

Observatoire Régional de la Santé au Travail Aquitaine

RAPPORT D'ETUDE **CONDUITES ADDICTIVES : ALCOOLISME TOXICOMANIE ET** **RISQUE PROFESSIONNEL EN AQUITAINE**

Octobre 2006



Conduites addictives : alcoolisme toxicomanie et risque professionnel en Aquitaine

Observatoire Régional de la Santé au Travail Aquitaine

Société d'études et de conseil Hommes et Mutations SA @ 25, cours de Verdun 33000 Bordeaux – Tel : 05.56.52..66.91 – Fax : 05.56.51.17.60 – Mail : hommesetmutations@wanadoo.fr

SOMMAIRE

I – CONSTATS RELATIFS AUX CONDUITES ADDICTIVES ET AUX RISQUES PROFESSIONNELS	Page 3
A. Etat des lieux en chiffres	Page 3
1. France : statistiques générales	Page 11
2. Aquitaine	Page 11
3. Enquête en entreprise auprès des chauffeurs routiers dans le Nord	Page 15
B. Réalité qualitative du phénomène des addictions en Aquitaine	Page 17
1. Du point de vue des acteurs de l'entreprise	Page 17
2. Du point de vue des professionnels de la santé au travail, de la prévention et des soins	Page 33
C. Consommation de substances psycho actives et risques professionnels	Page 45
1. Approche typologique des risques en fonction des produits consommés	Page 45
2. Corrélation entre accidents et consommation de substances psycho actives	Page 47
D. Politiques de prévention des addictions hors Aquitaine	Page 52
II – RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES LIEES AUX CONDUITES ADDICTIVES ET AUX RISQUES PROFESSIONNELS EN AQUITAINE	Page 55
A. Promouvoir une approche institutionnelle partenariale de la prévention des conduites addictives en milieu professionnel par un dispositif de veille régionale	Page 55
1. Nécessité de participer à un dispositif de veille permanent des pratiques addictives en Aquitaine intégrant les partenaires sociaux du monde professionnel	Page 56
2. Créer un dispositif partenarial de veille des pratiques addictives en milieu professionnel	Page 57
B. Générer une dynamique régionale de prévention des pratiques addictives dans les entreprises d'Aquitaine	Page 58
1. Lancer un programme régional de communication pour la prévention des addictions en en milieu professionnel	Page 59
2. Elaborer un guide des bonnes pratiques	Page 60
3. Promouvoir la mobilisation des services de santé au travail en vue d'optimiser la prévention dans le domaine des conduites addictives en milieu professionnel	Page 61
4. Effectuer les actions de sensibilisation de terrain	Page 62
C. Evaluer l'impact du dispositif régional	Page 64
1. Créer des indicateurs	Page 65
2. Action expérimentale auprès d'un panel d'entreprises volontaires	Page 66
D. Communiquer	Page 67

I - CONSTATS RELATIFS AUX CONDUITES ADDICTIVES ET AUX RISQUES PROFESSIONNELS

A. ETAT DES LIEUX EN CHIFFRES

1. FRANCE : STATISTIQUES GENERALES

1.1 – Toutes substances

- Estimation du nombre de consommateurs de substances psycho-actives parmi les 12-75 ans (INPES/OFD-2005)

	Expérimentation ¹	Usage occasionnel ²	Usage régulier ³	Usage quotidien
Alcool	42,5 M	39,4 M	9,7 M	6,4 M
Médicaments psychotropes	15,1 M	8,7 M	-	-
Cannabis	12,4 M	3,9 M	1,2 M	550.000
Cocaïne	1,1 M	250.000	-	-
Ecstasy	900.000	200.000	-	-
Héroïne	360.000	-	-	-

NB : population française de 12 à 75 ans en 2005 = 46 millions.

¹ Expérimentation = au moins un usage au cours de la vie.

² Usage occasionnel = au moins un usage dans l'année.

³ Usage régulier = 3 consommations d'alcool par semaine / usage de somnifères ou tranquillisants dans la semaine / 10 consommations de cannabis dans le mois.

Ces chiffres sont des estimations, notamment à cause du caractère illégal de certaines substances, ne permettant pas un recensement fiable des consommations.

Il faut noter l'importance des **poly-consommations**⁴ (alcool + tabac, ou tabac + cannabis, ou alcool + psychotropes) qui démultiplient les effets de chaque substance prise isolément.

Sur 100 personnes consommant, quelques dizaines deviendraient dépendantes⁵.

● **Caractéristiques sociodémographiques des consultants⁶ auprès des structures alcool et toxicomanie (OFDT- 2002)**

	Structures orientation alcool	Structures orientation toxicomanie
Homme	77 %	80%
Age moyen	41 ans	28 ans
Emploi / revenu d'emploi	52 %	36 % (26 % en 1998)
Logement stable	90 %	70%
Adressé par service administratif / judiciaire	29 %	20 %

Ces chiffres montrent que **les hommes sont la grande majorité des consultants**, et qu'une part croissante des consultants dispose d'une « situation stable » : emploi et logement. L'âge des consultants « alcool » est plus élevé que celui des consultants « toxicomanes ».

