté les coordonnées du salarié et le lieu exact où se trouve ce dernier), il peut bénéficier d'une formation spécifique aux conséquences (troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs) de la consommation de SPA. À défaut de secouristes du travail, l'encadrement reprend cette mission ou, à défaut, les collègues présents en se répartissant la tâche.

- Le médecin du travail ou, à défaut, un(e) infirmier(e)

S'ils sont présents dans l'entreprise, ils doivent être prévenus et doivent se déplacer pour contribuer à la prise en charge (la non-assistance à personne en danger est répréhensible). En cas de danger non-immédiat pour la santé du salarié, le médecin du travail est informé (cf. gestion post-crise) de l'évènement par écrit pour contribuer à la prévention dans un second temps.

B.2.2. Le protocole d'organisation des secours

Pour l'établissement de ce protocole, le médecin du travail doit veiller à proposer par écrit à l'employeur des dispositions particulières pour la gestion des évènements en matière de troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs.

- Les dispositions (figure 1)

La prise en charge doit être immédiate et réalisée par toute personne disponible selon ses compétences et selon les modalités suivantes :

- Observer, repérer si la personne présente un comportement inadapté : euphorie, état d'excitation, agitation, hallucinations, propos incohérents, désorientation, confusion, sédation, somnolence, troubles de l'équilibre, chutes...
- Évaluer si la personne est en danger ou dangereuse. Objectif : protéger. Aborder la personne, dialoguer (au sens de "maintenir le lien par la parole et le regard").

Y a-t-il des témoins ? Ne pas rester seul, mais éviter les attroupements.

- Prévenir la direction et le numéro "secours" de l'entreprise (mise en œuvre des actions secouristes appropriées) pour faire cesser la situation de danger. Exprimer les observations concernant le risque, justifier sans accuser (le salarié n'est pas en état de tenir son poste...). Éviter tout propos hostile ou moralisateur (il est inutile de dire que le salarié est sous l'influence d'alcool ou de drogues à ce moment-là...). Ne pas laisser le salarié seul, assurer sa surveillance et le mettre en sécurité (le retirer de son poste et organiser les secours et la prise en charge médicale), dans un autre local s'il est transportable. À défaut, le local est sécurisé et vidé de ses occupants. Éviter les lieux donnant accès à des moyens dangereux (fenêtre, armes, objets tranchants...).

- Toujours solliciter un avis médical. Le bilan et les premiers soins pourront être effectués, selon les possibilités, par les sauveteurs secouristes du travail ou les pompiers de la zone, l'infirmier de santé au travail ou le médecin de prévention : repérer si la personne présente une anomalie des fonctions vitales.

- Si anomalie des fonctions ou une détresse vitale : appeler le SAMU (téléphone : 15). Suivre les consignes données par le médecin régulateur et prévenir les responsables de l'entreprise. Une évacuation vers une structure de soins peut être prescrite par le SAMU ou un médecin de soins). Dans ce cas, elle s'effectue au moyen du SMUR, des pompiers ou d'une ambulance privée.

- S'il n'y a pas d'anomalie des fonctions vitales : organisation des secours par le médecin du travail ou par l'infirmier(e), selon le protocole établi par le médecin du travail. Selon l'état de la personne : simple surveillance en salle de repos puis éventuel retour au poste de travail, accompagnement vers un médecin traitant ou à domicile en le confiant à une personne de son entourage (selon protocole formalisé).

- Autres dispositions :

- pas de rapprochement possible sans avis médical préalable ;
- établir un rapport écrit sur les faits et les modalités de gestion de l'évènement ;
- prévoir les modalités de gestion de la post-crise par l'encadrement, ainsi que la sollicitation du médecin du travail.

- Les gestes d'urgence à effectuer

L'urgence correspond à ce qui ne peut être différé. On distingue les urgences vitales et potentielles. Principe de base à appliquer : le PAS (protéger – alerter – secourir). En présence d'un salarié au comportement perturbé suscepti-

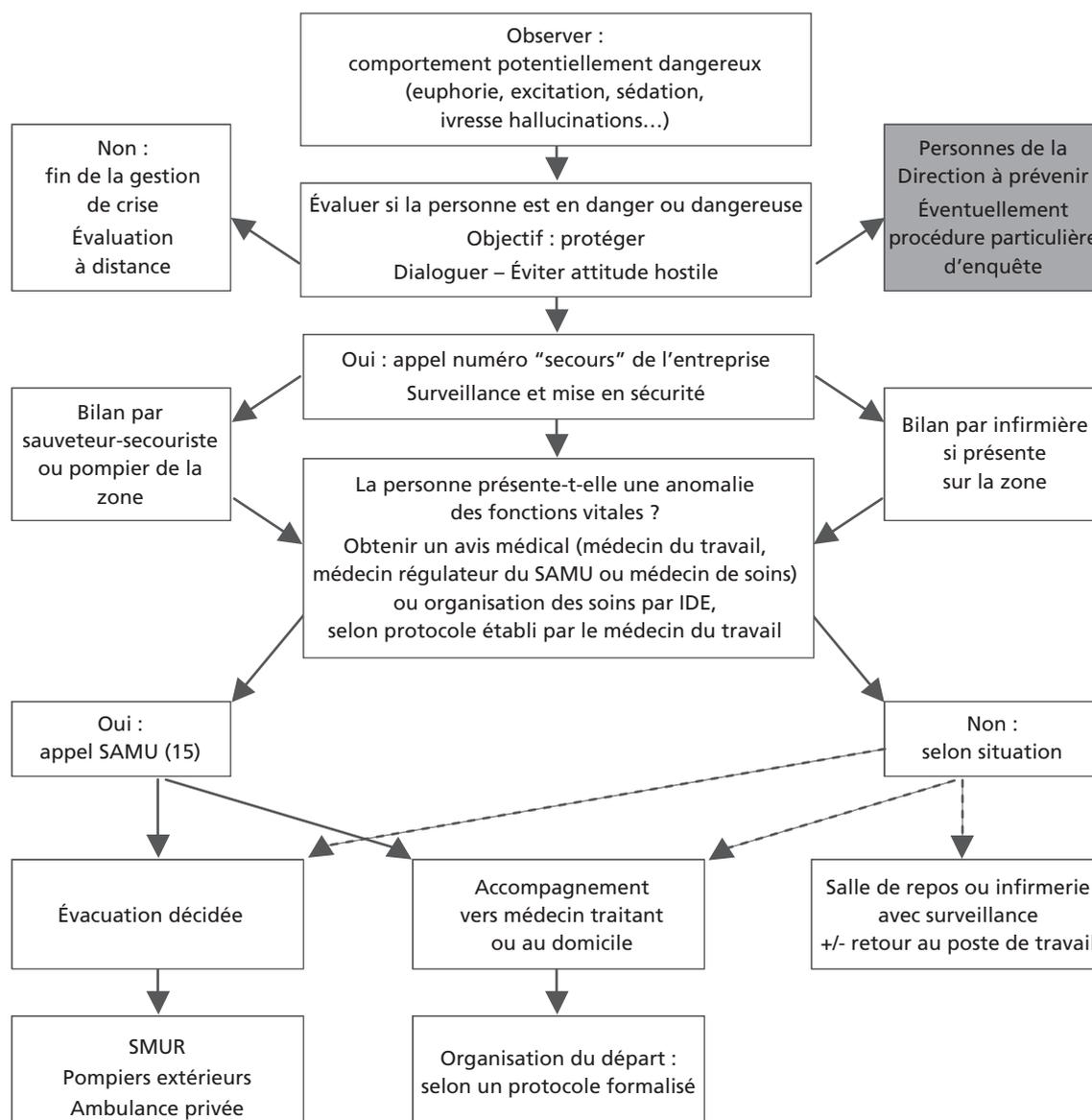


Figure 1. – Conduite à tenir devant des troubles comportementaux aigus en milieu du travail.

ble de porter atteinte à sa sécurité, à celle de ses collègues ou du public, il convient de réaliser une analyse rapide de la situation en recherchant :

- les signes présentés par le salarié : état d'excitation, agitation, agressivité, propos incohérents, désorientation, confusion, somnolence, troubles de l'équilibre, chutes... ;
- un danger imminent pour la personne ou un tiers.

La prise en charge initiale repose avant tout sur la mise en sécurité du salarié présentant des troubles du comportement. En situation d'agitation, la personne sera, dans la mesure du possible, placée dans une pièce calme. Il faut éviter de répondre aux attaques verbales ou physiques de

la personne, éviter tout propos hostile, rester impassible et faire preuve de bienveillance. Il convient de limiter au maximum les interlocuteurs, en ne gardant si possible qu'une seule personne "référente". Il faut toutefois rester vigilant car une personne agitée peut être dangereuse pour elle-même et autrui.

En présence d'une personne ayant des troubles du comportement, il convient de détecter d'emblée des signes de gravité. Dans une démarche logique, les fonctions vitales doivent être systématiquement analysées :

- l'état de conscience : la personne parle ou est somno-

lente, comateuse ;

- l'état respiratoire : la personne respire calmement ou rapidement, avec des sueurs et les extrémités cyanosées (bleues) ;
- la personne est blessée, elle se plaint, elle est en train de s'affaiblir.

Il faut également évaluer l'état comportemental :

- agressivité majeure, agitation extrême ;
- délire et hallucinations ;
- angoisse massive.

Face à un signe de gravité, le SAMU sera immédiatement alerté. Le médecin régulateur évaluera la situation clinique du salarié avec la personne en ligne, pourra donner des consignes de prise en charge immédiate et diligenter les effecteurs appropriés. Afin de faciliter les échanges de données, le protocole d'entreprise doit prévoir une fiche type d'appel au SAMU (annexe 1). L'ivresse, notamment alcoolique, ne sera en aucun cas banalisée mais au contraire, appréhendée comme toute intoxication aiguë.

Annexe 1. – Fiche type d'appel au SAMU
(rédigée d'après le guide d'aide à la régulation médicale de SAMU de France)

ALLO SAMU ☎ : 15

Dire

- Son nom
- Préciser le lieu de travail, la situation de l'atelier ou du bureau :
- L'état de la personne :

Fonctions vitales

La personne <i>parle</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La personne <i>respire</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La personne <i>se plaint</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préciser de quoi :		
La personne est <i>blessée</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préciser où :		
La personne est <i>en train de s'affaiblir</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

État comportemental

Contact impossible à établir	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Agressivité majeure, violence incoercible, agitation extrême	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Intoxication associée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préciser de quoi :		
Vécu délirant intense associé ou non à des hallucinations	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Angoisse massive	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lieux donnant accès à des moyens dangereux (fenêtre, armes, objets tranchants...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Antécédent ou menace d'acte dangereux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

- Ne pas raccrocher le premier.
- Suivre les consignes données par le médecin régulateur.
- Aller attendre les secours à l'endroit convenu.
- Prévenir les responsables de l'entreprise ou de l'atelier.

Conseils en présence d'une personne agitée

- Rester à distance et se protéger.
- Si possible protéger la personne des zones dangereuses.
- Ne pas parler des conflits éventuels ou de tout ce qui a généré ou augmenté l'agitation.

En fonction de l'évaluation des fonctions vitales, les gestes de secours doivent immédiatement être mis en œuvre, l'objectif étant d'assister la personne sans aggraver son état en attendant les secours.

- Les modalités de raccompagnement

Le raccompagnement doit se faire selon un protocole si possible formalisé par l'employeur pour éviter tout recours juridique a posteriori.

Raccompagner quand ?

- Dès que l'autorisation a été donnée par un médecin qui a évalué l'état de santé.
- Si le salarié est autorisé à être raccompagné, que son état de santé ne semble pas préoccupant au corps médical, que son état de santé s'améliore. Le salarié peut aussi être mis en sécurité si l'entreprise dispose d'une infirmerie et d'un(e) infirmier(e) qui en assure la surveillance en attendant un membre de sa famille ou de son entourage.

Raccompagner avec quel moyen de transport et par qui ?

- Par un ambulancier privé (VSL).
- Par un tiers qui peut-être un taxi ou un proche de la famille (avec son moyen de locomotion).
- Par des salariés : formés aux gestes d'urgence, de préférence deux personnes avec la victime afin d'éviter tout problème ou aggravation lors du transport.
- Transport avec un véhicule de l'entreprise conduit par un salarié. Avoir un ordre de mission à disposition (prévu dans l'organisation des secours pour ne pas retarder l'action) ou l'aval écrit de l'encadrement. Emporter un moyen de transmission (téléphone portable). Le véhicule doit contenir au moins trois places (un salarié conduit, l'autre assure la sécurité du salarié pendant le trajet).
- Transport avec un autre véhicule : ne jamais utiliser le véhicule du salarié concerné.
- Avec le véhicule personnel d'un salarié, à la condition d'avoir un ordre de mission écrit comportant l'immatriculation du véhicule et la preuve d'une prise en charge assurantielle conjointe par l'entreprise (à prévoir dans l'organisation des secours).

Raccompagner où ?

- Le salarié vit seul ou n'a pas donné de nom de personnes à prévenir en cas d'urgence : il est raccompagné dans une structure de soins par deux personnes. En cas d'aggravation, le laisser seul pourrait être un cas de non-assistance à personne en danger.
- Le salarié ne vit pas seul ou il existe des personnes à prévenir :
 - . téléphoner à son domicile, s'assurer qu'une personne

pourra le prendre en charge si besoin après le raccompagnement. Le cas échéant, le salarié sera raccompagné dans une structure de soins ;

- . si la victime est accompagnée par deux personnes chez un médecin généraliste, rester avec elle et la ramener soit chez elle, soit à l'entreprise, soit dans une structure de soins, selon l'avis du médecin et les possibilités en matière de sécurité et de surveillance ;

- . raccompagner le salarié à son domicile signifie le confier à une personne de l'entourage (sinon attendre un membre de la famille ou le médecin... et son avis). Le cas échéant, en cas de survenue d'un accident à domicile ou sur le trajet restant, il y aurait non-assistance à personne en danger.

C – La gestion de la “post-crise” (10-16)

C.1. Préambule

Si l'action des employeurs se résume à attendre les crises pour les gérer (et si l'on en reste là), cela signifie que l'on se condamne à gérer des crises (qui ne font donc en rien évoluer le système). Par ailleurs, il n'est pas acceptable, au plan éthique mais aussi pédagogique, d'avoir à appliquer une procédure sans l'avoir expliquée aux salariés : son sens, son intérêt, sa raison, sa fonction, ses limites, ses suites...

Il est également essentiel de rappeler que l'état d'un salarié nécessitant une intervention peut avoir différentes origines. S'il peut bien sûr s'agir d'un état ébrié lié à l'alcool (ou à d'autres substances), il peut aussi s'agir d'états pseudo-ébrio sans aucun lien avec l'ingestion de SPA. L'article R.4228-21 “interdit à tout chef d'établissement de laisser entrer ou séjourner dans l'établissement des personnes en état d'ivresse”. L'état d'ivresse n'étant cependant ni défini ni “critérisé”, il peut (et doit) se comprendre comme un “comportement inadapté à la situation de travail” parmi d'autres, d'origines différentes.

Il n'y a aucun intérêt à mobiliser les collègues et l'encadrement sur l'interprétation de signes cliniques, interprétation pour laquelle ils ne sont ni formés, ni légitimes. Une tendance à vouloir “savoir” qui relève trop souvent d'une logique “alcoolophile/alcoolophobe” stigmatisante pour être cautionnée. La gestion de la crise et le traitement de la post-crise ne prendront donc sens que si le concept de “comportement inadapté à la situation de travail” a auparavant été expliqué aux salariés et si la procédure de gestion de crise a été présentée et commentée, notam-

ment au regard des exigences du Code du travail (articles L.4121-1 et 4122-1).

C.2. Le traitement de la post-crise

C.2.1. Intérêt du traitement de la post-crise

Il est essentiel, pour quatre raisons principales :

- permettre à l'employeur de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire ;
- inscrire l'incident dans une démarche lisible et un historique traçable ;
- analyser l'incident pour définir des actions de prévention ou optimiser celles existantes ;
- préserver l'image du salarié, rappeler le devoir de respect des libertés individuelles et de confidentialité à l'égard des questions médicales ;
- montrer (et c'est souvent nécessaire) que l'employeur poursuit à ce sujet une politique transparente, systématique et équitable (pas de "chasse aux sorcières", mais un même traitement pour toutes catégories de "comportements inadaptés au travail").

C.2.2. Limites

Pour les personnes ayant perdu la maîtrise de leur consommation (dépendance), l'intervention est peu susceptible de faire régresser les dérives, mais peut (et c'est important) enclencher une procédure d'aide à la prise de conscience, voire une démarche de soins.

C.2.3. Méthode de l'intervention en post-crise

- Traçabilité de l'évènement par l'employeur ou le responsable qui a géré l'évènement

Dès le retour au calme (évacuation de la personne), noter la description des faits sur un support destiné à cet usage (fiche ou livre de bord ou autre...) :

- date / heure / circonstances / comportements observés (rester factuel) / risque évalué ;
- déroulement du retrait du poste / services alertés / décisions prises.

Nota : exclure tout jugement de valeur, interprétation, mention d'une consommation de SPA, sauf en cas de constat visuel de consommation avant la gestion de crise.

- Information aux autres acteurs concernés

Leur diffuser la même trace écrite :

- informer son propre supérieur hiérarchique et la direction des Ressources humaines ;
- informer le médecin du travail (même s'il a été associé à

la gestion de crise) ;

- informer l'assistant(e) de service social, pour autant qu'il y en ait un(e).

- Traitement institutionnel en post-crise

Suite à un pareil incident, l'employeur peut s'assurer de l'aptitude médicale du salarié à reprendre son poste (en particulier pour les postes de sécurité). Selon l'article R.4624-17 du Code du travail, il dispose pour ce faire de la possibilité d'une "visite médicale à la demande de l'employeur". Une trace écrite de l'employeur relatant l'incident doit figurer dans le dossier médical santé travail du salarié.

Nota :

. Le retour du médecin du travail vers l'employeur se fera sous forme d'une inaptitude, d'une aptitude avec aménagement du poste de travail, ou d'une aptitude médicale au poste de travail. Soumis au secret médical, le médecin du travail n'a pas à motiver son avis.

. Dans tous les cas, si le médecin diagnostique un ou des éléments en lien avec l'incident, il peut mettre à profit la démarche pour amorcer un accompagnement ou une orientation du salarié.

. C'est à l'employeur de justifier face au salarié la demande de visite médicale (et non au médecin du travail).

. L'employeur doit pouvoir entendre sur un plan humain que le salarié a des "problèmes" (si c'est le cas : financiers, familiaux, de santé...). S'il ne doit pas tenter d'aider lui-même le salarié, il doit l'orienter, éventuellement voir avec lui les aménagements lui permettant de trouver de l'aide.

. Si le salarié est orienté vers un service social (du travail, ou la circonscription d'action sociale), cette démarche demeure volontaire de la part du salarié (pas d'obligation), et le contenu de l'entretien est couvert par le secret professionnel auquel est soumis le travailleur social.

- Gérer la situation avec l'équipe de travail

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- l'équipe de travail n'est pas sujette à des "bruits" ou "rumeurs" concernant la personne ;
- l'équipe de travail est déjà au courant d'épisodes où la personne est "fatiguée", avec minimisation voire masquage (pseudo-protection) ;
- l'équipe a déjà stigmatisé la personne, la rejette plus ou moins, etc.

Quel que soit le cas de figure, la situation sera toujours plus difficile à reprendre en post-crise avec l'équipe si rien n'a été dit en amont (avant qu'une crise ne survienne), si l'on n'a pas défini ce qu'est un "comportement inadapté à la situation de travail" et la procédure institutionnelle qui l'accompagne.

Tout est également plus difficile si cette procédure n'est pas incluse dans un ensemble beaucoup plus vaste et volontariste, ni inscrite dans le temps : une politique de gestion des risques liés aux SPA, avec un volet managérial, un volet aide et un volet prévention primaire.

Si ce travail d'explication collective préalable a été fait, il convient de reprendre les faits avec l'équipe de travail après la crise et sa gestion, pour autant que les événements aient été connus. Reprendre a minima le fait qu'il a fallu gérer un "comportement inadapté à la situation de travail" préalablement expliqué. L'équipe de travail peut alors exprimer des critiques et des plaintes à l'égard de la personne, ou s'indigner de la manière dont la crise a été gérée.

Dans tous les cas, l'employeur doit s'en tenir au rappel des obligations de protection de la santé physique et mentale et de la sécurité au titre du Code du travail, ainsi qu'au rappel de la procédure dans son intégralité, tout en refusant d'entrer dans des considérations concernant la santé de l'intéressé. Il doit également s'en tenir au rappel du devoir de respect des libertés individuelles et de confidentialité à l'égard des questions médicales.

Il est par contre nécessaire d'entendre l'équipe de travail (son trouble, voire sa souffrance) sur d'éventuelles situations récurrentes de danger ou d'improductivité (éventuellement cachées jusqu'alors) pour tenter d'y trouver des solutions strictement professionnelles. Un programme de prévention peut être initié à cette occasion, ou renforcé s'il en existe déjà un.

C.3. Le suivi médical, managérial, institutionnel

Quelle que soit la cause de l'incident (qui n'est pas à connaître par l'encadrement), un suivi pluridisciplinaire s'impose sur au moins quatre plans :

- Au plan médical : le médecin peut décider de revoir la personne rapidement lors de son retour, ou régulièrement, pour faire le point et assurer le suivi médical, voire une visite de pré-reprise peut être utile.

- Au plan managérial (de proximité) :

. pour la personne concernée : l'encadrement doit rester vigilant et attentif aux évolutions du salarié, au moins garder un contact relationnel informel, voire organiser un suivi rapproché formalisé (attention aux ressentis de harcèlement) ;

. en ce qui concerne l'équipe de travail : mettre en place un programme de prévention ou renforcer le programme de prévention existant, si tel est le cas.

- Au plan social : un travailleur social sollicité par le salarié, si c'est le cas, lui propose un accompagnement dans la résolution de ses problèmes (voire un soutien). Il sera important de comprendre également ce qui s'est passé au niveau collectif.

- Au plan institutionnel : plutôt qu'une "conférence sanitaire" instaurée dans certaines entreprises entre employeur et médecin du travail, qui risque d'être mal comprise et qui nécessite l'accord de chacun (salarié, médecin du travail dans le respect du secret médical et employeur), il semble indispensable qu'il y ait une visite médicale à la demande de l'employeur, qui fait part de ses motifs écrits, argumentés et formalisés dans un courrier au médecin du travail. Ce courrier et cette visite doivent permettre une mise au point sur la place de chacun et autoriser l'utilisation éventuelle des outils institutionnels, en évitant toute violation du secret professionnel.

Recommandations

R.24. Il est recommandé que le médecin du travail, qui conseille l'employeur dans l'organisation des secours dans l'entreprise, propose par écrit des modalités de gestion des événements en matière de troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs.

Le protocole d'organisation des secours établi par l'employeur doit notamment prévoir les dispositions suivantes pour des troubles du comportement en phase aiguë :

- ne pas laisser le salarié seul ;
- toujours solliciter un avis médical ;
- aucun raccompagnement sans autorisation médicale préalable, en prévoyant deux personnes s'il est effectué par l'entreprise ;
- établir un rapport écrit sur les faits et les modalités de gestion de l'évènement ;
- prévoir des modalités de gestion de la post-crise par l'encadrement ainsi que la sollicitation du médecin du travail (accord professionnel et réglementation).

R.25. Il est recommandé d'appliquer aux troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA une prise en compte type "post-crise" immédiate et à distance, comme pour tout autre trouble du comportement. Il est recommandé qu'une visite occasionnelle à la demande de l'employeur soit organisée dans les jours qui suivent l'évènement et au mieux avant le retour au poste de travail. Le médecin du travail jugera de la nécessité d'un suivi médical et réévaluera la situation au travail dans le but du main-

lien à l'emploi. Il participera avec l'équipe de travail, l'employeur et les instances représentatives du personnel à l'analyse de l'existence de risques favorisant la consommation de SPA. Il est recommandé de gérer la situation avec l'équipe de travail et, si nécessaire, de renforcer la prévention (accord professionnel).

D – Prévision et protocolisation

Avis du groupe de travail

Le protocole suivant est proposé à titre d'exemple, à partir de diverses expérimentations réalisées dans des entreprises. Il a vocation à être adapté en fonction du type d'entreprise : grande entreprise, PME ou TPE.

D.1. La gestion de l'évènement du point de vue administratif (13, 17, 18)

Le descriptif des faits et les modalités de prise en charge sont notifiés par écrit de manière à en garder la traçabilité en cas de sur-accident, en cas d'enquête de police ou d'enquête interne. Cet écrit est communiqué au supérieur hiérarchique et au médecin du travail. Seul un écrit permettra de rester dans le factuel de la situation et de faire prendre conscience au salarié de son comportement et de ses conséquences professionnelles. L'employeur demande une visite occasionnelle au médecin du travail dans les jours qui suivent l'évènement.

D.2. Le programme de prévention

D.2.1. Dans toutes les entreprises (13, 17, 19, 20)

Un règlement intérieur est obligatoire s'il y a plus de 20 salariés. Il est également recommandé pour les entreprises de moins de 20 salariés ou à défaut, une note de service portée à la connaissance de tous les salariés. Devant prévoir des dispositions sur l'introduction et la consommation d'alcool dans l'entreprise, il serait utile de les étendre aux drogues illicites.

L'organisation des secours doit être formalisée. Les consignes et la liste des secouristes seront affichées. Si les secours doivent faire appel à des centres de soins médicaux d'urgence (SAMU, SOS médecins...), le médecin du travail, s'il est présent sur les lieux, doit cependant être à même de prodiguer les premiers soins en cas d'urgence. Il assure le relais en attendant l'arrivée des médecins d'urgence.

Il est important d'avoir abordé cette organisation dans toutes les situations possibles de travail :

- travail de jour et travail de nuit ;
- présence ou non de secouristes du travail ;
- présence ou non d'un médecin de soins dans l'établissement ;
- présence ou non d'un(e) infirmier(e) en santé au travail : mise en sécurité possible ;
- présence ou non d'un médecin du travail : intervention uniquement en cas de danger imminent en attendant les secours médicalisés.

Il est essentiel de prohiber le raccompagnement par une seule personne et le raccompagnement au domicile sans l'avoir préparé et autorisé en amont. Le document unique d'évaluation des risques inclut les risques psychosociaux dont le risque d'addiction.

D.2.2. Un programme de prévention doit être mis en œuvre par le chef d'entreprise sur les conseils du médecin du travail dans les entreprises possédant un service de santé au travail autonome (13, 17)

Ce programme doit faire l'objet d'une conduite de projet associant des salariés, des membres de l'encadrement, le service de santé au travail et, s'il existe, le service social du travail. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) (13, 18, 19) doit si possible en être partie prenante ou, à défaut, en valider la mise en œuvre.

Ce programme devrait prévoir :

- la sensibilisation de tous les salariés aux produits, à la notion de dépendance, aux circonstances (notamment professionnelles) pouvant générer un risque de consommation de SPA, à la gestion de crise par des conférences-débats, par des interventions d'associations d'anciens consommateurs, par des associations de prises en charge ;
- la création d'un groupe de sensibilisation interne composé de salariés d'horizons différents dans l'entreprise et incluant si possible d'anciens consommateurs, salariés formés à cette mission au préalable ;
- la formation de l'encadrement aux produits, à la notion de dépendance, aux circonstances (notamment professionnelles) pouvant générer un risque de consommation de SPA, à la gestion de crise, de post-crise, à l'accueil des salariés revenant d'arrêts de travail faisant suite à des troubles aigus comportementaux et/ou cognitifs pouvant être en lien avec des consommations, à la gestion de l'équipe autour de cet accueil, à la pratique d'un management approprié. Un recyclage doit être prévu tous les trois ans ;
- des mesures incitatives à la non-consommation en entreprise : gestion des pots, cadeaux d'entreprise sans alcool,

amélioration des conditions de travail ;
 - un bilan annuel présenté en CHSCT de manière à assurer sa pérennité ;
 - une contribution aux études épidémiologiques en vue d'améliorer les connaissances sur le lien entre mésusage de ces SPA et le travail, dans l'objectif de mieux les prévenir.

Les médecins du travail doivent être formés sur les SPA sans cesse en évolution, à la sensibilisation, aux interventions brèves.

D.2.3. Dans les entreprises bénéficiant d'un service de santé au travail interentreprises

Le médecin du travail devrait (18) :

- sensibiliser les employeurs (dont il est le conseiller) sur leurs responsabilités en matière d'organisation des secours, le contenu du règlement intérieur en matière de consommations en entreprise, les situations professionnelles pouvant générer un mésusage de SPA chez les salariés ;
- sensibiliser les salariés aux risques de mésusage de ces produits, aux effets sur leur santé, mais aussi sur leur sécurité professionnelle et sur celle de leurs collègues.

Les services de santé au travail interentreprises devraient :

- créer un groupe de travail permanent sur le mésusage et sur les risques santé et sécurité au travail afin d'organiser, aux niveaux tant médical que réglementaire, une veille sur ces sujets et des réunions collectives de sensibilisation des employeurs (responsabilités, management, santé et sécurité au travail, etc.) et salariés ;
- créer un réseau de partenariat avec des centres de prise en charge ambulatoires ou hospitaliers ;
- contribuer aux études épidémiologiques en vue d'améliorer les connaissances sur le lien entre mésusage de ces produits et le travail, dans l'objectif de mieux les prévenir.
- former les médecins du travail sur les SPA sans cesse en évolution, à la sensibilisation, aux interventions brèves. ■

R.26. Le médecin du travail doit participer de manière active à l'information et à la formation sur la prévention des risques susceptibles d'être générés dans l'environnement professionnel par la consommation et le mésusage de SPA de la part d'un membre de l'entreprise. Il doit aussi communiquer sur les déterminants en lien avec le travail susceptibles de favoriser ou générer une consommation de SPA. Il doit s'écarter de toute logique répressive, tout en rappelant les responsabilités de chacun des acteurs de l'entreprise dans ce domaine (accord professionnel).

A. Gérard, C. Budan, J.-P. Jeannin, J.-M. Philippe
 Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel.
 VI – Gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA

Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (4) : 375-385

Références bibliographiques

- 1 - Davis WM. Psychopharmacologic violence associated with cocaine abuse: kindling of a limbic dyscontrol syndrome? *Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 1996 ; 20 : 1273-300.
- 2 - Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives. Paris : La Documentation Française ; 2002.
- 3 - Bond AJ. Drug-induced behavioural disinhibition. Incidence, mechanism and therapeutic implications. *CNS Drugs*. 1998 ; 9 (1) : 41-57.
- 4 - Tignol J, Bourgeois M. La désinhibition et ses risques. *L'Encéphale*. 1978 ; 4 : 459-63.
- 5 - Sechter D. À propos des interrelations entre l'inhibition et l'anxiété. *L'Encéphale*. 1989 ; 15 : 487-91.
- 6 - Källmen H, Gustafson R. Alcohol and disinhibition. *Eur Addict Res*. 1998 ; 4 : 150-62.
- 7 - Gillet C, Polard E, Mauduit N, Allain H. Passage à l'acte et substances psychoactives : alcool, médicaments, drogues. *L'Encéphale*. 2001 ; XXVII : 351-9.
- 8 - Lejonc JL, Lebrin P. Conférence de consensus consacrée à l'agitation en urgence (petit enfant excepté). *J Eur Urg*. 2003 ; 16 : 137-58.
- 9 - Moritz F. Malade agité aux urgences. *EMC*. 2010 ; 25-150-A-10.
- 10 - Haut Comité de Santé Publique, Commission Permanente de Lutte contre l'Alcoolisme. Postes de travail et alcool. Livret guide pour la prévention en entreprise et l'intervention auprès des personnes en difficulté avec l'alcool. Paris : HCSP ; 1989.
- 11 - Bureau International du Travail. Recueil de directives pratiques sur la gestion du risque alcool et l'usage de drogues sur les lieux de travail. Genève : BIT ; 1995.
- 12 - Service Général de Médecine du Travail EDF-GDF. Alcool, entreprise et médecine du travail. Mémento pratique. Paris : EDF-GDF ; 1995. p. 24-6.
- 13 - Jeannin JP, Vallette JF, Harzo C. Gérer le risque alcool au travail. Lyon : Chronique Sociale ; 2003. p. 278-86.
- 14 - Jeannin JP, Vallette JF. Alcool et psychotropes au travail. Pour une démarche globale. Fiches pédagogiques 6.3 et 6.4. Lyon : Aides Alcool ; 2009.
- 15 - Entreprise et Prévention. La gestion des risques alcool en entreprise (DVD). Sous la Direction de Jeannin JP. Paris : Entreprise et Prévention ; 2007 (Généralités sur la démarche globale).
- 16 - Institut National de Recherche et de Sécurité. Alcool, drogues et travail. Des fonctions des usages, des risques (DVD). Paris : INRS ; 2008 (Focus et interviews d'addictologues).
- 17 - Budan C. Communication. Retour d'expériences d'un plan de prévention des conduites d'addiction à l'alcool et aux drogues illicites. Saint-Denis : INPES ; 2009.
- 18 - Institut National de Recherche et de Sécurité. Conduites addictives et travail. Document du médecin du travail n° 115. Paris : INRS ; 2008.
- 19 - Leduc A. Communication. Colloque "Conduites addictives et milieu de travail" ; 25 et 26 septembre 2008 ; Angers.
- 20 - Barathieu G. Communication. Congrès national de médecine et santé au travail "Conduites addictives en milieu professionnel" ; 1^{er} au 4 juin 2010 ; Toulouse.

Autres références

- Aubin C, Pélissier R, De Saintignon P, Veyret J, Conso F, Frimat P. Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail. IGAS RM2007-149P – IGAENR n° 2007-087. Paris : IGAS et IGAENR ; 2007.
- Dellacherie C. L'avenir de la médecine du travail. Avis et rapports du Conseil Économique et Social ; séance des 26 et 27 février 2008 (www.istnf.fr).
- SAMU et Urgences de France. Guide d'aide à la régulation au SAMU-Centre 15. SEFM ; 2009.