Il faut rappeler que de nombreux individus dépendants parviennent à gérer leur consommation de drogues, et ne consultent jamais⁷. A ce titre, il peut être difficile de déceler les addictions en milieu professionnel.

⁴ Source : Dr B. FONTAINE, Médecin du Travail et Toxicologue à l'Association Médecine et Santé au Travail, Lille.

⁵ Source : Pr M. AURIACOMBE, séminaire d'addictologie des 26-27 avril 2006.

⁶ Consultants = patients recensés en consultation dans les centres de soin.

⁷ Source : Dr M. HAUTEFEUILLE, psychiatre, praticien hospitalier au Centre Médical Marmottan à Paris

1.2 – Alcool

On constate une diminution régulière de la consommation annuelle d'alcool chez les plus de 15 ans⁸ :

- 14,7 litres d'alcool pur par personne en 2002
- 14 litres en 2003
- 13,1 litres en 2004 (soit l'équivalent de 3 verres standard d'alcool par français et par jour).

La France est cependant l'un des premiers consommateurs européens d'alcool.

Consommation d'alcool en France chez les 18-75 ans (OFDT-2005)

	Hommes	Femmes	TOTAL FRANCE
Usage régulier	29,5 %	10 %	18,6 %
Usage quotidien	23 %	8 %	15 %
Usage problématique (DETA)⁹	15 %	5 %	10 %
1 ivresse ou plus dans l'année	22 %	7 %	15 %

Les résultats de l'enquête ESCAPAD 2005 conduite auprès des jeunes français de 17 ans montrent que :

- 18 % des garçons et 6 % des filles ont un usage régulier d'alcool (légère baisse par rapport à 2003) ;
- les ivresses régulières sont en hausse : 46 % des jeunes déclarent avoir bu au moins 5 verres d'alcool en une seule occasion au cours des 30 derniers jours (= « binge drinking » des anglo-saxons).

⁸ Source : INSEE « Tableaux de l'Economie Française », édition 2005-2006.

⁹ **DETA** = test se composant de 4 questions relatives à la consommation d'alcool pour évaluer une éventuelle alcool-dépendance de l'individu interrogé (risque de dépendance élevé à partir de 2 réponses positives).

Consommation d'alcool par sexe et âge (INPES/OFDT-2005)

Usage quotidien

	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Hommes	4 %	7 %	14 %	26 %	41 %
Femmes	1 %	1%	3 %	8 %	16 %

L'écart hommes / femmes est très significatif, surtout chez les jeunes. En dessous de 34 ans, il y a très peu de femmes qui consomment quotidiennement. Au-delà de 45 ans, l'usage quotidien chez les hommes est très élevé (les usagers à problèmes sont les plus nombreux dans cette tranche d'âge)¹⁰. Il est cependant en net recul ces dernières années (l'usage quotidien chez les hommes de 45-54 ans était de 37 % en 2002 contre 26 % en 2005).

Premix et Alcopops¹¹: pour 2005, la proportion des personnes déclarant consommer ces produits décroît fortement avec l'âge :

- 48 % des jeunes de 17 ans,
- 21 % des 18-25 ans,
- 1 % dès 55 ans.

Consommation d'alcool par catégorie socio professionnelle (OFDT-2000)¹²

	Agriculteur	Artisan	Cadre	Professions Intermédiaires	Employés	Ouvriers	Total
Usage quotidien	35,5 %	32,6 %	18,3 %	14 %	9,8 %	22,3 %	16,5 %
Usage problématique (DETA)	9,4 %	14,8 %	15,2 %	9 %	6,7 %	12,7 %	10,4 %
3 ivresses ou + dans l'an	1,2 %	4,5 %	4,2 %	5 %	3,3 %	5,5 %	4,4 %

¹⁰ Source : enquête Hommes et Mutation® auprès des Médecins du Travail .

¹¹ Premix et alcopops = boissons sucrées et alcoolisées au design attractif ciblant les populations jeunes.

¹² Source : revue TOXIBASE n°15, 3^{ème} trimestre 2004.

1.3 – Autres toxiques

La France est le troisième pays consommateur de Cannabis en Europe. Le cannabis est la substance illégale la plus disponible, et la plus expérimentée¹³.

L'expérimentation et l'usage régulier du cannabis chez les jeunes semblent avoir atteint un palier depuis 2000 après la hausse continue des années 1990¹⁴.

Expérimentation par âge et par substance (INPES/OFDI-2005)

	18-25 ans	26-44 ans	45-64 ans
Cannabis	47,6 %	38,7 %	13,6 %
Médicament psychotrope	21,8 %	33,6 %	44,9 %
Poppers¹⁵	5,6%	6,3 %	0,9 %
Ecstasy	4 %	2,8 %	0,2 %
Cocaïne	3,4 %	3,9 %	1,3 %
Solvants	2,2 %	2,6 %	0,6 %
LSD	1,4 %	1,9 %	1,3 %
Amphétamines	1 %	1,8 %	1,4 %
Héroïne	0,9 %	1,2 %	0,4 %

Entre 2000 et 2005, on remarque une hausse significative de l'usage de cocaïne et d'ecstasy, ainsi qu'une baisse de l'usage des solvants.

¹³ Expérimentation = au moins un usage au cours de la vie.