RECOMMANDATIONS

Pr Sophie Fantoni-Quinton*, Me Philippe Arbouch**, Dr Philippe Bessières***

* Praticien hospitalier, Service de médecine du travail, CHRU de Lille. Docteur en droit, EA 4487, CRDP, Université Lille 2, France

** Avocat, Chartres, France

*** Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre, Bordeaux, France

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel

VII – Aspects réglementaires et juridiques

Rôles et responsabilités des différents acteurs

Résumé

Cet article est consacré essentiellement aux rôles et aux responsabilités des acteurs de l'entreprise et de la prévention, et vient compléter les aspects réglementaires et juridiques développés dans les précédents chapitres. Y seront étudiées les responsabilités pénales et civiles de l'employeur, ainsi que son obligation de résultat concernant la santé et la sécurité des salariés, exigeant qu'il mette en œuvre des actions : évaluation des risques, document unique, mesures de prévention des conduites addictives, mesures disciplinaires, etc. Le salarié, quant à lui, a également une obligation de sécurité (mais de moyens) pour lui et pour autrui. Le droit d'alerte et de retrait sont évoqués, ainsi que les responsabilités pouvant être engagées pour le salarié, les représentants du personnel et les sauveteurs secouristes du travail. Quant aux acteurs de la prévention, la loi du 20 juillet 2011 a introduit d'importantes évolutions juridiques concernant notamment leurs missions, leur organisation en équipe pluridisciplinaire au sein des services de santé au travail (infirmier(e), assistant(e) du service de santé au travail, intervenant(e) en prévention des risques professionnels, service social du travail) qui seront analysées. Sont aussi précisées pour les médecins les conditions et modalités de dépistage, l'accès aux résultats des tests et la responsabilité disciplinaire (déontologique).

Mots-clés

Rôle – Responsabilité – Action – Aspect réglementaire – Aspect juridique.

Cet article est issu de l'Argumentaire des Recommandations pour la pratique clinique "Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel".
Société française d'alcoologie, en partenariat avec la Société française de médecine du travail.

Summary

Misuse of psychoactive drugs at workplace. VII – Regulatory and legal aspects. Roles and responsibilities of the various parties

This article is essentially devoted to the roles and responsibilities of company personnel and prevention advisers and completes the regulatory and legal aspects discussed in previous articles. This article discusses the employer's civil and penal responsibilities and the employer's obligation to ensure the health and safety of employees, requiring the implementation of certain actions: risk assessment, "unique document", addictive behaviour prevention measures, disciplinary measures, etc. The employee also has an obligation to ensure safety (equipment) for himself and for others. The rights of alert and suspension of work are discussed, together with the responsibilities that can be engaged for the employee, personnel representatives and first-aid workers. French law of 20 July 2011 introduced major legal changes to the role of prevention advisers, their organization in multidisciplinary teams in occupational health departments (nurse, occupational health department assistant, occupational risk prevention adviser, social welfare). The conditions and modalities of screening, access to test results and disciplinary responsibility (ethical) for physicians are also discussed.

Key words

Role – Responsibility – Action – Regulatory aspects – Legal aspects.

La sécurité et la santé au travail en entreprise sont l'affaire de tous. Le Code du travail reste la base essentielle pour décrire le rôle et les responsabilités de chacun des acteurs de l'entreprise, qui sont résumés ci-après. Bien que centrale, la question des tests de dépistage des

drogues n'est certainement pas la seule à soulever des problèmes de responsabilité.

Quels que soient ses déterminants, la consommation de substances psychoactives (SPA) engendre des problèmes de sécurité pour les personnes et les biens, des problèmes de performance, d'image et, surtout, de responsabilité pour l'entreprise. Une problématique qui concerne tous les acteurs du monde du travail, de l'employeur aux services de santé au travail, en passant par les équipes en santé-travail, les salariés et les représentants du personnel.

A – L'employeur

A.1. Les responsabilités de l'employeur

Sur le plan civil

Sur le plan civil, l'employeur est responsable des dommages subis par ses préposés, que ce soit de leur propre fait (accident de travail, de trajet, y compris sous l'influence de SPA) ou du fait d'autres salariés. Pour la jurisprudence, le seul fait d'être sous l'effet de SPA ne suffit pas en effet à renverser la présomption d'imputabilité de l'accident survenant au temps et au lieu de travail (par exemple, au motif que l'état d'ébriété ne rompt pas le lien de subordination : Cass. soc. 16 octobre 1997, n° 96-11214, et Cass. soc. 11 mars 2003, n° 00-21385. Idem lors de l'usage de stupéfiants : Cass. civ. 13 décembre 2007, n° 06-21754).

La loi du 9 avril 1898 a substitué à la responsabilité civile traditionnelle la responsabilité sans faute, qui entraîne une réparation automatique mais forfaitaire. Le salarié n'a pas la possibilité de recourir selon le droit commun ni d'obtenir une meilleure réparation, sauf à démontrer (notamment) la faute inexcusable de l'employeur. Une faute inexcusable aujourd'hui plus facile à démontrer pour la victime d'une lésion professionnelle car la jurisprudence a beaucoup évolué. Considérant que l'employeur a une obligation de sécurité de résultat concernant la santé et la sécurité des salariés, il y a nécessaire manquement à cette obligation – qui prend alors le caractère d'une faute inexcusable – lorsque l'employeur a ou aurait dû avoir conscience du danger sans rien faire pour y faire face.

L'employeur peut aussi être amené à devoir réparer des préjudices sans lésion professionnelle. C'est par exemple le cas avec la jurisprudence relative au tabagisme passif, qui a confirmé aux salariés la rupture de leur contrat

de travail au motif qu'ils étaient exposés aux fumées de leurs collègues sur le lieu de travail, alors qu'il existait une interdiction de fumer en entreprise. Et ce, malgré les panneaux d'affichage d'interdiction (sur le fondement de l'obligation de sécurité de résultat en matière de santé et de sécurité au travail).

On peut dès lors très bien imaginer ce que pourrait réclamer le salarié comme dommages et intérêts pour le non-respect par l'employeur de ses obligations en matière de prévention, sécurité et de santé au travail dans le domaine des SPA illicites.

Sur le plan pénal

La responsabilité de l'employeur est une responsabilité personnelle qui n'est pas assurable. En matière d'hygiène et sécurité, c'est toujours l'employeur qui est responsable en raison de ses préposés. La seule façon de s'y soustraire est la délégation de pouvoir : avoir explicitement désigné un salarié qui assumera la responsabilité pénale de l'employeur dans un domaine déterminé, par exemple l'hygiène et la sécurité, à condition qu'il ait bien les pouvoirs et les moyens d'exercer cette mission (la délégation de pouvoir se présente comme un transfert de responsabilité consacré par la jurisprudence. L'arrêt qui a posé ce principe date du début du XX^{ème} siècle – Cass. crim. 28 juin 1902).

La responsabilité pénale peut se fonder sur une infraction au Code du travail ou sur une infraction prévue par le Code pénal :

- Sur le plan du Code du travail : il n'y a pas de disposition spécifique concernant les SPA. Mais l'employeur peut voir sa responsabilité pénale engagée en cas d'infraction à la réglementation sur la santé et sur la sécurité ou pour défaut de surveillance dans l'application des règles édictées en la matière, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences, ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait, sauf délégation de pouvoir "valide" (article L.4121-1 du Code du travail).

- Sur le plan du Code pénal : l'employeur peut être mis en cause pour atteinte involontaire à la vie ou à l'intégrité physique de la personne (par exemple, homicide ou blessure involontaire). Il y a délit en cas de faute d'imprudence, de négligence, de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales, compte tenu de la nature de ses

missions ou de ses fonctions, de ses compétences, ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait (article 222-19 du Code pénal).

Concernant les infractions volontaires, il s'agit d'une part du chef d'inculpation de "non-assistance à personne en danger" (NAPD) : on peut reprocher à l'employeur de ne pas être intervenu envers un salarié quittant l'entreprise dans un état manifeste d'ébriété. L'employeur peut d'autre part être mis en cause pour mise en danger de la vie d'autrui (MDVA) : "Constitue un délit le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente, par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements" (article 223-1 du Code pénal). Cette infraction exige la violation d'une disposition précise et non un manquement au devoir général de sécurité.

Au-delà de ses responsabilités juridiques en matières civile et pénale, l'employeur a également une responsabilité économique et financière concernant la "bonne marche de son entreprise".

A.2. Les actions de l'employeur

Le droit impose une obligation de prévention, au regard de laquelle il autorise une politique de contrôle de manière conditionnelle.

A.2.1. Les actions en matière d'évaluation et de prévention des risques

La directive cadre européenne du 12 juin 1989 transcrite en droit français (loi du 31 décembre 1991) insiste sur l'obligation générale de prévention et de sécurité à la charge de l'employeur. En 2002, la Cour de cassation (Cass. soc. 28 février 2002, n° 00-10.10.051, 00-11.793, 99-18.390, 99-18.389, 99-21.255, 99-17.201, 00-13.172, assemblée plénière) a indiqué que désormais "l'employeur est tenu à une obligation de sécurité de résultat". Il ne suffit pas d'édicter des mesures, encore faut-il vérifier qu'elles soient appliquées et respectées.

Dans sa 262^{ème} session (mars-avril 1995), le conseil d'administration de l'Organisation internationale du travail (OIT) a pour sa part approuvé la publication d'un recueil de directives pratiques sur la gestion du risque alcool et l'usage de drogues sur les lieux de travail. Dans les gé-

néralités, il est précisé que "Les problèmes liés à l'alcool et aux drogues devraient être considérés comme des problèmes de santé et traités par conséquent sans aucune discrimination comme tous les autres problèmes de santé au travail...". Ces directives pratiques du BIT n'ont cependant valeur que de simples recommandations.

Dans le cadre de l'évolution de la santé au travail vers la promotion de la santé au travail, l'employeur a un rôle-clé en matière de préservation de la santé des salariés. Il a ainsi une obligation générale de sécurité issue de l'article L.4121-1 du Code du travail, la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs étant protégées par une stratégie fondée sur l'évaluation et la gestion des risques.

Le chef d'entreprise doit formaliser par écrit l'évaluation des risques sur le document unique (article R.4121-1 du Code du travail) et la mettre à jour périodiquement. Le document unique répond à une démarche d'analyse, y compris pour des situations qui n'interviennent qu'occasionnellement, voire d'urgence (circ. DRT du 18 avril 2002). Cette démarche permet aussi d'identifier des "postes à risques" (cf. avis du CCNE).

L'évaluation des risques va permettre à l'employeur de prendre des mesures nécessaires à la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs. Ces mesures comportent :

- la prévention des risques professionnels ;
- l'information et la formation des travailleurs ;
- la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. À la suite de cette évaluation et comme le stipule l'article L.4121-3 du Code du travail, l'employeur doit mettre en œuvre des actions de prévention garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs.

Concernant la prévention des risques professionnels, les mesures de prévention édictées doivent être conformes aux principes généraux de prévention des risques professionnels inscrits au Code du travail. L'employeur a le choix de la méthode d'évaluation des risques. Mais la prévention reposant sur une démarche collective, il est souhaitable que l'employeur puisse s'appuyer sur la compétence de différents acteurs internes et/ou externes à l'entreprise et bénéficier d'une approche pluridisciplinaire.

Bien que les consommations excessives de SPA ne soient pas, stricto sensu, des risques professionnels, ce sont leurs conséquences qui doivent être évaluées. Quel que soit le poste de travail occupé, l'employeur doit ainsi se préoc-

cuper des risques liés à la consommation de SPA pouvant mettre en danger la santé et la sécurité des travailleurs, et notamment être à l'origine d'accidents du travail. Il doit aussi rechercher et identifier les facteurs ou les circonstances de travail susceptibles de favoriser le développement d'un mésusage de SPA. Le travail pouvant induire ou conforter certains comportements, la politique de prévention en ce domaine ne doit pas se limiter à une vigilance portant sur les seuls postes à risques.

L'employeur a légitimité pour intervenir lorsqu'il est confronté à des pratiques de consommation de SPA chez ses salariés, lorsque celles-ci interfèrent sur la vie professionnelle. Il en a non seulement le droit, mais aussi le devoir. Attention cependant à être vigilant au respect des droits des personnes dans la mesure où il pourrait y avoir une certaine perméabilité entre vie privée et vie professionnelle. Un dernier point sur lequel la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales reconnaît, dans son article 8, le droit au respect de la vie privée et familiale : *“Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique [...] à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui”*. La directive 5.13 adoptée lors de la 267^{ème} session de l'OIT en novembre 1996 précise également que *“Les travailleurs ne peuvent pas renoncer à leurs droits relatifs à la protection de leur vie”*.

Les risques relatifs à l'usage et au mésusage des SPA en entreprise sont à prendre en compte dans le plan de prévention attaché au document unique d'évaluation des risques.

Outre un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement, l'employeur présente au moins une fois par an au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (article L.4612-16 du Code du travail). Un programme dans lequel le risque addiction pourrait être intégré.

L'obligation de sécurité de résultat exige par ailleurs la mise en œuvre d'actions d'information et de formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité d'une manière compréhensible pour chacun (article R.4141-2 du Code du travail).

Selon l'article R.4141-3-1 du Code du travail, cette information par l'employeur doit en particulier porter sur :

- les modalités d'accès au document unique d'évaluation des risques ;
- les mesures de prévention des risques identifiés dans le document unique d'évaluation des risques ;
- le rôle du service de santé au travail et, le cas échéant, des représentants du personnel en matière de prévention des risques professionnels ;
- le cas échéant, les dispositions contenues dans le règlement intérieur (obligatoire pour les entreprises comportant au moins 20 salariés).

L'utilité des mesures de prévention prescrites par l'employeur en fonction des risques à prévenir (article R.4141-1 du Code du travail) est expliquée au travailleur lors de la formation à la sécurité. Cette formation à la sécurité, ainsi que l'information sont dispensées lors de l'embauche et chaque fois que nécessaire (article R.4141-2 du Code du travail). Le médecin du travail est associé par l'employeur à l'élaboration des actions de formation à la sécurité et à la détermination du contenu de l'information (article R.4141-6 du Code du travail).

Enfin, l'article L.4121-4 du Code du travail indique que lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, l'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, prend en considération les capacités de l'intéressé à mettre en œuvre les précautions nécessaires pour la santé et la sécurité. Les risques liés aux addictions devraient faire partie de ces actions d'information/formation.

L'employeur engage sa responsabilité civile et pénale s'il néglige ses devoirs. Dans son pouvoir réglementaire de direction, il devra veiller à la protection des libertés individuelles et collectives (article L.1121-1 du Code du travail) et éviter toute discrimination (article L.1132-1 du Code du travail).

A.2.2. Les actions en matière de dépistage des conduites addictives

L'employeur étant le garant de la sécurité au travail, il a la possibilité, compte tenu de son pouvoir de direction, de sanctionner un salarié qui mettrait sa sécurité ou celle de ses collègues en danger. L'employeur ne peut cependant sanctionner un salarié que s'il a la preuve du comportement fautif (le doute profitant au salarié). Il dispose donc de moyens de preuve strictement encadrés.

Les moyens de détection : afin de remplir son obligation de sécurité, l'employeur peut procéder (ou faire procéder

par les personnes qu'il aura désignées) à la surveillance et/ou au contrôle des salariés et au dépistage des consommations, dans des conditions strictement définies. Le contrôle visuel (caméra...) peut par exemple permettre à l'employeur de surprendre son salarié en flagrant délit de consommation. Par contre, *“l'analyse des substances organiques pour déceler chez les travailleurs d'éventuels problèmes liés à l'alcool ou aux drogues soulève des questions d'ordre moral, éthiques et juridiques de grande importance qui exigent que soient déterminées les circonstances dans lesquelles il est juste et approprié d'effectuer ces analyses”* (extrait du texte *“Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanies sur le lieu de travail”*, OIT, Genève, 1996).

Le principe qui préside à chacune de ces mesures est la conciliation de la protection de la santé et de la sécurité des salariés avec le nécessaire respect des libertés individuelles et de la vie privée (article 9 du Code civil).

A.3. Les conséquences de la preuve d'une consommation de SPA

A.3.1. Les mesures conservatoires

Le degré de fiabilité des tests de dépistage implique qu'ils fassent obligatoirement l'objet d'une confirmation par une analyse médicale, toujours sous couvert du secret médical. L'employeur n'a donc pas le droit d'exiger d'un salarié ayant fait l'objet d'une analyse médicale, confirmative ou infirmative, ses résultats. Or, s'il ne détient pas la preuve que son salarié était sous l'emprise de SPA, comme dans le cas d'une alcoolémie testée par éthylomètre électronique, il ne peut à plus forte raison tirer les conséquences des résultats d'un test salivaire en termes de sanction disciplinaire. Ni, a fortiori, procéder à un licenciement pour faute. Cette situation n'interdit cependant pas à l'employeur de prendre des mesures conservatoires, donc non disciplinaires, sur la base d'un test salivaire.