¹⁴ Source : Revue TENDANCES mai 2006, Exploitation des données du Baromètre santé 2005 OFDI/INPES.

¹⁵ Poppers = substance contenant des vaso-dilatateurs présentée comme aphrodisiaque et euphorisante.

Consommation de substances psycho actives par catégorie socio-professionnelle (OFDT 2000)¹⁶

	Agriculteur	Artisan	Cadre	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	TOTAL
Expérimentation de cannabis	7,6 %	29,3 %	34,2 %	28,2 %	20,7 %	24,9 %	25,7 %
Consommation de cannabis dans le mois	0,6 %	2,3 %	2,7 %	3,2 %	3,5 %	3,6 %	3,2 %
Expérimentation d'amphétamines	0	3 %	2,8 %	1,6 %	1,6 %	1,2 %	1,7 %
Expérimentation de cocaïne	0	2,3 %	2,9 %	1,7 %	1,7 %	2,3 %	2 %
Consommation de médicaments psycho actifs dans l'année	11,8 %	17,4 %	19,4 %	17,1 %	19,9 %	13,1 %	17,3 %

¹⁶ Source : revue TOXIBASE n°15, 3^{ème} trimestre 2004.

**Produit à l'origine de la prise en charge du toxicomane en CSST
(Rapports d'activité des CSST¹⁷, DGS/OFDT)**

	1998	2002	2003	AQUITAINE 2003
Opiacés	63 %	51 %	49 %	37,9 %
Cannabis	16 %	25 %	29,3 %	28,7 %
Cocaïne	5,1 %	6,2 %	5,3 %	5,5 %
Alcool	6 %	9 %	8,3 %	15,9 %
Autres	8 %	7 %	9 %	12 %

Effectifs 2003 dans les 195 CSST (= France entière)	Patients sous traitement de substitution (DGS/SD6B – SIAMOIS 2003)
74000 personnes, dont la moitié de nouveaux patients	BUPRENORPHINE 79 000 METHADONE 14 000

¹⁷ CSST = Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

Consommation de médicaments psychotropes (CNAMTS – 2000)

	Hypnotiques		Anxiolytiques		Antidépresseurs	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
20-29 ans	2,9 %	4,9 %	7 %	15 %	3,5 %	8 %
30-39 ans	6%	10 %	13 %	24 %	7 %	16 %
40-49 ans	8 %	14 %	16 %	30 %	8 %	20 %
50-59 ans	11 %	18 %	19 %	35 %	10 %	22 %

L'usage de médicaments psychotropes au cours de l'année 2005 est nettement plus important chez les femmes 24 %, contre 14 % chez les hommes,) et augmente avec l'âge (données INPES/OFDI – 2005).

La consommation de ces catégories de substances est assez stable sur 13 ans (1990-2003), sauf pour les **anti-dépresseurs, dont les ventes ont doublé** dans la période (de 32 à 65 millions de boîtes vendues dans l'année, selon l'AFSSAPS).

Les chiffres ne permettent pas de dissocier : les consommations prescrites par un médecin de celles des usages détournés.

2. AQUITAINE

2.1 – Alcool

Consommation d'alcool chez les 12-75 ans

	TOTAL FRANCE	TOTAL Aquitaine	Jeune aquitain (17-18 ans)
USAGE QUOTIDIEN EN % Nombre de verres	20,3 % 2,2	≈ 23 % 2,4	1,8 %
1 ivresse ou plus dans l'année	15,2 %	17,5 %	23 % (2 fois plus de garçons que de filles)

Sources :

CFES/OFDI - 2000

ESCAPAD – 2002

Selon une étude de S. LELEVE¹⁸, il convient de noter en Aquitaine :

- une consommation quotidienne et des ivresses supérieures aux moyennes françaises,
- une consommation de vin dominante (« autoconsommation »¹⁹) et une consommation d'alcools forts plus importante.

Malgré ces constats, on ne note pas en Aquitaine une surmortalité liée à l'alcool, ou un nombre de soins en cure ambulatoire supérieur à la moyenne nationale.

Chez les jeunes aquitains de 17-18 ans, le risque alcool est beaucoup plus lié aux « ivresses du week-end » qu'à une consommation régulière élevée : 1/4 de ces jeunes ont eu au moins une ivresse dans l'année. L'alcool est un facteur majeur²⁰ de risques d'accident.

¹⁸ Source : Revue Epidémiologique de Santé Publique, n°50, 2002.

¹⁹ Autoconsommation = consommation d'une boisson produite sur place (ex : vin chez des viticulteurs).

²⁰ Source : « Atlas Régional des Consommations de produits psycho actifs des jeunes français », ESCAPAD 2002/2003, OFDI.

2.2 – Jeunes et cannabis

Consommation de cannabis chez les 17-18 ans (enquête ESCAPAD/OFDT 2002-2003)

	Jeune Français	Jeune aquitain
Expérimentation	52,9 %	56 %
Usage régulier	13 %	15 %
Usage quotidien	5,5 %	6 %

A partir de la micro enquête²¹ réalisée auprès de 198 jeunes aquitains de 15 à 29 ans consommateurs réguliers ou abusifs de cannabis il apparaît que :

- la population interrogée est majoritairement masculine et l'âge moyen est de 23 ans,
- **plus de la moitié des jeunes interrogés ont une activité rémunérée, continue ou intermittente** ; 92 % ont un logement stable, et 47 % sont indépendants ; 48 % ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat et 70 % d'entre eux paraissent et s'estiment en bonne santé,
- la fréquence de consommation : 6 usagers sur 10 consomment quotidiennement ; plus de 85 % des usagers consomment plus de 10 joints / semaine ; 40 % des jeunes ne fument jamais le matin ; plus de la moitié fume toujours **le soir**, et 30 % toujours **la nuit**,
- les circonstances de consommation sont les suivantes: 9 jeunes sur 10 ont consommé à leur domicile et/ou dans un cadre festif ; cependant 7 sur 10 ont fumé dans la rue et **4 sur 10 sur leur lieu de travail** ; ¾ des jeunes reconnaissent avoir conduit, au cours des 12 derniers mois, sous l'emprise du cannabis,
- les effets négatifs ressentis sont : manque d'énergie, troubles de la mémoire, dépendance, « bad trip²² », crise d'angoisse, paranoïa et hallucinations ; pour un usager sur trois, certaines difficultés au travail ou dans les études sont liées à leur consommation de cannabis, des disputes sérieuses et le coût de leur pratique (114 € en moyenne pour le mois écoulé),

²¹ Source : Rapport TREND Bordeaux 2004, OFDT/CEID.

²² Bad trip = terminologie employée par les usagers pour décrire des symptômes assez contrastés, allant de la crise d'angoisse au syndrome délirant.

- poly-consommation : 82 % des jeunes fument 10 cigarettes par jour ; les jours de consommation de cannabis, **1/4 des jeunes ont bu 7 verres ou plus** ; 22% ont consommé d'autres substances au cours du dernier mois (ecstasy, cocaïne, amphétamines). Outre ces substances, ils sont 41 % à avoir essayé les champignons hallucinogènes ; la part des usagers ayant testé d'autres drogues augmente avec l'âge (79 % entre 25 et 29 ans).

Les résultats d'entretiens approfondis menés auprès des professionnels corroborent les constats précédents :

- la consommation en quantité importante ou en usage quotidien peut entraîner des pertes de concentration et de motivation **difficilement compatibles avec l'activité professionnelle** ; ce sont les troubles de l'attention ou de la vigilance qui sont le plus souvent incriminés par les usagers eux-mêmes dans les accidents du travail, ou encore dans leurs difficultés relationnelles avec la hiérarchie : déficit de l'activité professionnelle (« on remet les choses à faire au lendemain, on met plus de temps à faire une tâche »), renvoi, avertissement...
- bien que l'usage du cannabis soit banalisé, les professionnels et les usagers sont de plus en plus attentifs aux risques induits (risques directs relatifs à l'état psychologique de l'individu : « bad trip », crise blanche²³ ; cancer du poumon ; conséquences socioprofessionnelles ; risque routier,...) ;
- on remarque une **nette augmentation des demandes de traitement par les usagers du cannabis** : le nombre de patients pris en charge pour cette substance en CSST est passé de 24 % en 2000 à 28 % en 2002, soit 41 % des nouveaux patients.

²³ Trouble physique dû à une surconsommation, ou une primo consommation. : malaise vagal (vertiges, sueurs, vomissements).

2.3 – Autres toxiques

Consommation de produits psycho actifs chez les 17-18 ans²⁴ (Enquête ESCAPAD/OFDT 2002-2003)

	Jeune Français	Jeune aquitain
Usage de médicaments psychotropes au cours du mois	10,5 %	11 %
Expérimentation de solvants	5,1 %	5,2 %
Expérimentation de poppers ²⁵	4,6%	5 %
Expérimentation d'ecstasy	4,1 %	3,9 %
Expérimentation de champignons hallucinogènes	3,9 %	3,9 %
Expérimentation d'amphétamines	2,1 %	2,5 %
Expérimentation de cocaïne	1,9 %	2,3 %
Expérimentation de LSD	1,3 %	1,6 %
Expérimentation de crack ²⁶	0,7 %	1,3 %
Expérimentation d'héroïne	0,9 %	1 %

La consommation de médicaments psychotropes en Aquitaine est légèrement au dessus de la moyenne nationale (2 % d'usagers quotidiens contre 1.6 % en France). Les consommations de cocaïne et de crack chez les jeunes aquitains sont supérieures à la moyenne nationale.

Par ailleurs et de source différente les jeunes filles en Aquitaine consomment plus d'amphétamines et de crack que dans le reste du pays.

²⁴ Source : « Atlas Régional des consommations de produits psycho actifs des jeunes français », ESCAPAD 2002/2003, OFDT.

²⁵ Substance contenant des vaso-dilatateurs présentée comme aphrodisiaque et euphorisante.

²⁶ Crack = mélange de cocaïne et de bicarbonate donnant une poudre sèche et craquante déposée sur une cigarette.