En effet, en cas de danger potentiel, fondé sur l'incapacité apparente du salarié à tenir son poste de travail, l'employeur doit, sous peine de poursuites pénales, prendre des mesures conservatoires, qui diffèrent des sanctions disciplinaires. Et qui varient en fonction de la gravité de l'état du salarié concerné : le mettre en repos ; le faire raccompagner à son domicile ; contacter le SAMU, les pompiers ; saisir le médecin du travail (tenu au respect strict du secret médical) pour un avis sur l'aptitude du salarié (arrêt Cass. crim. 5 juin 2007, pourvoi n° 06-86.228).

A.3.2. Les mesures disciplinaires

Pas de sanction sans preuve. L'état d'ébriété mais aussi ses conséquences peuvent être sanctionnés (baisse de qualité, troubles du comportement...). Pouvant aller du simple avertissement au licenciement, la sanction prise par l'employeur reste sous le contrôle du juge judiciaire qui apprécie la faute *“en regard des circonstances particulières à l'espèce”*.

Si le flagrant délit d'introduction, de diffusion ou de consommation de SPA en milieu professionnel est reconnu par la Cour de cassation comme justifiant le licenciement pour faute grave, cette situation reste exceptionnelle et c'est généralement sur la base des tests de dépistage que se fonderont les mesures disciplinaires.

Au départ, il n'était pas question de pouvoir recourir à l'alcootest comme fondement à une sanction disciplinaire. Son usage ne pouvait avoir pour objet que de prévenir ou faire cesser une situation dangereuse (arrêt RNUR CE du 9 octobre 1987). Mais dans un arrêt du 22 mai 2002 (Cass. soc. 22 mai 2002, n° 99-45878), la Cour de cassation a modifié sa position, estimant que le contrôle positif d'une alcoolémie pouvait déboucher sur une sanction au regard de l'obligation contractuelle de sécurité du salarié :

- Exclusion en principe du licenciement disciplinaire pour un comportement de la vie privée. Théoriquement, les faits relevant de la vie privée n'interfèrent pas sur la vie professionnelle, sauf si le salarié exerce des *“responsabilités de nature à justifier son licenciement pour perte de confiance”* (arrêt du CE du 11 juin 1999), si cela crée un trouble caractérisé au sein de l'entreprise compte tenu de ses fonctions spécifiques ou s'il y a retrait (ou suspension) du permis de conduire alors que la conduite est essentielle dans le poste de travail (arrêt Cass. soc. 2 décembre 2003, n° 01-43.227 et arrêt Cass. soc. 19 mars 2008, n° 06-45212, arrêt Cass. soc. 1^{er} avril 2009, n° 08-42.071).
- Une trop longue tolérance de la part de l'employeur peut invalider toute sanction (arrêt CA Paris du 20 juin 1990, arrêt Cass. soc. 22 février 1995, n° 93-43331).

Si la prestation de travail n'est pas correctement exécutée, et notamment si le comportement du salarié n'est pas compatible avec sa fonction, des sanctions disciplinaires sont alors encourues. Ainsi, l'état d'ébriété ne justifie-t-il pas à lui seul le licenciement pour faute grave, dès lors qu'il apparaît comme très occasionnel (Cass. soc. 16 décembre 2009). La jurisprudence admet la sanction sévère en cas de comportement anormal, en particulier lorsque celui-ci fait courir un risque à autrui (Cass. soc. 17 mai 2005).

B – Les salariés

B.1. Les responsabilités du salarié

B.1.1. Obligations de sécurité du salarié envers lui-même et à l'égard d'autrui

Tout salarié se doit de respecter une obligation de sécurité et prendre soin de sa santé et de celle des autres personnes concernées du fait de ses actes ou omissions (article L.4122-1 du Code du travail) qui peuvent l'amener, suivant les circonstances, à devoir réagir (droit ou devoir d'alerte, porter secours éventuels, droit de retrait – articles L.4131-1 et L. 4131-2 du Code du travail). Les salariés concourent à la prévention des risques professionnels en respectant les instructions qu'ils reçoivent de leurs employeurs, notamment les consignes de sécurité et les instructions délivrées dans le règlement intérieur ou les notes de services.

Toutefois, le principe selon lequel le salarié est responsable de sa propre santé et de celle de ses collègues n'entame d'aucune manière le principe de la responsabilité de l'employeur. Ce dernier ne pourra jamais se targuer de la violation par le salarié de l'obligation de sécurité pour se libérer de sa propre responsabilité. Loin d'être dans une logique alternative, la responsabilité de l'un et de l'autre pourra être engagée, mais il y aura dans tous les cas toujours la responsabilité du chef d'entreprise, le cas échéant.

Article L.4122-1 Code du travail : *“Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité, ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail. Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir. Les dispositions du premier alinéa sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur.”*

Arrêt Cass. soc. 22 mai 2002, n° 99-45.878 : en présence d'un règlement intérieur prévoyant le recours à l'alcootest et les conditions d'une contre-expertise, s'est exposé au licenciement pour faute grave le salarié qui se trouvait

en état d'ébriété alors qu'il transportait un collègue de travail : un tel état d'ébriété est de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger, de sorte qu'il peut constituer une faute grave. En l'espèce, l'employeur avait l'obligation d'assurer la sécurité des trajets lieu de travail/domicile de ses salariés et une obligation de prévention des risques d'accidents. C'est donc à juste titre qu'il a sanctionné pour faute grave un salarié conduisant ses collègues de travail en état d'ébriété. La Cour de cassation a précisé à cette occasion qu'il fallait que, en fonction de la nature du travail confié au salarié, l'état d'ébriété soit de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger, ce qui était le cas en l'espèce.

B.1.2. Mise en jeu des responsabilités du salarié

L'article L.4122-1 du Code du travail stipule que, conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité, ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail. Susceptible d'engager sa responsabilité personnelle, cette obligation de sécurité est une obligation de moyen de la part du salarié. Un salarié ayant consommé des SPA doit donc demander à être dispensé d'activités professionnelles, lorsque cela inclut des risques ayant trait à sa sécurité ou à celles du collectif de travail, dans la mesure où il sait avoir l'obligation contractuelle de disposer de la plénitude des compétences requises pour l'exercice de son travail.

Comme tout individu, un salarié qui enfreint la loi en consommant des produits illicites engage par ailleurs sa responsabilité personnelle du fait de ce délit et des conséquences qui pourront en découler.

A contrario, face à un salarié présentant des troubles comportementaux et/ou cognitifs aigus, son entourage professionnel se sentant menacé pourrait exercer un éventuel recours au droit de retrait.

- Responsabilité civile du salarié :
 - Pour les salariés, la responsabilité civile est celle de l'employeur.
 - Ne sanctionnant pas l'abus d'alcool du salarié, le droit de la Sécurité sociale assure l'indemnisation de ce dernier en cas d'accident de travail ou de trajet sous l'empire de l'alcool. Sauf exceptions :
 - . l'interruption du trajet pour boire ;

. la faute inexcusable du salarié qui a trop bu ;
. l'exclusion de la faute inexcusable de l'employeur lorsque le salarié victime d'un accident du travail était en état alcoolique, faute exclusive et personnelle du salarié.

• Responsabilité disciplinaire du salarié :

- Le salarié est responsable de sa sécurité, de sa santé et de celles des autres, notamment de ses collègues de travail. En qualité de subordonné, le salarié doit cependant recevoir des instructions utiles et utilisables de sa hiérarchie supérieure pour satisfaire à son obligation de sécurité salariale (article L.4122-1 du Code du travail). Le non-respect de son obligation de sécurité, alors que les instructions lui avaient été données en amont, est ainsi constitutif d'une faute pouvant être sanctionnée disciplinairement.

- Arrêt Cass. soc. 11 octobre 2005, n° 03-45585 : en l'espèce, un salarié-conseiller à la sécurité qui avait pour mission de surveiller les stocks de produits dangereux de l'entreprise. Ce suivi n'étant pas réalisé de manière sérieuse, la Haute cour a considéré que *"le fait pour un salarié responsable de la sécurité de ne pas assurer le suivi du stock des produits dangereux est constitutif d'une faute justifiant son licenciement immédiat sans préavis"*.

- Le refus de se soumettre à l'alcootest vaut refus d'obéissance et reconnaissance implicite de l'état d'ébriété "avec toutes les conséquences qui en découlent".

• Responsabilité pénale du salarié :

- La responsabilité pénale du salarié peut être engagée pour infraction au Code pénal, non seulement pour détention de produits stupéfiants par exemple, mais aussi pour homicide involontaire ou pour non-assistance à personne en danger. Sa responsabilité pénale ne peut cependant être engagée pour une défaillance aux règles d'hygiène et de sécurité, même découlant d'une consommation de SPA.

- Arrêt Cass. crim. 5 juin 2007, n° 06-86228 : en l'espèce, un cadre de l'entreprise et un salarié ont été condamnés pénalement pour avoir laissé un employé en état manifeste d'ébriété quitter le lieu de travail au volant de sa voiture, ce dernier salarié étant décédé des suites d'un accident de la route survenu consécutivement.

B.2. Les actions des salariés face à des troubles comportementaux aigus : le droit d'alerte et de retrait

Responsables de leur sécurité, ainsi que de celle des personnes concernées par leurs actes ou omissions au travail, les salariés doivent immédiatement signaler à l'employeur

ou à son représentant toute situation de travail pour laquelle ils ont un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour leur vie et leur santé.

Article L.4131-1 du Code du travail, alinéa 1 : *"Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ainsi que de toute défektivité qu'il constate dans les systèmes de protection. [...]"*. La qualification d'imminence et de gravité du danger s'apprécie in concreto, et ce droit de retrait nécessite que soit utilisée préalablement ou simultanément la procédure d'alerte de l'employeur.

Ce droit d'alerte du salarié n'obéit pas à une procédure spécifique. L'alerte se fait donc par tout moyen. C'est à la fois un droit d'alerter "mais c'est aussi un devoir d'alerter", au regard de la disposition de l'article L.4122-1 du Code du travail, puisqu'il appartient au salarié de prendre les précautions nécessaires pour éviter une atteinte à sa santé et sa sécurité et à celles de ses collègues de travail.

Un texte sujet à interprétation plus ou moins large, plus ou moins stricte en raison de la formulation : qu'est-ce qu'un motif raisonnable laissant penser que la situation est dangereuse, non seulement pour le salarié lui-même, mais aussi pour celle des autres ? Au gré des cas d'espèces qui lui ont été soumis, la jurisprudence est donc venue préciser les conditions de l'alerte et les conditions dans lesquelles un danger grave et imminent était envisageable. L'ivresse d'un salarié, ou bien un salarié sous l'emprise de substances illicites pourrait ainsi très bien constituer un danger grave et imminent à l'origine de l'alerte de l'un de ses collègues, au vu de son obligation de sécurité pour lui-même et pour autrui.

En réalité, la difficulté ne se pose pas tant au stade de l'alerte qu'à celui du retrait, qui n'est que la conséquence de l'alerte effectuée par le salarié. Posé comme un principe à l'article L.4131-1, alinéa 2 du Code du travail au nom de l'impératif du respect de l'intégrité physique et morale de la personne (autrement dit en vertu du droit à la santé) – *"Il peut se retirer d'une telle situation [d'un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ainsi que de toute défektivité qu'il constate dans les systèmes de protection]"* –, l'exercice du droit de retrait du salarié reste délicat.

En effet, le droit de retrait se retrouve au point de contact d'un second impératif : un impératif contractuel, le respect du contrat de travail, avec le lien de subordination du sa-

larié à l'égard de son employeur. Ce qui a pour effet d'entraîner la soumission du premier au pouvoir de direction du second. Ces deux impératifs doivent s'articuler dans la mise en œuvre du droit de retrait du salarié.

Selon ce droit de retrait, le salarié peut se "retirer d'une situation de travail" dès lors qu'il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Un principe qui doit être lu à la lumière des "principes généraux de prévention" car il s'agit d'une déclinaison du principe de prévention. La meilleure des préventions ne consiste-t-elle pas en effet à s'écarter de la source du danger, en sortant de son périmètre ? Dans les faits, le doute reste cependant permis quant à la "dénonciation" d'un salarié, conscient d'un risque potentiel résultant de la prise de SPA illicites de l'un de ses collègues.

Instauré par la loi, ce droit au retrait n'a pas obligation à figurer dans le règlement intérieur.

C – Rôle des représentants du personnel. Droit d'alerte

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est obligatoire pour les entreprises de plus de 50 salariés. À défaut, les délégués du personnel sont investis des mêmes missions que celles dévolues aux membres du CHSCT. Celui-ci a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure (article L.4612-1 du Code du travail).

Indépendamment des consultations obligatoires prévues par les textes, le CHSCT se prononce sur toute question de sa compétence dont il est saisi par l'employeur, le comité d'entreprise et les délégués du personnel (article L.4612-13 du Code du travail).

L'article L.4131-2 du Code du travail stipule que le représentant du personnel au CHSCT, qui constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un travailleur, en alerte immédiatement l'employeur en consignnant son avis par écrit selon les modalités fixées par l'article L.4132-2 du Code du travail. L'employeur procède immédiatement à une enquête avec le représentant du CHSCT qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier.

La responsabilité des représentants du personnel pourrait-elle découler d'une négligence dans l'exercice de leurs missions ? La jurisprudence n'apporte pas pour le moment de réponse à cette interrogation.

D – Rôle du sauveteur secouriste du travail

La notion de travaux dangereux impose à l'employeur de former des sauveteurs secouristes du travail (SST). Ainsi, comme le prévoit l'article R.4224-15 du Code du travail, un membre du personnel reçoit la formation de secouriste nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence dans :

- chaque atelier où sont accomplis des travaux dangereux ;
- chaque chantier employant 20 travailleurs au moins pendant plus de 15 jours où sont réalisés des travaux dangereux.

Les travailleurs ainsi formés ne peuvent remplacer les infirmiers.

Le programme de cette formation est établi par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et publié dans une circulaire de la CNAMTS, le recyclage étant désormais de périodicité annuelle. Le SST reçoit une formation lui permettant de prendre les mesures de protection nécessaires, de réagir devant une situation d'urgence médicale selon un arbre décisionnel guidé par l'examen rapide de la victime, de pratiquer les premiers gestes de secours adaptés et de faire appel aux secours internes ou extérieurs à l'entreprise en donnant un premier bilan de la situation. Le médecin du travail est associé à la formation des secouristes (article R.4624-1 du Code du travail).

Premier maillon interne à l'entreprise dans la chaîne des secours, la présence d'un SST va permettre d'assurer les gestes de premiers secours qui lui ont été enseignés en attendant la prise en charge de la victime par le maillon des professionnels de l'urgence.

La responsabilité civile du sauveteur-secouriste du travail ne peut être engagée, sauf éventuellement en cas de faute intentionnelle de sa part (articles L.451-1 et L.452-5 du Code de la Sécurité sociale). Le secouriste peut engager sa responsabilité pénale s'il commet des actes dommageables par maladresse, imprudence, inattention ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements.

E – Les services de santé au travail

E.1. Le médecin du travail

E.1.1. Le cadre général

La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail n'a pas modifié le rôle exclusivement préventif du médecin du travail, qui consiste à éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail (article L.4622-3 du Code du travail) et à être le conseiller du salarié et de l'employeur en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail (article R.4623-1 du Code du travail). En confiant explicitement des missions aux services de santé au travail (article L.4622-2 du Code du travail), cette loi attribue également de nouvelles prérogatives au médecin du travail :

- l'animation et la coordination d'une équipe pluridisciplinaire en santé-travail ;
- l'obligation de signaler une situation à risque et de faire des préconisations.

Cette loi du 20 juillet 2011 précise en effet que ces missions sont assurées dans les services de santé au travail par une équipe pluridisciplinaire comprenant les médecins du travail. Une équipe pluridisciplinaire, animée et coordonnée par les médecins du travail, qui aura notamment pour missions de participer à des actions de santé au travail et de conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les mesures et les dispositions nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, de prévenir la consommation de d'alcool ou de drogue sur le lieu de travail... (article L.4622-8 du Code du travail). Dans les services de santé au travail d'entreprise, ces missions sont exercées par les médecins du travail qui mènent leurs actions en coordination avec les employeurs, les membres du CHSCT ou les délégués du personnel (article L.4622-4 du Code du travail).

Dans ces conditions, les médecins du travail contribuent à aider l'employeur à évaluer les risques professionnels et leurs éventuelles conséquences (y compris les risques liés aux conduites addictives), et participent et/ou accompagnent les campagnes d'information/prévention conduites par le chef d'entreprise au sein de son établissement.

L'employeur ou le président du service interentreprises prend toutes les mesures pour permettre au médecin du travail de consacrer le tiers de son temps de travail à ses missions en milieu de travail, dans le cadre des actions

mentionnées à l'article R.4624-1 du Code du travail (article R.4624-4 du Code du travail).

Pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail (ou l'équipe pluridisciplinaire dans les services de santé au travail interentreprises) établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement, sur laquelle figurent notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés y étant exposés (article D.4624-37). Cette fiche d'entreprise est transmise à l'employeur et présentée au CHSCT.