3. - Enquête en entreprise auprès des chauffeurs routiers dans le Nord

Une étude a été conduite par le Groupe « Toxicomanie et Travail » de l'**Institut de Santé au Travail du Nord de la France**²⁷.
Les constats de départ étaient :

- le nombre des accidents impliquant des poids-lourds en France est en baisse, avec une gravité des accidents en augmentation,
- la France est le premier pays européen pour la gravité des accidents de la route, et le premier pays consommateur de cannabis.

Sur la période 2003/2004, 1000 chauffeurs routiers de la Région Nord-Pas de Calais ont été soumis à un dépistage urinaire ; tous les dépistages positifs ont été confirmés par un examen complémentaire.

Prévalence des différentes substances chez les 1000 salariés

	En %
Opiacés	4,1
Cannabis	8,6
Cocaïne	0,1
Amphétamines	0,4
Buprénorphine	2,2
Méthadone	0,5
Benzodiazépines	0,4
Ethanol	5

Les résultats de cette étude 2003-2004 ont permis de confirmer ceux d'une étude précédente (1995), qui avait mis en évidence que le nombre de consommateurs de substances modifiant la vigilance était significativement plus important chez les salariés occupant un poste de sûreté-sécurité que dans le reste de la population active. Les pourcentages de dépistages positifs aux traitements de substitution sont très élevés.

²⁷ Détails disponibles sur le site www.istnf.fr, commentaires du Docteur B. FONTAINE, Secrétaire de l'ISTNF (Institut de Santé au Travail du Nord de la France) : réseau qui regroupe universitaires et médecins du travail, proposant à ces derniers une aide, des ressources dans leurs pratiques au quotidien, ainsi que des réseaux de réflexion (dont Toxicomanies et Travail). Tous les services interentreprises de santé au travail du Nord adhèrent à l'ISTNF.

Un projet d'étude similaire auprès des caristes (profession à risques, aux missions souvent effectuées par des intérimaires peu expérimentés) n'a pu aboutir, faute de financement.

De l'entretien avec le Docteur B. FONTAINE, il *apparaît plusieurs constats essentiels* :

- **Pratiques de consommation**

- l'alcool est moins présent que les autres substances chez les salariés (moins de 10 % et 5 % chez les routiers),
- la consommation des autres produits toxiques augmente, et les poly-toxicomanies, « au gré des approvisionnements », sans que l'utilisateur marque une « fidélité » au produit,
- la cocaïne est consommée dans tous les milieux, du manoeuvre au cadre dirigeant,
- le crack n'est pas rencontré en entreprise.

- **Accidents du Travail**

40 % des accidents de travail ou de trajet seraient en lien avec un comportement addictif. Ce sujet est très mal accepté dans les milieux professionnels.

Certains services interentreprises du Nord mettent des tests de dépistage gratuits à disposition des entreprises.

B. REALITE QUALITATIVE DU PHENOMENE DES ADDICTIONS EN AQUITAINE

1. DU POINT DE VUE DES ACTEURS DE L'ENTREPRISE

Les entretiens ont été réalisés auprès de 38 entreprises d'Aquitaine de 8 à 1 200 salariés, de différents secteurs d'activité et auprès d'interlocuteurs multiples.

Au cours des entretiens semi-directifs en entreprise, le choix méthodologique du Cabinet s'est porté sur un guide d'entretien, par préférence à un questionnaire à choix multiples, moins souple. Il convient de préciser que nos interlocuteurs n'ont pas totalement renseigné les différentes questions posées. Par ailleurs, notre choix d'interroger des acteurs différents de l'entreprise (DRH, responsables de sécurité, médecins du travail, membres de CHSCT,...) a forcément marqué la vision de la problématique par des spécificités, tenant aux fonctions exercées. Ce constat est d'ailleurs un élément de richesse, qu'il convenait de mettre en évidence. Enfin, la nature même des entretiens semi-directifs a généré des spontanés et des observations complémentaires, qu'il est naturellement difficile de ramener à des tendances générales.

1.1 – Secteurs d'activité concernés

Cf tableau page suivante.

PANORAMA DES ENTRETIENS REALISES EN ENTREPRISE

Nombre d'entreprises interrogées, effectifs salariés et catégories²⁸

Départements	24	33	40	47	64	TOTAL /catégories
Secteurs d'activité						
Métallurgie		3 100 salariés 1 200 salariés 2 000 salariés	1 350 salariés	1 428 salariés	2 20 salariés 1 100 salariés	7 1 PE 1 ME 5 GE
Bâtiment et Travaux Publics	1 240 salariés	1 150 salariés			1 150 salariés	3 3 ME
Industries de transformation alimentaire	2 330 salariés 400 salariés	2 41 salariés 210 salariés	1 750 salariés			5 1 PE 1 ME 3 GE
Industries Chimiques et papetières	1 900 salariés	2 75 salariés 450 salariés	1 107 salariés		2 160 salariés 150 salariés	6 4 ME 2 GE
Hôtellerie et Restauration		2 16 salariés 45 salariés			2 8 salariés 26 salariés	4 1 TPE 3 PE
Transport et Logistique	1 120 salariés	3 28 salariés 67 salariés 2 000 salariés	1 180 salariés			5 1 PE 3 ME 1 GE
Grande Distribution		2 650 salariés 75 salariés		1 350 salariés		3 1ME 2 GE
Entreprises de services	1 300 salariés	4 24 salariés 55 salariés 80 salariés 22000 salariés				5 3 ME 2 GE
TOTAL ENTREPRISES	6	19	4	2	7	38 1 TPE 6 PE 16 ME 15 GE

²⁸ Définition de la Commission européenne dans sa recommandation du 6 mai 2003 (3002/361/CE - Journal officiel L124 du 20 mai 2003)

Micro entreprise ou **TPE** : < 10 salariés.