Le médecin du travail délivre personnellement l'avis d'aptitude au poste de travail pour chaque salarié. Dans ce cadre, il peut prescrire des examens complémentaires (article R.4624-25 du Code du travail) pour permettre le dépistage éventuel de SPA pouvant avoir des conséquences sur l'aptitude à certains postes de travail.

Le rôle du médecin du travail reste celui d'écouter, d'analyser, d'alerter et d'orienter l'individu, d'une manière personnelle. À ce titre, l'article L.4624-1 du Code du travail stipule que *“Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail”*.

Par ailleurs, la loi du 20 juillet 2011 a élargi le rôle de proposition du médecin du travail en cas de risque à portée collective, avec l'article L.4624-3 qui prévoit que *“Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite”* et que *“Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues, il fait connaître ses préconisations par écrit”*. Le recours à l'inspecteur du travail en cas de difficultés ou de désaccord n'est cependant pas prévu.

E.1.2. Conditions et modalités du dépistage biologique

Le test de dépistage de la consommation ou d'une imprégnation aiguë de SPA est un test biologique, pratiqué par un médecin ou un biologiste. Il permet par exemple

d'établir le taux d'alcoolémie, mais aussi de détecter la consommation récente ou non de produits stupéfiants et, grâce à la chromatographie, de déterminer les dosages de ces derniers.

Le salarié doit dans tous les cas être informé par le médecin du travail de la nature et de l'objet du test 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. Les dépistages de ces substances, relevant d'examens biologiques, ne sont donc pas utilisables par l'employeur ou sont commis lors d'états d'ivresse caractérisés : seul le médecin du travail est habilité à déterminer quelles investigations biologiques lui sont nécessaires pour se prononcer sur l'aptitude d'un salarié. Se pose aussi la question d'un examen "invasif" prescrit par le médecin du travail pour évaluer une conduite addictive (situation différente par exemple d'une orientation vers le médecin traitant pour le bilan d'un diabète).

L'accès aux résultats des tests :

- Concernant l'alcool : si l'employeur est informé des résultats des contrôles d'alcootest réalisés au sein de l'entreprise par un membre du personnel qu'il aura désigné pour cette tâche, il n'a en revanche pas accès aux résultats des tests réalisés par un médecin.

- Concernant le dépistage de substances illicites :

. Le médecin du travail doit toujours préserver le secret médical. En dehors du médecin du travail qui a prescrit le dépistage d'une consommation ou d'une imprégnation aiguë de SPA et du laboratoire qui l'a réalisé, seule la personne testée a le droit d'en connaître les résultats.

. Le médecin du travail doit se borner à faire connaître à l'employeur l'aptitude ou l'inaptitude partielle ou totale du salarié. Il ne doit en aucun cas révéler un renseignement confidentiel comme le diagnostic, la nature ou l'origine de l'inaptitude. Et ne saurait en aucun cas révéler comme telle une consommation de SPA.

E.1.3. Les différentes responsabilités du médecin du travail

• Responsabilité disciplinaire (déontologique)

Soumis aux règles de déontologie médicale, le médecin du travail doit à ce titre veiller au respect du secret professionnel et du secret médical. Le médecin du travail encourt une responsabilité disciplinaire en cas de manquement aux règles de déontologie et aux recommandations de bonnes pratiques des autorités sanitaires. Les dispositions

relatives à l'exercice salarié de la médecine sont exposées dans les articles 95 à 99 du nouveau Code de déontologie médicale (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 – articles R.4127-1 et suivants du Code de santé publique) :

- Article 95 : obligation d'indépendance de ses décisions et de son exercice médical, action dans le cadre de l'intérêt de la santé publique, des personnes et de leur sécurité (le médecin du travail ne peut pratiquer des tests de dépistage à la demande de l'employeur).

- Article 96 : conservation des dossiers médicaux sous la responsabilité des médecins du travail (pas de révélation des résultats des tests).

- Article 99 : pas de soins sauf urgence et devoir d'adresser la personne malade à son médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci (pas de prise en charge personnelle des conduites addictives sauf urgence).

Introduit par la loi du 20 juillet 2011, l'article L.4623-8 du Code du travail stipule que "dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le présent Code".

• Responsabilité civile

Le contrat de travail d'un médecin du travail l'inscrit dans un rapport de préposé à commettant (l'employeur), responsable à l'égard des tiers. Quels que soient les dommages causés par son action ou son inaction en matière de dépistage de SPA, la responsabilité civile du médecin du travail échoit à son employeur. La limite reste l'abus de fonction ou l'infraction intentionnelle (malveillance).

• Responsabilité pénale

À la différence de la responsabilité civile, cette responsabilité est purement personnelle (auteur, coauteur et complice). Il faut prouver l'infraction pénale (et non un simple aléa ou une erreur appréhendée comme un acte prudent et attentif, mais qui se révèle inapproprié, et qui, tous deux, découlent d'une décision irréprochable du médecin). Les incriminations possibles sur les questions d'addictions :

- Violation du secret médical : le médecin du travail doit, dans le cadre de ses missions, procurer des éléments de faits indispensables à l'employeur selon la nature des décisions à prendre, sans révéler les informations médicales comme le diagnostic ou le traitement du salarié (que la révélation soit directe ou non, formelle ou non). Le secret englobe également les éléments qui permettent à un tiers de l'identifier. Il faut insister sur le fait qu'il ne peut exister de secret médical partagé avec les membres de l'équipe

pluridisciplinaire qui ont aussi accès dans l'entreprise à tous les documents non nominatifs rendus obligatoires pour l'exercice de leurs missions. Ce droit d'accès s'exerce dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données (article R.4624-5 du Code du travail). Il est en outre interdit au médecin du travail ou à l'équipe pluridisciplinaire de révéler les secrets de fabrication et les procédés d'exploitation dont il pourrait prendre connaissance dans l'exercice de ses fonctions (article R.4624-9 du Code du travail). La méconnaissance de ces interdictions est punie selon l'article 226-13 du Code pénal.

- Dérogation au secret médical : la loi du 23 mars 1999 (loi Buffet) fait obligation à tout médecin qui soupçonne, non seulement lors d'une visite préalable à la délivrance d'un certificat d'aptitude au sport, mais aussi lors d'une visite médicale quelconque, que son patient se dope de transmettre l'information au médecin responsable d'une antenne médicale de lutte contre le dopage. Couverte par le secret médical, cette transmission de constatations nominatives se fait uniquement de médecin à médecin. Comme le précise l'article R.5132-114 du Code de la santé publique : *“Le médecin qui constate un cas de pharmacodépendance grave ou un abus grave d'une substance, plante, médicament ou autre produit mentionné à l'article R.5132-98, est dans l'obligation d'en faire la déclaration immédiate au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté”* (la définition de la pharmacodépendance est donnée à l'article R. 5132-97). Le Conseil national de l'Ordre des médecins a posé récemment *“des conditions à l'accès au dossier médical personnel (DMP) par le médecin du travail, en lecture et en écriture, même s'il estime que cet accès présente un intérêt indiscutable pour la santé du salarié. Le salarié doit donner un consentement exprès, renouvelé, libre et éclairé au médecin du travail. Le consentement ou l'absence de consentement du salarié ne peut, sous quelque forme que ce soit, être porté à la connaissance d'une tierce personne. Tout comportement d'un employeur visant directement ou indirectement à faire pression auprès d'un salarié pour qu'il donne accès à son DMP doit être sévèrement puni. Le législateur doit prendre toute mesure pour garantir la confidentialité absolue des données de santé à l'égard des employeurs dès lors que la consultation du DMP par le médecin du travail pourrait le conduire à en reporter des éléments dans le dossier médical de médecine du travail. Il faut également envisager que le médecin du travail puisse compléter le DMP pour que le médecin traitant du salarié ait connaissance des risques professionnels auxquels est exposé le patient qu'il prend en charge”*.

- Faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par

la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur n'a pas accompli les diligences normales compte tenu de la nature de ses missions et du pouvoir et des moyens dont il disposait. En émettant par exemple un avis d'inaptitude sans mettre en œuvre les précautions inscrites par les règlements (attention cependant : il s'agit là d'une infraction non intentionnelle pour une personne physique qui exige, en l'état actuel de la jurisprudence, un lien direct entre la faute et un éventuel dommage). D'un point de vue probatoire et en l'état actuel de la jurisprudence, il serait toutefois extrêmement difficile de poursuivre une personne physique (comme l'est le médecin du travail) sur une infraction involontaire, au regard de la loi Fauchon. Depuis sa promulgation en 2000, condamner une personne physique sur un chef d'inculpation involontaire nécessite en effet de prouver un lien direct entre le dommage subi par la victime et l'imprudence ou la négligence de la personne physique. Difficile en l'occurrence de prouver un lien direct entre l'absence d'action de prévention du médecin du travail et une lésion de la victime.

- Le médecin du travail peut être pénalement mis en cause pour non-assistance à personne en danger.

- Mise en danger délibéré d'autrui : le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence (même quand le dommage ne s'est pas réalisé in fine). Un délit qui ne pourrait s'envisager que dans le cas où le médecin du travail aurait, par exemple, laissé un salarié en état d'ébriété manifester à un poste de sécurité.

E.2. Rôle et responsabilités des services de santé au travail

La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a redéfini les compétences des acteurs de la santé au travail. Désormais, la responsabilité des services de santé au travail peut être engagée dans un cadre bien déterminé. Tout d'abord, cette loi précise que les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs. À cette fin, ils conduisent les actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel. Mais ils conseillent également les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail (article L.4622-2 du Code du travail).

La nouvelle loi distingue deux types de services de santé au travail pour l'exercice de ces missions :

- dans les services de santé au travail interentreprises (qui surveillent 95 % des travailleurs du privé), ces missions sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail qui comprend des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des infirmiers. Ces équipes pluridisciplinaires peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail (article L.4622-8 du Code du travail) ;
- dans les services de santé au travail d'entreprise, ces missions sont exercées par les médecins du travail en toute indépendance.

Les priorités d'un service de santé au travail interentreprises sont ensuite précisées dans le cadre d'un contrat pluriannuel (d'une durée maximale de cinq ans) d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre le service, d'une part, l'autorité administratives et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part. En fonction des réalités locales, ce CPOM devra respecter les missions générales prévues à l'article L.4622-2 et les orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que son volet régional (article L.4622-10). Le service de santé au travail interentreprises élabore, au sein de la commission médico-technique, un projet de service pluriannuel s'inscrivant dans le cadre du CPOM qui définit les priorités d'action du service. Ce projet de service est soumis à l'approbation du conseil d'administration.

Le service de santé au travail interentreprises est constitué sous la forme d'un organisme à but non lucratif, doté de d'une personnalité civile et d'une autonomie financière (article D.4622-15 du Code du travail).

Enfin, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, le directeur du service de santé au travail interentreprises met en œuvre les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel.

La responsabilité civile du directeur du service de santé au travail peut être engagée du fait d'actes des médecins du travail, d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ou du service social (sauf si ceux-ci ont outrepassé leurs fonctions), mais aussi du fait d'actions dommageables relevant du domaine des missions con-

fiées au service. Contrairement à la personne physique, la responsabilité pénale de la personne morale du service de santé au travail peut être engagée en cas d'infraction de l'un de ses membres. Le lien de causalité entre l'infraction (négligence dans le dépistage par exemple, etc.) et les dommages causés ne peut alors être qu'indirect.

E.3. Rôle et responsabilités du personnel infirmier

La loi du 20 juillet 2011 donne aux infirmiers une importance croissante dans la prévention des risques de santé au travail et, plus particulièrement, dans les services de santé au travail où les équipes pluridisciplinaires comportent désormais des infirmiers (article L.4622-8 du Code du travail). Les infirmiers doivent suivre une formation en santé au travail (article R.4623-29 du Code du travail). S'il ne l'a pas été auparavant, l'employeur l'y inscrit dans les 12 mois suivant son recrutement et favorise sa formation continue.

Conformément aux dispositions des articles R.4311-1 et suivants du Code de santé publique, l'infirmier exerce ses missions propres, ainsi que celles définies par le médecin du travail qui peut confier certaines activités sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits aux infirmiers. Ces responsabilités sont exercées dans la limite des compétences déterminées par les dispositions du Code de santé publique (article R.4623-14 du Code du travail).

Dans le cadre de ces protocoles, un entretien infirmier peut être mis en place. Cet entretien donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié. Selon les mêmes modalités, l'infirmier peut également effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'information collective conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui (article R.4623-31 du Code du travail). À condition qu'ils soient prescrits par le médecin du travail, l'infirmier pourra par exemple effectuer des "interventions brèves" ou réaliser des tests de dépistage de SPA.

Dans sa session du 17 juin 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est prononcé favorablement sur ces nouvelles coopérations en santé travail et concluait ainsi ses recommandations : *"Au final, cette nouvelle forme de coopération permettra de conserver un "suivi individuel médicalisé" qui, selon les retours d'expérience que nous avons, donne satisfaction à la fois aux salariés et aux employeurs ;*

mais surtout, cette coopération permettra également aux médecins de parfaire ce suivi médical dans son rôle de spécialiste et d'expertise de la santé au travail".

Responsabilité civile : en général, c'est l'employeur, en qualité de commettant, qui prendra en charge les conséquences de la faute de son infirmier, salarié, en qualité de préposé, à l'origine d'un dommage pour la personne blessée ou malade. L'employeur n'est pas susceptible d'intervenir en cas de faute volontaire. L'infirmier engage sa responsabilité pénale lorsque, involontairement par imprudence, maladresse ou inattention, il cause la mort ou des blessures à un patient. Il peut alors encourir des sanctions pour atteinte involontaire à la vie ou atteinte involontaire à l'intégrité de la personne. La responsabilité de l'infirmier peut également être engagée en cas de divulgation d'un secret professionnel.

- Dispositions particulières concernant le personnel infirmier en entreprise

Le Code du travail en fixe l'effectif de la manière suivante :

- dans les établissements industriels de 200 à 800 salariés est présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 600 salariés ;
- dans les autres établissements de 500 à 1 000 salariés est présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 1 000 salariés.
- dans les établissements industriels de moins de 200 salariés et dans les autres établissements de moins de 500 salariés, un infirmier est recruté si le médecin du travail et le comité d'entreprise en font la demande (articles R.4623-32 et R.4623-33 du Code du travail).

L'infirmier en entreprise est recruté par l'employeur après l'avis du médecin du travail. En présence d'un médecin du travail dans l'entreprise, il assure ses missions en coopération avec ce dernier. Lorsque c'est un médecin du travail d'un service de santé au travail interentreprises qui intervient dans l'entreprise, il lui apporte son concours. L'équipe pluridisciplinaire se coordonne avec lui (article R.4624-34 du Code du travail).

L'infirmier d'entreprise peut effectuer des soins auprès des salariés, s'ils sont inscrits dans un protocole validé par le médecin du travail de l'entreprise ou par le service de santé au travail interentreprises. En cas de problème après un acte infirmier, sa responsabilité peut être engagée sur demande du patient, de la famille ou de l'employeur.

En cas de soins à donner à un blessé, un malade, et en l'absence du médecin du travail, l'appel au médecin régulateur du Centre 15 est enregistré et constitue une preuve en cas de problème.

- Dispositions particulières concernant le personnel infirmier au sein des services de santé au travail interentreprises (articles R.4623-35 et R.4623-36)

L'infirmier est recruté après avis du ou des médecins du travail. Ses missions sont exclusivement préventives à l'exception des situations d'urgence. Il y a collaboration et échange d'informations, notamment avec les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) : les informations collectées par l'intervenant en prévention des risques professionnels peuvent être transmises à l'infirmier, des visites communes peuvent même être réalisées. L'infirmier ne peut communiquer des données médicales.

E.4. Rôle et responsabilités de l'assistant de service de santé au travail

L'article L.4622-8 prévoit que les équipes pluridisciplinaires de santé au travail puissent être complétées par des assistants de services de santé au travail recrutés après avis des médecins du travail.

L'assistant de service de santé au travail apporte une assistance administrative au médecin du travail et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leurs activités. Il contribue également à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de 20 salariés. Il participe à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises (article R.4623 40 du Code du travail).

En tant que membre de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail, l'assistant de services de santé au travail a accès à tous les documents non nominatifs rendus obligatoires pour les actions en milieu de travail. Ce droit d'accès s'exerce dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données (article R.4624-5 du Code du travail). Il lui est en outre interdit de révéler les secrets de fabrication et les procédés d'exploitation dont il pourrait prendre connaissance dans l'exercice de ses fonctions (article R.4624-9 du Code du travail). La méconnaissance de ces interdictions est punie conformément à l'article 226-13 du Code pénal.

Responsabilité civile : en général, c'est l'employeur, en qualité de commettant, qui prendra en charge les conséquences de la faute d'un assistant de service de santé au travail, salarié, en qualité de préposé.

E.5. Les intervenants en prévention des risques professionnels. Cadre d'action et responsabilités

La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a complètement modifié le dispositif de mise en œuvre de la pluridisciplinarité définie par l'ancien article L.4622-4 du Code du travail qui avait été créé par une précédente loi pour répondre à l'article 7 de la Directive européenne du 12 juin 1989. Un nouvel article L.4622-8 stipule que les missions des services de santé au travail interentreprises sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comportant des médecins du travail, des IPRP et des infirmiers.