Petite Entreprise ou **PE** : 10 à 49 salariés.

Moyenne Entreprise ou **ME** : 50 à 249 salariés.

Grande entreprise **GE** : 250 salariés et plus.

Conduites addictives : alcoolisme toxicomanie et risque professionnel en Aquitaine

Observatoire Régional de la Santé au Travail Aquitaine

Société d'études et de conseil Hommes et Mutations SA @ 25, cours de Verdun 33000 Bordeaux – Tel : 05.56.52..66.91 – Fax : 05.56.51.17.60 – Mail : hommesetmutations@wanadoo.fr

- **Industries**

18 entreprises interrogées :

- 7 industries métallurgiques,
- 6 industries chimiques,
- 5 industries alimentaires.

Ces entreprises sont préoccupées par les questions relatives à la sécurité et donc aux conduites addictives du fait de l'utilisation de machines dangereuses, le travail de nuit pouvant favoriser ces pratiques.

Les risques inhérents aux industries chimiques dépassent souvent l'individu et son équipe de travail et peuvent concerner toute l'usine, mais aussi les riverains et l'environnement.

Dans l'industrie alimentaire, ces risques sont également élargis (risque sanitaire pour les consommateurs).

Cependant, les habitudes de consommation d'alcool prises par le passé et les réticences de certains (parmi l'encadrement ou les représentants du personnel) rendent parfois le changement des comportements difficile. Il semble pourtant que des directives claires émanant de la Direction sur ces questions engendrent des changements de comportement notoires.

- **Bâtiment et Travaux Publics**

3 entreprises interrogées dans ce secteur :

- présentent des risques élevés, lors de conduites addictives, pour la conduite d'engins, pour le travail en hauteur,
- constatent des habitudes de consommation d'alcool bien ancrées (à la pause, en fin de semaine, pots...).

Si les grosses entreprises semblent s'être donné les moyens de prévenir ces conduites addictives, les plus petites n'y sont pas parvenues.

- **Transport - Logistique**

5 entreprises ont été interrogées : les contrôles routiers auxquels sont soumis les chauffeurs sont un frein réel à la consommation d'alcool, ces derniers ne pouvant se permettre de risquer la suppression de leur permis de conduire et, par voie de conséquence, de perdre leur emploi.

Les structures de soins aux toxicomanes départementales (CEID et Béarn Toxicomanies) ont évoqué un déplacement des pratiques « alcool » vers d'autres substances, moins faciles à contrôler et faciles à se procurer pour des chauffeurs (notamment à l'international) : cannabis, cocaïne.

Cependant, ce phénomène n'est pas réellement repéré ou pris en compte par les entreprises interrogées.

- **Hôtellerie - Restauration**

10 entreprises interrogées : c'est dans ce secteur que l'écart entre les pratiques addictives annoncées et la réalité perçue par les responsables est le plus grand.

Les structures de soins évoquent de nombreuses pratiques addictives, avec substances légales ou non, et des poly-consommations, qu'elles expliquent par le rythme très soutenu du métier, la jeunesse des salariés, et le côté « festif ».

9 entreprises sur les 10 interrogées semblent ne rencontrer aucune difficulté liée à des pratiques addictives : elles déclarent se montrer « très vigilantes lors du recrutement, et strictes dans les interdictions de consommer sur le lieu de travail »...

1.2 - Interlocuteurs auditionnés

Cf tableau page suivante

PANORAMA DES ENTRETIENS REALISES EN ENTREPRISE
Par catégorie d'interlocuteurs

Interlocuteur Secteurs d'activité	Chef d'entreprise	Directeur des Ressources Humaines	Responsable sécurité	Médecin du Travail ²⁹	Infirmier(ère) du Travail	Assistante Sociale	Représentant du Personnel / CHSCT	Autre
Métallurgie	2	2	2	3	1			
Bâtiment et Travaux Publics	1	2					1	
Industries de transformation alimentaire		2		1	2		3	1 Responsable Production
Industries Chimiques et papetières		3	2	1				
Hôtellerie et Restauration	4							
Transport et Logistique		2	2	1				1 Responsable adjoint du site
Grande Distribution		1	2					
Entreprises de services	2		1	1		1		
TOTAL interlocuteurs = 47	9	12	9	7	3	1	4	2

²⁹ Il s'agit de Médecins du Travail associés aux entretiens en entreprise.

- **Chefs d'entreprise**

Selon les interlocuteurs que nous avons interrogés : 49 % des Chefs d'entreprises sont actifs sur les questions de gestion des conduites addictives, 18 % sont à l'écoute et 13 % sont dans le déni vis à vis de cette problématique (dans 20 % des cas, cette question n'a pas été renseignée).

- **Directions des Ressources Humaines**

Elles sont l'échelon le plus impliqué dans la réflexion pour initier une politique de prévention des pratiques addictives. Elles ont elles aussi des difficultés à estimer le nombre de cas.

- **Responsables Sécurité**

Ils sont conscients que l'alcool et les autres substances sont des facteurs de risques d'accident dans leur entreprise.

La prévention des addictions n'est cependant pas toujours une priorité car ils ont de nombreux autres sujets à traiter et le peu de « cas » recensés ne constitue pas pour eux une priorité. Ils seront acteurs de cette politique si elle est décidée. Tout comme le DRH, ils souhaiteraient travailler en plus étroite collaboration avec le Médecin du Travail, afin de pouvoir être prévenus des pratiques addictives de certains salariés occupant des postes à risques (PSS³⁰).

- **Médecins du Travail**

Leur approche de l'alcoolisme et des toxicomanies peut être très variable :

- 78 % participent à des politiques de prévention, 22 % précisent qu'il n'y a pas de politique de prévention dans les entreprises dont ils assurent la surveillance,
- 50 % des médecins interrogés pratiquent des dépistages alcool et/ou de substances psychoactives et 50% n'en ont jamais effectué. Parmi les médecins du travail interrogés et d'après les autres interlocuteurs en entreprises, il semblerait qu'en visite médicale annuelle la moitié des médecins du travail interroge systématiquement les salariés sur leur consommation régulière d'alcool et de tabac (25 % d'entre eux évoquent également la question du cannabis). L'autre moitié aborde cette question au cas par cas en fonction des PSS et des salariés à risques.

- **Infirmières du travail**

Elles sont très impliquées dans la politique de prévention des addictions, car elles sont en contact direct avec les personnes en difficulté et elles sont pleinement conscientes des risques encourus pour l'individu, comme pour son entourage, Elles souhaitent des consignes claires, et applicables à tous. Elles sont un atout très précieux en matière de formation sur le terrain de l'encadrement de proximité, d'écoute et de suivi individuel.

³⁰ PSS = Poste de Sûreté Sécurité.

- **Assistante sociale d'entreprise**

Elle a un rôle proche des salariés, à l'instar des infirmières du travail, mais, contrairement à celles-ci, l'absence de formation médicale ne lui permet pas d'animer des formations en sécurité, abordant le problème des addictions.

- **Représentants du personnel**³¹

Les attitudes des représentants du personnel sont très contrastées :

- si tous souhaitent que les accidents soient évités, 18 % d'entre eux ne souhaitent pas s'impliquer dans une politique de prévention sur les conduites addictives « afin de préserver les libertés individuelles de chacun »,
- 38 % des représentants du personnel sont convaincus et actifs dans la politique de prévention des conduites addictives.

1.3 - Analyse et tendances

- **Etat des lieux des conduites addictives en entreprise**

- 92 % de nos interlocuteurs pensent que l'alcoolisme et les toxicomanies sont un problème important dans les entreprises,
- 8 % ne le considèrent pas comme un problème majeur.

Par ailleurs, pour les interlocuteurs qui ont exercé leur activité professionnelle hors région Aquitaine, ceux-ci estiment que ce phénomène est d'une moins grande ampleur en Aquitaine que dans le Nord (« les problèmes étaient quotidiens »), la Champagne (« 5 litres consommés chaque jour par les individus en difficulté contre 1 litre en Aquitaine ») ou la Normandie (« la culture de l'alcoolisation y est plus forte »). De plus, 20 % des personnes interrogées ont remarqué une nette diminution de la consommation d'alcool ces dernières années, par rapport à 10-15 ans auparavant, alors que 15 % d'entre-elles n'ont pas noté de progrès récents.

³¹ Délégués syndicaux et membres de CHSCT.

→ **L'alcool**

Parmi les entreprises rencontrées, la consommation d'alcool ne fait pas l'objet d'une interdiction absolue (sauf pour deux d'entre-elles).

Ainsi, les « pots » sont encore très pratiqués :

- 10 % des entreprises rencontrées s'efforcent de « les faire à l'extérieur du site et après l'activité professionnelle »,
- 20 % mettent en place des « pots sans alcool », ou des « petits-déjeuners »,
- 5 % ont mis en place une procédure de demande écrite à la Direction, qui limiterait les sollicitations,
- dans 59 % des entreprises interrogées, les « pots » sont plus occasionnels qu'auparavant et on propose systématiquement des boissons sans alcool à côté des boissons alcoolisées, moins fortes généralement et dont les quantités sont plus contrôlées. Toutefois, un Directeur des Ressources Humaines pense qu'il sera difficile de mettre en place une politique de prévention des addictions, citant les propos d'un représentant du Comité d'Etablissement, à qui il confiait son intention de diminuer les « pots » : « pas touche au sang du Christ »,
- des « pots » non officiels ont été évoqués par 10 % des interlocuteurs, qui ont précisé que, dans ce contexte, il était impossible d'évaluer leur fréquence et les quantités d'alcool consommées.

La consommation de vin et de bière est encore autorisée à la cantine ou en salle repas (43 % des entreprises interrogées), elle est interdite expressément dans 28 % des entreprises, 29 % des entreprises n'ont pas renseigné cette question. Dans une région productrice de vins, des reventes d'alcool aux salariés à prix préférentiel ont lieu ponctuellement dans 25 % des entreprises, 15 % des entreprises offrent des cadeaux « en liquide » à l'occasion des fêtes, mais ces pratiques tendent à diminuer dans le panel des entreprises interrogées ; certaines entreprises les interdisent expressément.