Le médecin du travail anime et coordonne cette équipe pluridisciplinaire, et il peut confier certaines des activités placées sous sa responsabilité aux IPRP de l'équipe pluridisciplinaire, dans le cadre de protocoles écrits.

L'IPRP a des compétences techniques ou organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail. Il dispose du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer ses missions dans des conditions garantissant son indépendance. Il ne peut subir de discrimination en raison de ses activités de prévention. Il participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail. Dans ce cadre, il assure des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui (articles R.4623-37, R.4623-38 et R.4623-39 du Code du travail).

En tant que membre de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail, l'IPRP a accès à tous les documents non nominatifs rendus obligatoires pour les actions en milieu de travail. Ce droit d'accès s'exerce dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données (article R.4624-5 du Code du travail). Il lui est en outre interdit de révéler les secrets de fabrication et les procédés d'exploitation dont il pourrait prendre connaissance dans l'exercice de ses fonctions (article R.4624-9 du Code du travail). La méconnaissance de ces interdictions est punie conformément à l'article 226-13 du Code pénal.

Responsabilité civile : en général, c'est l'employeur, en qualité de commettant, qui prendra en charge les conséquences de la faute d'un IPRP, salarié, en qualité de préposé.

Intitulé "Aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail", un nouveau chapitre a été introduit dans le Code du travail : le chapitre IV, dont l'article L.4644-1 prévoit que l'employeur désigne, après avis du CHSCT, un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise. Ce salarié compétent peut bénéficier d'une formation en matière de santé au travail et dispose du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer ses missions dans des conditions garantissant son indépendance. Il ne peut subir de discrimination en raison de ses activités de prévention (article R.4644-1 du Code du travail).

À défaut, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, l'employeur peut faire appel, après avis du CHSCT ou, en son absence, des délégués du personnel, aux IPRP appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère ou dûment enregistrés auprès de l'autorité administrative disposant de compétences dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail. L'employeur peut aussi faire appel aux services de prévention des caisses de Sécurité sociale avec l'appui de l'INRS, à l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics et à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et son réseau. Lorsque l'employeur fait appel à un IPRP enregistré ou aux organismes de prévention cités plus haut, il informe son service de santé au travail de cette intervention, ainsi que des résultats des études menées dans ce cadre.

L'intervention de l'IPRP enregistré est subordonnée à la conclusion d'une convention entre celui-ci et l'employeur ou le président du service de santé au travail interentreprises. La convention ne peut comporter de clauses autorisant l'IPRP enregistré à réaliser des actes relevant de la compétence médicale du médecin du travail (articles R.4644-2 à R.4644-4 du Code du travail). L'IPRP enregistré a accès à tous les documents non nominatifs rendus obligatoires pour l'exercice de sa mission. Ce droit d'accès s'exerce dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données (article R.4644-5 du Code du travail). Il lui est en outre interdit de révéler les secrets de fabrication et les procédés d'exploitation dont il pourrait prendre connaissance dans l'exercice de ses fonctions

(article R.4624-9 du Code du travail). La méconnaissance de ces interdictions est punie conformément à l'article 226-13 du Code pénal.

E.6. Le service social du travail

Le nouvel article L.4622-9 du Code du travail introduit par la loi du 20 juillet 2011 stipule que les services de santé au travail comprennent un service social du travail ou coordonnent leurs actions avec celles des services sociaux prévus dans tout établissement employant 250 salariés ou plus. Lorsqu'il comprend un service social du travail, ce dernier est animé par un assistant social du travail ou par un conseiller du travail. Cette nouvelle disposition devrait favoriser le maintien dans l'emploi ou un meilleur accompagnement des salariés en difficulté, par exemple par rapport à des conduites addictives. ■

S. Fantoni-Quinton, P. Arbouch, P. Bessières
 Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel.
 VII – Aspects réglementaires et juridiques. Rôles et responsabilités
 des différents acteurs

Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (4) : 387-402

Références

- Auvergnon P. À propos du droit, des obligations et des réponses juridiques possibles. In : Actes du second forum "Drogues illicites et risques professionnels" organisé par la MILDT ; 10 novembre 2008 ; Artigues-près-Bordeaux.
- Baumrin BH. To test or not to test? Social welfare versus worker freedom. *Journal of psychoactive drugs*. 1990 ; 22 (4) : 485-7.
- Bourdais JF, Colliat E. Contrôle de l'alcoolémie et définition des postes de sécurité. Direction Générale du travail, Bureau des relations individuelles du travail. In : Actes du second forum "Drogues illicites et risques professionnels" organisé par la MILDT ; 10 novembre 2008 ; Artigues-près-Bordeaux.
- Clark HW, Johnson B. Legal issues facing physicians: substance abuse in the workplace. *Occupational Medicine*. 2002 ; 17 (1) : 119-35.
- Collard D. Le règlement intérieur. In : Actes du second forum "Drogues illicites et risques professionnels" organisé par la MILDT ; 10 novembre 2008 ; Artigues-près-Bordeaux.
- Colliat E, Massacret M, DGT, MILDT. Guide pratique "Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel". Paris : La Documentation française ; 2012.
- Collectif. L'alcool sur les lieux de travail. Guide pratique. Hérouville Saint-Clair : DRTEFP et IURPST de Basse-Normandie ; 2007.
- Comité Consultatif National d'Éthique. Dépistage des toxicomanies en entreprise. Avis n° 15 du 16 octobre 1989 pour les sciences de la vie et de la santé. Paris : CCNE ; 1989.
- Comité Consultatif National d'Éthique. Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux liés à leurs risques et à leur détection. Avis n° 114 du 5 mai 2011 pour les sciences de la vie et de la santé. Paris : CCNE ; 2011.
- Comité National d'Action pour la sécurité et l'hygiène dans la Construction. Prévention en matière d'alcool et de drogues dans la construction. Fascicule n° 124. Bruxelles : CNAC ; 2009.
- Conseil des Communautés Européennes. Directive 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. *JO*. 29 juin 1989 ; (L 183) : 0001-8.
- Conseil de l'Europe. Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, adoptée le 4 novembre 1950. Strasbourg : Conseil ; 1950.
- Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail. Prévention au travail et toxicomanie. Avis du 30 septembre 2011. Paris : COCT ; 2011.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Rapport adopté par la session du 17 juin 2011 sur les "Nouvelles coopérations en santé au travail : Recommandations du CNOM". Paris : CNOM ; 2011.
- Conseil National du Travail. Convention collective du travail n° 100 du 1^{er} avril 2009 concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise. Bruxelles : CNT ; 2009
- Crespin R. L'expérience américaine de dépistage des drogues au travail. Entretien réalisé par Kessous M. *Le Monde*. 22 septembre 2009.
- Czuba C, Fantoni S. Les responsabilités juridiques des infirmiers en santé-travail. Loos : Centre de ressources-conseil de l'ISTNF ; 2010.
- Dano C, Ernoul P, Penneau-Fontbonne D. Conduites addictives en milieu professionnel : les rôles du médecin du travail. *Concours Médical*. 2010 ; 132 (1, 15 janvier) : 26-7.
- De Montleau F. Besoins de prévention des militaires. Les risques liés à l'alcool en milieu militaire. *Médecine des Armées*. 2010 ; 38 (1) : 37-48.
- Durand E. Conduites addictives et travail. Résumé des journées de l'Institut de Médecine Agricole, Lille 6 et 7 octobre 2005. *Document pour le Médecin du Travail*. 2006 ; (106) : 203-15.
- Durand E, Gayet C, Laborde L, Van de Weerd C, Fargues E. Conduites addictives et travail. *Document pour le Médecin du Travail*. 2008 ; (99) : 339-57.
- Durand E, Gayet C. Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail. *Document pour le Médecin du Travail*. 2008 ; (115) : 301-14.
- Durand E, Cassan P, Goddet NS, Meyran D, Bielec P, Vuilleminaz C, Descatha A. Organisation des secours dans l'entreprise. *Document pour le Médecin du Travail*. 2009 ; (117) : 19-37.
- Evans A, Thornett A. Do we have the training? The ethics of workplace drug testing and the GP. *Australian Family Physician*. 2003 ; 32 (8) : 645-7.
- Fantoni-Quinton S, Kara-Peketi K, Frimat P. Alcool, addictions et travail. Quelle obligation de prévention en entreprise ? Place du dépistage. *Alcoologie et Addictologie*. 2011 ; 33 (1) : 25-31.
- Fantoni-Quinton S. Addictions et travail : aspects juridiques. Conférence des experts au 32^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail ; 7 juin 2012 ; Clermont-Ferrand.
- Frimat P, Nakache R. Conduites addictives en entreprises. *Archives des maladies professionnelles*. 2006 ; 67 (2) : 203-5.
- Gayet C. Addictions : une obligation de sécurité. *Travail et Sécurité*. 2008 ; (681) : 34-5.
- Groupe Pompidou. Documents et rapports sur les réglementations et réflexions éthiques concernant le dépistage des drogues en milieu de travail ainsi que sur la prévention de l'usage de drogues en milieu professionnel. Strasbourg : Conseil de l'Europe ; www.coe.int/pompidou/dg3/activities/.
- Howard G. Alcoholism and drug abuse. Some legal issues for employers. *British Journal of Addiction*. 1990 ; 85 : 593-603.
- Lamberg ME, Kangasperko R, Partinen R, Lillsunde P, Mukala K, Haavanlammi K. The Finnish legislation on workplace drug testing. *Forensic Science International*. 2008 ; (174) : 95-8.
- Larche-Mochel M. Les addictions : quelles pratiques pour le médecin du travail ? Réglementation, éthique et réflexion. Communication aux journées nationales de santé au travail de Lyon, juin 2006.
- Leduc A. Alcool, tabac, drogues sur les lieux de travail : état du droit social. Nantes : Publication DRTEFP des Pays-de-Loire.
- Leprince A, Guillemy N, Ferreira M, Bielec P, Vuilleminaz C, Jannière P, Julien H. Organisation des urgences dans l'entreprise. *Document pour le Médecin du Travail*. 2002 ; (89) : 5-20.
- Mereau MA, Bacle V, Fantoni S. Rôle et missions des infirmiers en santé-travail. Loos : Centre de ressources-conseil de l'ISTNF ; 2010.
- Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Paris : MILDT ; 2011.
- Ministère du Travail. Circulaire n° 90/13 du 9 juillet 1990 relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise. Paris : Ministère ; 1990.
- Ministère du Travail, MILDT. Synthèse et verbatim. Assises nationales "Drogues illicites et risques professionnels" ; 25 juin 2010 ; Paris.
- Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. État du phénomène de la drogue en Europe. Rapport 2009. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne ; 2009.
- Organisation Internationale du Travail. Directive 5.13 adoptée lors de la 267^{ème} session ; novembre 1996.
- Parquet JP. Conduites addictives et milieu professionnel. Rapport établi dans le cadre du Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Paris : MILDT ; 2006.
- Redonnet B. Consommation de drogues illicites en milieu professionnel : état des lieux des connaissances et des recherches menées en France. Note n° 2010-9 de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies à l'attention de la MILDT. Paris : OFDT ; 2010.
- République Française. Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. *JORF*. 24 juillet 2011 ; (0170) : 12677.
- République Française. Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail. *JORF*. 31 janvier 2012 ; (0026) : 1779
- République Française. Décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail. *JORF*. 31 janvier 2012 ; (0026) : 1787
- Vericel M. La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Renforcement de la protection des salariés ou renforcement de l'autorité patronale sur les services de santé au travail ? *Revue de Droit du Travail*. 16 décembre 2011 : 682.

Règlementation (à jour à la date du 13 novembre 2012)

Code du travail

- Article L1121

Nul ne peut apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives de restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché.

- Article L1322-1

Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, telle que définie à l'article 1er de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, notamment en matière de rémunération, au sens de l'article L. 3221-3, de mesures d'intéressement ou de distribution d'actions, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat en raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de son orientation ou identité sexuelle, de son âge, de sa situation de famille ou de sa grossesse, de ses caractéristiques génétiques, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation ou une race, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales ou mutualistes, de ses convictions religieuses, de son apparence physique, de son nom de famille ou en raison de son état de santé ou de son handicap.

- Article L1222-4

Aucune information concernant personnellement un salarié ne peut être collectée par un dispositif qui n'a pas été porté préalablement à sa connaissance.

- Article L.4121-1

L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ;

2° Des actions d'information et de formation ;

3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

- Article L4121-3

L'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, évalue les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement

ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail.

A la suite de cette évaluation, l'employeur met en œuvre les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il intègre ces actions et ces méthodes dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement.

Lorsque les documents prévus par les dispositions réglementaires prises pour l'application du présent article doivent faire l'objet d'une mise à jour, celle-ci peut être moins fréquente dans les entreprises de moins de onze salariés, sous réserve que soit garanti un niveau équivalent de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat après avis des organisations professionnelles concernées.

- Article L.4121-4

Lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, l'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, prend en considération les capacités de l'intéressé à mettre en oeuvre les précautions nécessaires pour la santé et la sécurité.

- Article L4122-1

Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.

Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir.

Les dispositions du premier alinéa sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur.

- Article L.4131-1

Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute déféctuosité qu'il constate dans les systèmes de protection.

Il peut se retirer d'une telle situation.

L'employeur ne peut demander au travailleur qui a fait usage de son droit de retrait de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent résultant notamment d'une déféctuosité du système de protection.

- Article L.4131-2

Le représentant du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, qui constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire

d'un travailleur, en alerte immédiatement l'employeur selon la procédure prévue au premier alinéa de l'article L. 4132-2.

- Article L4132-2

Lorsque le représentant du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail alerte l'employeur en application de l'article L. 4131-2, il consigne son avis par écrit dans des conditions déterminées par voie réglementaire.

L'employeur procède immédiatement à une enquête avec le représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier.

- Article L.4612-1

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :

1° De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure ;

2° De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;

3° De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Article L. 4612-13

Indépendamment des consultations obligatoires prévues par la présente section, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail se prononce sur toute question de sa compétence dont il est saisi par l'employeur, le comité d'entreprise et les délégués du personnel.

- Article L4612-16

Au moins une fois par an, l'employeur présente au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail :

1° Un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées au cours de l'année écoulée dans les domaines définis aux sections 1 et 2. Dans ce cadre, la question du travail de nuit est traitée spécifiquement.

2° Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût.

- Article L4622-2

Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils :

1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail,

*de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;
3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;
4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire*

- Article L4622-3

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.

- Article L.4622-4

Dans les services de santé au travail autres que ceux mentionnés à l'article L. 4622-7, les missions définies à l'article L. 4622-2 sont exercées par les médecins du travail en toute indépendance. Ils mènent leurs actions en coordination avec les employeurs, les membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou les délégués du personnel et les personnes ou organismes mentionnés à l'article L. 4644-1.

- Article L.4622-8

Les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire.

- Article L.4622-9

Les services de santé au travail comprennent un service social du travail ou coordonnent leurs actions avec celles des services sociaux du travail prévus à l'article L. 4631-1.

- Article L.4622-10

Les priorités des services de santé au travail sont précisées, dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service, d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé.

Les conventions prévues à l'article L. 422-6 du code de la sécurité sociale sont annexées à ce contrat.

La durée, les conditions de mise en œuvre et les modalités de révision des contrats d'objectifs et de moyens prévus au premier alinéa sont déterminées par décret.

- Article L.4623-8

Dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le présent code.

- Article L.4624-1

Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail.

- Article L.4624-3

I.-Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

II.-Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L. 4622-3, il fait connaître ses préconisations par écrit.

III.-Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, prévues aux I et II du présent article, sont tenues, à leur demande, à la disposition du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel, de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, du médecin inspecteur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L. 4643-1.

- Article L4644-1

I. L'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise.

Le ou les salariés ainsi désignés par l'employeur bénéficient, à leur demande, d'une formation en matière de santé au travail dans les conditions prévues aux articles L. 4614-14 à L. 4614-16.

A défaut, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, l'employeur peut faire appel, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, en son absence, des délégués du personnel, aux intervenants en prévention des risques professionnels appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère ou dûment enregistrés auprès de l'autorité administrative disposant de compétences dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.

L'employeur peut aussi faire appel aux services de prévention des caisses de sécurité sociale avec l'appui de l'Institut national de recherche et de sécurité dans le cadre des programmes de prévention mentionnés à l'article L. 422-5 du code de la sécurité sociale, à l'organisme

professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics et à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et son réseau.

Cet appel aux compétences est réalisé dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes et organismes mentionnés au présent I. Ces conditions sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

II. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

- Article R4121-1

L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3.

Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement, y compris ceux liés aux ambiances thermiques.

- Article R4121-1

L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3.

Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement, y compris ceux liés aux ambiances thermiques

- Article R4141-1

La formation à la sécurité concourt à la prévention des risques professionnels.

Elle constitue l'un des éléments du programme annuel de prévention des risques professionnels prévu au 2° de l'article L. 4612-16.

- Article R4141-2

L'employeur informe les travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité d'une manière compréhensible pour chacun. Cette information ainsi que la formation à la sécurité sont dispensées lors de l'embauche et chaque fois que nécessaire.

- Article R4141-3-1

L'employeur informe les travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité. Cette information porte sur :

1° Les modalités d'accès au document unique d'évaluation des risques, prévu à l'article R. 4121-1 ;

2° Les mesures de prévention des risques identifiés dans le document unique d'évaluation des risques ;

3° Le rôle du service de santé au travail et, le cas échéant, des représentants du personnel en matière de prévention des risques professionnels ;

4° Le cas échéant, les dispositions contenues dans le règlement intérieur, prévues aux alinéas 1° et 2° de l'article L. 1321-1 ;

5° Les consignes de sécurité incendie et instructions mentionnées à l'article R. 4227-37 ainsi que l'identité des personnes chargées de la mise en œuvre des mesures prévues à l'article R. 4227-38.

- Article R4141-4

Lors de la formation à la sécurité, l'utilité des mesures de prévention prescrites par l'employeur est expliquée au travailleur, en fonction des risques à prévenir.

- Article R4141-6

Le médecin du travail est associé par l'employeur à l'élaboration des actions de formation à la sécurité et à la détermination du contenu de l'information qui doit être dispensée en vertu de l'article R. 4141-3-1

- Article R4141-13

La formation à la sécurité relative aux conditions d'exécution du travail a pour objet d'enseigner au travailleur, à partir des risques auxquels il est exposé :

1° Les comportements et les gestes les plus sûrs en ayant recours, si possible, à des démonstrations ;

2° Les modes opératoires retenus s'ils ont une incidence sur sa sécurité ou celle des autres travailleurs ;

3° Le fonctionnement des dispositifs de protection et de secours et les motifs de leur emploi.

- Article R4141-17

La formation à la sécurité sur les dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre a pour objet de préparer le travailleur à la conduite à tenir lorsqu'une personne est victime d'un accident ou d'une intoxication sur les lieux du travail.

- Article R4143-1

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail participe à la préparation des formations à la sécurité.

- Article R4224-15

Un membre du personnel reçoit la formation de secouriste nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence dans :

1° Chaque atelier où sont accomplis des travaux dangereux ;

2° Chaque chantier employant vingt travailleurs au moins pendant plus de quinze jours où sont réalisés des travaux dangereux.

Les travailleurs ainsi formés ne peuvent remplacer les infirmiers.

- Article R.4224-16

En l'absence d'infirmiers, ou lorsque leur nombre ne permet pas d'assurer une présence permanente, l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades. Ces mesures qui sont prises en liaison notamment avec les services de secours d'urgence extérieurs à l'entreprise sont adaptées à la nature des risques.

Ces mesures sont consignées dans un document tenu à la disposition de l'inspecteur du travail.

- Article R.4228-21

Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse.

- Article R.4512-8

Les mesures prévues par le plan de prévention comportent au moins les dispositions suivantes :

- 1° La définition des phases d'activité dangereuses et des moyens de prévention spécifiques correspondants ;*
- 2° L'adaptation des matériels, installations et dispositifs à la nature des opérations à réaliser ainsi que la définition de leurs conditions d'entretien ;*
- 3° Les instructions à donner aux travailleurs ;*
- 4° L'organisation mise en place pour assurer les premiers secours en cas d'urgence et la description du dispositif mis en place à cet effet par l'entreprise utilisatrice ;*
- 5° Les conditions de la participation des travailleurs d'une entreprise aux travaux réalisés par une autre en vue d'assurer la coordination nécessaire au maintien de la sécurité et, notamment, de l'organisation du commandement.*

- Article R.4532-67

Le plan particulier de sécurité comporte de manière détaillée :

- 1° Les dispositions en matière de secours et d'évacuation, notamment :*
 - a) Les consignes de premiers secours aux victimes d'accidents et aux malades ;*
 - b) Le nombre de travailleurs du chantier formés pour donner les premiers secours en cas d'urgence ;*
 - c) Le matériel médical existant sur le chantier ;*
 - d) Les mesures prises pour évacuer, dans les moindres délais, dans un établissement hospitalier de toute victime d'accident semblant présenter des lésions graves ;*
- 2° Les mesures assurant l'hygiène des conditions de travail et celle des locaux destinés aux travailleurs. Il mentionne, pour chacune des installations prévues, leur emplacement sur le chantier et leur date de mise en service prévisible.*

- Article R4623-1

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, notamment sur :

- 1° L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;*
- 2° L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés ;*
- 3° La protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'exposition à des agents chimiques dangereux ;*
- 4° L'hygiène générale de l'établissement ;*
- 5° L'hygiène dans les services de restauration ;*
- 6° La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ;*
- 7° La construction ou les aménagements nouveaux ;*
- 8° Les modifications apportées aux équipements ;*
- 9° La mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.*

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail, avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les services de santé au travail interentreprises, et procède à des examens médicaux.

Dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire et, le cas échéant, le service social du travail se coordonnent avec le service social du travail de l'entreprise.

- Article R4623-14

Le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions, dans le cadre des missions définies à l'article R. 4623-1. Elles sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge et dans le service interentreprises dont il est salarié.

Toutefois, le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions de ce code.

- Article R4623-29

L'infirmier recruté dans un service de santé au travail est diplômé d'Etat ou a l'autorisation d'exercer sans limitation dans les conditions prévues par le code de la santé publique. Si l'infirmier n'a pas suivi une formation en santé au travail, l'employeur l'y inscrit au cours des douze mois qui suivent son recrutement et favorise sa formation continue.

- Article R4623-31

Un entretien infirmier peut être mis en place pour réaliser les activités confiées à l'infirmier par le protocole prévu à l'article R. 4623-14. Cet entretien donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié.

L'infirmier peut également, selon les mêmes modalités, effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui dans le respect des règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier déterminées en application de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.

- Article R4623-32

Dans les établissements industriels de 200 à 800 salariés, est présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 600 salariés.

Dans les autres établissements de 500 à 1 000 salariés, est présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 1 000 salariés.

- Article R4623-33

Dans les établissements industriels de moins de 200 salariés et dans les autres établissements de moins de 500 salariés, un infirmier est présent si le médecin du travail et le comité d'entreprise en font la demande.

Lorsque l'employeur conteste la demande, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail.

- Article R4623-34

En présence d'un médecin du travail dans l'entreprise, il assure ses missions en coopération avec ce dernier.

Lorsque le médecin du travail du service de santé au travail interentreprises intervient dans l'entreprise, il lui apporte son concours. L'équipe pluridisciplinaire se coordonne avec l

- Article R4623-35

L'infirmier est recruté après avis du ou des médecins du travail.

- Article R4623-36

Les missions de l'infirmier sont exclusivement préventives, à l'exception des situations d'urgence.

- Article R4623-37

L'intervenant en prévention des risques professionnels a des compétences techniques ou organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail. Il dispose du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer ses missions.

Il ne peut subir de discrimination en raison de ses activités de prévention.

Il assure ses missions dans des conditions garantissant son indépendance

- Article R4623-38

L'intervenant en prévention des risques professionnels participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail. Dans ce cadre, il assure des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui, et communique les résultats de ses études au médecin du travail.

- Article R4623-39

Lorsque le service de santé au travail ne dispose pas des compétences techniques nécessaires à son intervention, il fait appel, le cas échéant, à un intervenant en prévention des risques professionnels enregistré en application des dispositions de l'article L. 4644-1.

- Article R4623-40

Dans les services de santé au travail interentreprises, l'assistant de service de santé au travail apporte une assistance administrative au médecin du travail et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leurs activités.

Il contribue également à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés. Il participe à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises.

- Article R4624-1

Les actions sur le milieu de travail s'inscrivent dans la mission des services de santé au travail définie à l'article L. 4622-2. Elles comprennent notamment :

1° La visite des lieux de travail ;

2° L'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi ;

3° L'identification et l'analyse des risques professionnels ;

4° L'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise ;

5° La délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence ;

6° La participation aux réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;

7° La réalisation de mesures météorologiques ;

8° L'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle ;

9° Les enquêtes épidémiologiques ;

10° La formation aux risques spécifiques ;

11° L'étude de toute nouvelle technique de production ;

12° L'élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l'article L. 4141-2 et à celle des secouristes.

- Article R4624-3

Le médecin du travail a libre accès aux lieux de travail.

Il y réalise des visites soit à son initiative, soit à la demande de l'employeur ou du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel. –

- Article R4624-4 (à signaler l'existence à ce jour d'un autre article R4624-4)

Afin d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, le médecin du travail ou, dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire est informé :

1° De la nature et de la composition des produits utilisés ainsi que de leurs modalités d'emploi. L'employeur transmet notamment au médecin du travail les fiches de données de sécurité délivrées par le fournisseur de ces produits ;

2° Des résultats de toutes les mesures et analyses réalisées dans les domaines mentionnés à l'article R. 4623-1.

- Article R4624-5

Le médecin du travail ou, dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire a accès à tous les documents non nominatifs rendus obligatoires par la présente partie.

Ce droit d'accès s'exerce dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données ainsi que la protection des informations mentionnées à l'article R. 4624-9.

- Article R4624-9

Il est interdit au médecin du travail et, dans les services de santé au travail interentreprises, aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, de révéler les secrets de fabrication et les procédés d'exploitation dont il pourrait prendre connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

La méconnaissance de ces interdictions est punie conformément à l'article 226-13 du code pénal.

- Article R4624-10

Le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai par le médecin du travail.

Les salariés soumis à une surveillance médicale renforcée en application des dispositions de l'article R. 4624-18 ainsi que ceux qui exercent l'une des fonctions mentionnées à l'article L. 6511-1 du code des transports bénéficient de cet examen avant leur embauche.

- Article R4624-15

Lorsqu'une entreprise foraine est appelée à embaucher un salarié lors de son passage dans une localité éloignée d'un centre d'examen du service de santé au travail auquel elle est affiliée, l'examen d'embauche peut avoir lieu lors du prochain passage dans une localité où fonctionne un de ces centres.

Lorsque le salarié ainsi embauché est âgé de moins de dix-huit ans, il est muni d'une attestation d'aptitude à la profession exercée, remise après examen médical passé dans un service médical de main-d'œuvre. Cette attestation est conservée par l'employeur.

- Article R4624-17

Indépendamment des examens périodiques, le salarié bénéficie d'un examen par le médecin du travail à la demande de l'employeur ou à sa demande.

La demande du salarié ne peut motiver aucune sanction.

- Article R4624-20

En vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de reprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié.

- Article R4624-25

Le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires :

- 1° A la détermination de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail, notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail ;*
- 2° Au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du salarié ;*
- 3° Au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage du salarié.*

- Article R4624-26

Les examens complémentaires sont à la charge de l'employeur lorsqu'il dispose d'un service autonome de santé au travail et du service de santé au travail interentreprises dans les autres cas.

Le médecin du travail choisit l'organisme chargé de pratiquer les examens.

Ils sont réalisés dans des conditions garantissant le respect de leur anonymat.

Article R4644-1

Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 4644-1 sont désignées après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ou, à défaut, des délégués du personnel.

Elles disposent du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer leurs missions.

Elles ne peuvent subir de discrimination en raison de leurs activités de prévention.

- Article R4644-2

L'intervention de l'intervenant en prévention des risques professionnels enregistré dans les conditions prévues à la section 2 est subordonnée à la conclusion d'une convention entre celui-ci et l'employeur ou le président du service de santé au travail interentreprises.

Cette convention précise :

1° Les activités confiées à l'intervenant ainsi que les modalités de leur exercice ;

2° Les moyens mis à la disposition de l'intervenant ainsi que les règles définissant son accès aux lieux de travail et l'accomplissement de ses missions, notamment la présentation de ses propositions, dans des conditions assurant son indépendance.

- Article R4644-4

La convention mentionnée à l'article R. 4644-2 ne peut comporter de clauses autorisant l'intervenant en prévention des risques professionnels enregistré à réaliser des actes relevant de la compétence du médecin du travail

- Article R4644-5

L'intervenant en prévention des risques professionnels enregistré a accès à tous les documents non nominatifs rendus obligatoires par la présente partie.

Ce droit d'accès s'exerce dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données ainsi que la protection des informations mentionnées à l'article R. 4624-9.

- Article D4622-15

Le service de santé au travail interentreprises est constitué sous la forme d'un organisme à but non lucratif, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

Lorsqu'il comprend un service social du travail, ce dernier est animé par un assistant social du travail ou par un conseiller du travail. L'assistant social du travail est un assistant social diplômé d'Etat ayant acquis un diplôme équivalent à celui de conseiller du travail.

- Article D4624-37

Pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail ou, dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés.

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux conditions d'aptitudes physiques particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires

Art. 1er. – *Le présent arrêté fixe les conditions d'aptitude physique particulières pour l'accès aux emplois des corps de fonctionnaires visés en annexe.*

Art. 2. – *L'appréciation des conditions d'aptitude physique particulières pour l'accès aux corps de fonctionnaires visés en annexe ne peut porter que sur la capacité de chaque candidat, estimée au moment de l'admission, à exercer les fonctions auxquelles ces corps donnent accès.*

Lorsque, en application du statut particulier, une période de formation obligatoire préalable à la nomination ou la titularisation est requise, l'appréciation des conditions d'aptitude physique particulière doit avoir lieu préalablement à la période de formation.

Art. 3. – *Outre les conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics requises conformément aux dispositions de l'article 20 du décret du 14 mars 1986 susvisé, les candidats doivent remplir les conditions d'aptitude physique particulière suivantes :*

- avoir, après correction éventuelle, une acuité visuelle de quinze dixièmes pour les deux yeux avec un minimum de cinq dixièmes pour un oeil, la puissance des verres correcteurs ou lentilles ayant un maximum de trois dioptries pour atteindre cette limite de quinze dixièmes ;*
- être médicalement apte à un service actif de jour comme de nuit.*

L'examen médical comporte obligatoirement un dépistage de l'usage des produits illicites dont le résultat doit être négatif.

Pour l'affectation des agents sur des emplois comportant des risques professionnels au sens des dispositions de l'article 15-1 du décret du 28 mai 1982 susvisé, l'autorité administrative peut recueillir l'avis du médecin de prévention fondé sur les particularités du poste de travail et au regard de l'état de santé de l'agent.

Art. 4. – *Pour l'affectation dans les corps des agents de constatation des douanes (branche de la surveillance), des contrôleurs des douanes et droits indirects (branche de la surveillance), des fonctionnaires actifs des services de la police nationale visés en annexe, les candidats doivent être aptes au port et à l'usage des armes.*

Pour l'accès au corps de commandement et au corps d'encadrement et d'application du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire, le candidat doit être en mesure d'accomplir tous les gestes professionnels s'agissant du contrôle par l'oeilleton.

.....

A N N E X E

Corps des agents de constatation des douanes (branche de la surveillance).

Corps des contrôleurs des douanes et droits indirects (branche de la surveillance).

Corps d'encadrement et d'application de la police nationale.

Corps de commandement de la police nationale.

Corps de conception et de direction de la police nationale.

Corps du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire : corps d'encadrement et d'application du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire et corps de commandement du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire.

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.

Version consolidée au 7 janvier 2010

Article 2

Les fonctions de sécurité auxquelles peut être affecté le personnel sont les suivantes :

-conducteur : agent chargé de la conduite d'un engin moteur sur une voie ferrée ;

-agent d'accompagnement : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé dans un train, tant en marche que lors des arrêts, de certaines tâches concernant la sécurité, notamment l'assistance au conducteur ;

-agent formation : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé de l'application des règles relatives à la composition des trains ;

-chef de la manœuvre : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé de la commande et de l'exécution d'une manœuvre ;

-agent de desserte : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé de l'application des consignes de desserte ; sur les lignes à trafic restreint, agent du train chargé de l'application du règlement correspondant ;

-agent circulation : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé d'assurer le service de la circulation des trains ;

-chef de service : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé d'assurer sur le terrain la direction, la surveillance et, s'il y a lieu, l'exécution du service. Il peut assurer notamment la fonction d'agent formation, l'expédition des trains et, à la demande d'un agent circulation, certaines opérations relatives à la sécurité telles que la vérification de la libération d'une partie de voie ou l'immobilisation d'un appareil de voie ;

-reconnaisseur : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé des opérations de reconnaissance de l'aptitude au transport ;

-régulateur : agent chargé d'organiser et de contrôler la circulation des trains sur certaines lignes ou sections de ligne dites régulées et désignées comme telles au livret de la marche des trains, et d'exécuter ou de faire exécuter certaines opérations de sécurité ;

-aiguilleur : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé de la manœuvre de signaux ou d'appareils de voie ;

-garde : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé du cantonnement ;

-garde de passage à niveau : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé de garder les barrières d'un passage à niveau ;

-régulateur sous-stations : agent chargé à partir d'un central sous-stations de l'exploitation des installations électriques de sa zone d'action ;

-agent sécurité électrique : agent chargé dans un établissement (gare, dépôt, etc.) de l'exploitation des caténaires secondaires ;

-réalisateur : agent, quelles que soient ses autres fonctions, chargé de l'application des mesures réglementaires de sécurité incombant au service de maintenance de l'infrastructure pendant la durée des travaux ;

-agent sécurité du personnel : agent chargé de mettre en œuvre les mesures de protection du personnel vis-à-vis du risque ferroviaire ;
-annonceur, sentinelle : agent chargé de surveiller et de signaler l'approche des circulations dans les conditions prescrites par l'agent sécurité du personnel ;
-mainteneur de l'infrastructure : agent effectuant seul ou dirigeant des tâches de maintenance critiques pour la sécurité sur les installations techniques ou de sécurité de l'infrastructure, au sens du règlement de sécurité de l'exploitation ;
-mainteneur du matériel roulant : agent effectuant seul ou dirigeant des tâches de maintenance critiques pour la sécurité sur le matériel roulant au sens du règlement de sécurité de l'exploitation.
Le contenu des fonctions de sécurité est précisé dans les annexes du présent arrêté.

Article 6

Les conditions d'aptitude physique à remplir par le personnel pour exercer des fonctions de sécurité sont définies pour chacune d'elles par les annexes du présent arrêté.

Afin de s'assurer que le personnel remplit ces conditions, l'employeur fait réaliser un examen d'aptitude physique par un médecin titulaire d'un diplôme ou d'une autorisation lui permettant d'exercer la médecine du travail.

Ce médecin donne un avis sur l'aptitude physique du personnel à l'exercice des fonctions de sécurité en se référant aux annexes du présent arrêté lors des examens médicaux suivants :

- examens médicaux préalables à l'exercice de fonctions de sécurité ;*
- examens médicaux périodiques d'aptitude physique à l'exercice de fonctions de sécurité ;*
- examens médicaux de reprise de l'exercice de fonctions de sécurité.*

Article 7

Les examens médicaux préalables à l'exercice de fonctions de sécurité comprennent les examens suivants :

- un examen de médecine générale ;*
- un examen ophtalmologique ;*
- un examen audiométrique ;*
- un examen cardiologique pour un agent appelé à exercer la fonction de conducteur ;*
- un examen biologique de dépistage de substances psychoactives ;*
- et tout autre examen jugé nécessaire par le médecin visé à l'article 6.*

Tous ces examens et leurs résultats, notamment les examens biologiques de dépistage de substances psychoactives, sont soumis au secret médical. Ils doivent présenter toutes les garanties de confidentialité et de non-discrimination. En aucun cas, ils ne peuvent être effectués à l'insu de l'agent concerné qui doit être informé de la nature et des résultats des examens auxquels il est soumis par le médecin prescripteur.

Article 30

Tout agent constatant ou présumant un comportement inadapté ou une défaillance d'un agent habilité à l'exercice de fonctions de sécurité, notamment dans le cas de non-respect de procédures de sécurité, doit prendre immédiatement les mesures conservatoires relevant de sa compétence prévues par la réglementation de sécurité de l'exploitation du réseau ferré national. Il doit informer dans tous les cas et par les moyens les plus rapides le gestionnaire d'infrastructure délégué qui prend les mesures conservatoires relevant de sa compétence et informe l'employeur concerné.

Si l'employeur estime qu'un agent n'est pas en mesure d'exercer les fonctions de sécurité pour lesquelles il a été habilité, il suspend immédiatement l'exercice des fonctions de sécurité concernées. Conformément aux dispositions des articles 9 et 24, l'employeur s'assure du maintien des aptitudes physiques et professionnelles de l'agent intéressé avant toute reprise de l'exercice de fonctions de sécurité.

Chapitre VII : Dispositions relatives 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.

Article 31

Tout agent habilité à l'exercice de fonctions de sécurité ne doit, à aucun moment de son service, être sous l'emprise de substances susceptibles d'altérer la vigilance, la concentration et le comportement afin de ne pas mettre en danger sa sécurité, celle du personnel, des usagers et des tiers.

Article 32

Il est interdit à tout employeur de laisser entrer ou séjourner en état d'ivresse sur le réseau ferré national des agents habilités à l'exercice de fonctions de sécurité.

Tout agent habilité à l'exercice de fonctions de sécurité ne doit pas se trouver sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,50 gramme pour 1 000 ou par la présence dans l'air expiré d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre.

Article 33

Tout agent habilité à l'exercice de fonctions de sécurité ne doit pas se trouver sous l'emprise de substances psychoactives telles que drogues, stupéfiants ou substances thérapeutiques détournées de leur usage normal.

Article 34

En cas de traitement médical, tout agent habilité à l'exercice de fonctions de sécurité doit attirer l'attention de son médecin traitant sur le besoin de vigilance et de concentration que requiert l'exercice de ces fonctions. En outre, lors des visites médicales, il doit informer le médecin visé à l'article 6 des médicaments qui lui ont été prescrits.

Article 36

Afin de prévenir ou de faire cesser une situation dangereuse au regard de la sécurité des usagers, du personnel et des tiers, l'employeur peut demander à un agent habilité à l'exercice de fonctions de sécurité de se soumettre à un contrôle du taux d'alcoolémie dont les résultats sont communiqués à l'agent ainsi qu'au médecin visé à l'article 6 en charge de la vérification de l'aptitude physique de l'intéressé.

En cas de résultat positif ou de refus par l'agent d'un contrôle du taux d'alcoolémie, l'exercice de fonctions de sécurité par l'agent doit être suspendu conformément aux

dispositions de l'article 30. Un examen médical préalable de reprise est effectué conformément aux dispositions de l'article 9.

ARRETE DU 16 AVRIL 1986 relatif aux conditions d'aptitude physique à la profession de marin, à bord des navires de commerce, de pêche et de plaisance (J.O. du 4 mai 1986, B.O.M. GMa.2) modifié par arrêté du 27 avril 1990 (J.O. du 23 mai 1990), par arrêté du 11 janvier 1991 (J.O. du 30 janvier 1991), par arrêté du 6 juillet 2000 (J.O. du 6 décembre 2000).

Article 14 Troubles psychiques

A l'entrée dans la profession de marin, certains troubles psychiques sont incompatibles avec la navigation, notamment :

- les états psychopathiques avérés ;*
- les schizophrénies, les psychoses paranoïaques ou hallucinatoires ;*
- les psychoses maniaco-dépressives et les autres états dépressifs en cours d'évolution.*
- les états névrotiques structurés tels les névroses d'angoisse, traumatique, hystérique, phobique, obsessionnelle et hypocondriaque ; (AM du 27.4.90)*
- les personnalités pathologiques ;*
- les états d'arriération intellectuelle moyenne et profonde, les déficits intellectuels acquis.*
- les états d'assuétude toxicophiliques, y compris alcooliques. Le recours, qui ne peut être systématique, à des tests de dépistage, est justifié si les activités de l'intéressé comportent des risques pour lui-même ou pour des tiers. (AM 2000)*

Les mêmes troubles psychiques reconnus en cours de carrière feront l'objet d'une évaluation spécialisée qui tiendra compte, en particulier, des conditions de vie et de travail à bord, de l'adaptation au milieu, du genre de navigation pratiquée et des implications thérapeutiques éventuelles. Le spécialiste devra s'entourer de tous les éléments d'appréciation. A l'issue de cette évaluation, le marin pourra être autorisé à poursuivre l'exercice de sa profession.

Article 25 - Examens médicaux d'aptitude (AM 2000)

La constatation de l'aptitude médicale à la navigation selon les conditions définies au chapitre 1^{er} appartient aux médecins des gens de mer ou, à défaut, lorsqu'il n'existe pas de service de santé des gens de mer, aux médecins désignés par l'autorité maritime sur acte de candidature et après agrément du service de santé des gens de mer ; ces médecins sont associés au service dont ils appliquent les règles.

L'avis médical est prononcé à l'issue d'un examen qui sera complété en tant que de besoin par tous examens para cliniques, y compris éventuellement des tests biochimiques permettant de déceler l'usage de drogues, et par tous avis spécialisés pouvant être nécessaires à sa motivation. Le marin ou le candidat à la profession est tenu de se soumettre aux examens préconisés médicalement justifiables ; à défaut, le médecin examinateur est fondé à refuser tout avis.

A l'entrée dans la profession les candidats sont tenus de déclarer au médecin examinateur leurs antécédents médicaux et chirurgicaux, personnels et familiaux, ainsi que les traitements suivis et de fournir toutes pièces médicales qu'ils peuvent détenir pour préciser leurs déclarations. En cours de carrière les marins sont soumis à la même obligation concernant tout évènement médical survenu en cours ou hors navigation.

A chaque visite ils doivent pouvoir justifier de la validité des vaccinations obligatoires, conformément à la réglementation internationale et nationale en cours.

Pour les candidats à la profession, l'examen médical est requis :

- à l'entrée dans la profession de marin ;
- à l'entrée dans un établissement d'enseignement ou de formation maritime agréé ; dans ce cas, l'examen doit obligatoirement être passé par un médecin des gens de mer, et ce, préalablement aux concours d'admissions ou à toute inscription définitive pour les admissions sur dossier ;

Pour les marins en cours de carrière l'examen médical est, d'une manière générale, requis tous les ans, sauf dans les cas suivants qui font l'objet de mesures particulières et pour lesquels la visite est requise :

- tous les deux ans pour les marins âgés de 21 à 50 ans n'effectuant pas de travail de nuit et pratiquant la conchyliculture, la petite pêche ou exerçant des fonctions autres que celles de commandement et de veille à bord de navires de commerce armés en 4ème ou 5ème catégorie.
- tous les six mois pour les marins de moins de 18 ans inscrits au rôle d'équipage des navires qui effectuent de façon habituelle des sorties en mer de plus de 24 heures ;
- selon une périodicité spécifique pour les marins effectuant des travaux tels que prévus à l'article 1 de l'arrêté du 11 juillet 1977, fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale, en tenant compte de la spécificité du travail maritime ;
- après toute absence pour accident ou maladie susceptible de remettre en cause l'aptitude au métier de marin selon les termes du présent arrêté, et notamment après une absence :
 - pour congé de maternité ;
 - pour maladie professionnelle ;
 - d'au moins 21 jours pour maladie ou accident non professionnel ;
 - pour toute hospitalisation quelle qu'en soit la durée ;
 - répétée pour raison de santé.
- à la demande motivée de l'autorité maritime sur sollicitation de l'armateur dûment justifiée par un rapport circonstancié.

Toutefois, le médecin examinateur peut dans tous les cas, ou à l'occasion d'une surveillance médicale particulière, fixer un délai de validité différent à l'expiration duquel le marin devra être revu.

A l'issue de son examen, le médecin remet au candidat à la profession ou au marin, un certificat médical d'aptitude à la navigation maritime conforme au modèle figurant en annexe 2 du présent arrêté et mentionne ses conclusions sur le livret professionnel que les marins en activité doivent avoir en leur possession.

Le marin est tenu de signer le certificat, attestant ainsi qu'il a connaissance du résultat de sa visite et des limites éventuelles de son aptitude.

Ce modèle de certificat n'est pas utilisé pour les marins candidats à un emploi navigant à bord d'un navire immatriculé dans le territoire des terres australes et antarctiques françaises pour lesquels un modèle particulier est annexé à l'arrêté n° 22 du 10 juin 1996 portant application dans les T.A.A.F d'un certificat médical d'aptitude à la navigation maritime.

Code Civil

- Article 9

Chacun a droit au respect de sa vie privée.

Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé.

Code déontologie (médecins)

-Article 1 (article R.4127-1 du code de la santé publique)

Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article R. 4127-88.

Conformément à l'article L. 4122-1, l'ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre.

-Article 8 (article R.4127-8 du code de la santé publique)

Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

-Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique)

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

-Article 95 (article R.4127-95 du code de la santé publique)

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, 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.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

- Article 96 (article R.4127-96 du code de la santé publique)

Sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis.

- Article 97 (article R.4127-97 du code de la santé publique)

Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

- Article 99 (article R.4127-99 du code de la santé publique)

Sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci.

Code pénal

- Article 222-19

Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende.

- Article 223-1

Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

- Article 226-13

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 15000 euros d'amende.

Code de la santé publique

- Article L1110-4

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.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il 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. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour

leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

- Article L6211-1

Un examen de biologie médicale est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain.

- Article L6211-2

Un examen de biologie médicale se déroule en trois phases :

1° La phase pré-analytique, qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique sur un être humain, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon biologique jusqu'à l'endroit où il est analysé ;

2° La phase analytique, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique ;

3° La phase post-analytique, qui comprend la validation, l'interprétation contextuelle du résultat ainsi que la communication appropriée du résultat au prescripteur et, dans les conditions fixées à l'article L. 1111-2, au patient, dans un délai compatible avec l'état de l'art.

- Article R4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

- Article R5132-97

On entend par :

1° Pharmacodépendance, l'ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable, dans lesquels l'utilisation d'une ou plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire et dont les caractéristiques essentielles sont le désir obsessionnel de se procurer et de prendre la ou les substances en cause et leur recherche permanente ; l'état de dépendance peut aboutir à l'auto-administration de ces substances à des doses produisant des modifications physiques ou comportementales qui constituent des problèmes de santé publique ;

2° Abus de substance psychoactive, l'utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente, d'une ou plusieurs substances psychoactives, ayant des conséquences préjudiciables à la santé physique ou psychique ;

3° Pharmacodépendance grave ou abus grave de substance psychoactive, la pharmacodépendance ou l'abus de substance psychoactive, soit légal, soit susceptible de mettre la vie en danger ou d'entraîner une invalidité ou une incapacité, de provoquer ou de

prolonger une hospitalisation ou de se manifester par une anomalie ou une malformation congénitale.

Article R5132-98

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux substances ou plantes ayant un effet psychoactif, ainsi qu'aux médicaments ou autres produits en contenant, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac

- Article R5132-114

Le médecin, chirurgien-dentiste ou la sage-femme ayant constaté un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou autre produit mentionné à l'article R. 5132-98 en fait la déclaration immédiate au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté.

De même, le pharmacien ayant eu connaissance d'un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave de médicament, plante ou autre produit qu'il a délivré le déclare aussitôt au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté.

Tout autre professionnel de santé ou toute personne dans le cadre de son exercice professionnel ayant eu connaissance d'un tel cas peut également en informer le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté.

Code de la sécurité sociale

- Article L451-1

Sous réserve des dispositions prévues aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L. 454-1, L. 455-1, L. 455-1-1 et L. 455-2 aucune action en réparation des accidents et maladies mentionnés par le présent livre ne peut être exercée conformément au droit commun, par la victime ou ses ayants droit.

- Article L452-5

Si l'accident est dû à la faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités mentionnées par le présent livre. Elles sont admises de plein droit à intenter contre l'auteur de l'accident une action en remboursement des sommes payées par elles.

Si des réparations supplémentaires mises à la charge de l'auteur responsable de l'accident, en application du présent article, sont accordées sous forme de rentes, celles-ci doivent être constituées par le débiteur dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties à la caisse nationale de prévoyance suivant le tarif résultant du présent code.

Dans le cas prévu au présent article, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut imposer à l'employeur la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 242-7.

Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

Article 7

Services de protection et de prévention

1. Sans préjudice des obligations visées aux articles 5 et 6, l'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise et/ou de l'établissement.

2. Les travailleurs désignés ne peuvent subir de préjudice en raison de leurs activités de protection et de leurs activités de prévention des risques professionnels.

Afin de pouvoir s'acquitter des obligations résultant de la présente directive, les travailleurs désignés doivent disposer d'un temps approprié.

3. Si les compétences dans l'entreprise et/ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise et/ou à l'établissement.

4. Au cas où l'employeur fait appel à de telles compétences, les personnes ou services concernés doivent être informés par l'employeur des facteurs connus ou suspectés d'avoir des effets sur la sécurité et la santé des travailleurs, et doivent avoir accès aux informations visées à l'article 10 paragraphe 2.

5. Dans tous les cas:

- les travailleurs désignés doivent avoir les capacités nécessaires et disposer des moyens requis,

- les personnes ou services extérieurs consultés doivent avoir les aptitudes nécessaires et disposer des moyens personnels et professionnels requis,

et

- les travailleurs désignés et les personnes ou services extérieurs consultés doivent être en nombre suffisant, pour prendre en charge les activités de protection et de prévention, en tenant compte de la taille de l'entreprise et/ou de l'établissement, et/ou des risques auxquels les travailleurs sont exposés ainsi que de leur répartition dans l'ensemble de l'entreprise et/ou de l'établissement.

6. La protection et la prévention des risques pour la sécurité et la santé qui font l'objet du présent article sont assurées par un ou plusieurs travailleurs, par un seul service ou par des services distincts, qu'il(s) soit (soient) interne(s) ou externe(s) à l'entreprise et/ou à l'établissement.

Le(s) travailleur(s) et/ou le(s) service(s) doivent collaborer en tant que de besoin.

7. Les États membres peuvent définir, compte tenu de la nature des activités et de la taille de l'entreprise, les catégories d'entreprises dans lesquelles l'employeur, s'il a les capacités nécessaires, peut assumer lui-même la prise en charge prévue au paragraphe 1.

8. Les États membres définissent les capacités et aptitudes nécessaires visées au paragraphe 5.

Ils peuvent définir le nombre suffisant visé au paragraphe 5.