Le nombre de personnes en difficulté avec l'alcool, qui a été évoqué par nos interlocuteurs, est très variable :

Salariés en difficulté avec l'alcool	Part correspondante des entreprises interrogées
0	5 %
< 3 %	23 %
3-5 %	38 %
5-10 %	5 %
10 %	10 %
20 %	2 %
Non renseigné	17 %

Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence car ils peuvent résulter d'une sous-information, ou d'une sous-estimation, la notion de « difficulté avec l'alcool » étant subjective.

Conduites addictives : alcoolisme toxicomanie et risque professionnel en Aquitaine

Observatoire Régional de la Santé au Travail Aquitaine

Société d'études et de conseil Hommes et Mutations SA @ 25, cours de Verdun 33000 Bordeaux – Tel : 05.56.52.66.91 – Fax : 05.56.51.17.60 – Mail : hommesetmutations@wanadoo.fr

« Tous les postes de travail sont concernés, quel que soit l'échelon de responsabilité dans l'entreprise ».

L'âge des salariés en difficulté avec l'alcool se situe autour 40-45 ans (cité 4 fois).

Les signaux d'alerte, le plus souvent décrits, sont (plusieurs réponses possibles) :

- pour 38 % : l'haleine chargée et les signes de dégradation physique,
- pour 38 % : le changement de comportement professionnel (dont l'absentéisme),
- pour 30 % : le changement de personnalité (agressivité, citée par 18 %) ou l'apathie.

L'alerte est donnée par l'entourage du salarié, après une longue période où « l'équipe a fait bloc pour cacher ce comportement », où « l'encadrement fermé les yeux tant que cela était supportable » et qu'ainsi le déni semblait préférable. Le déni de la hiérarchie ou du collectif est cité 3 fois, il concerne parfois aussi le salarié (cité 5 fois), « malgré plusieurs alcootests positifs », pour 1 interlocuteur.

→ Les substances illégales

13 % de nos interlocuteurs sont préoccupés par la montée en puissance des consommations de cannabis, notamment lorsqu'ils sont employeurs de jeunes salariés (évoqué 4 fois), ou d'intérimaires (évoqué 5 fois). Nos interlocuteurs soulignent que les jeunes parlent plus facilement du cannabis que leurs aînés de l'alcool (cité 3 fois).

Pour 7 % des personnes interrogées, le problème du cannabis est plus important que celui de l'alcool.

Salariés en difficulté avec le cannabis	Part correspondante des entreprises interrogées
0	2 %
« Pas rencontré de cas »	33 %
« il y a des cas, mais je ne peux l'évaluer »	15 %
« quelque cas lourds »	21 %
« un salarié sur cinq en difficulté »	2 %
Non renseigné	27 %

Les pratiques de consommation de substances illégales (dont le cannabis) seraient moins répandues que celles de l'alcool (confirmation par les Médecins du Travail) et surtout moins repérées. La notion d'illégalité rend le sujet plus « tabou » que pour l'alcool. Le chef d'entreprise envisage difficilement que ces substances puissent circuler dans son entreprise (l'un d'eux, dirigeant une entreprise de 100 personnes, « peut nous jurer que personne ne consomme du cannabis »).

Les interlocuteurs ont reconnu être davantage désemparés avec les substances illégales qu'avec l'alcool, car les signes d'addiction sont moins évidents. C'est pourquoi au cours des entretiens, si la question de la consommation des substances illégales est toujours évoquée par l'enquêteur, l'entretien se poursuit le plus souvent autour de l'alcool seul. Les contrôles de ces substances ne sont jamais envisagés : le terme « dépistage » est assimilé pour tous à « éthylotest ».

→ **Les médicaments**

Le phénomène de consommation de médicaments détournés de leur usage semble encore plus sous-estimé. Il n'est évoqué que par 15 % de nos interlocuteurs.

Rares sont les interlocuteurs qui ont évoqué parmi leurs salariés l'usage de coupe-faims (5 %), d'anti-dépresseurs (10 %), ou de somnifères (5 %, pour des chauffeurs, et des salariés dans une organisation en 3X8).

● **Causes de ces conduites addictives**

Elles sont multiples, et peuvent être interdépendantes. Plusieurs réponses sont possibles pour le même interlocuteur.

Cause	Part des interlocuteurs ayant cité cette cause
Psychisme de l'individu	25 %
Antécédents familiaux	10 %
Habitude	8 %
Raison « culturelle »	13 %
Problème familial ou économique	36 %
Climat social difficile	5 %
Stress au travail (*)	23 %

(*) cité par 1 chef d'entreprise, 4 DRH, 2 Médecins du travail, 2 responsables de sécurité

Les habitudes de consommation en groupe sont les suivantes :

- « rituel alcool dans certaines équipes »,
- « ivresses du week-end ».

Les causes de consommation de cannabis sont différentes :

- elles sont plus liées à un « phénomène de mode », « phénomène de jeunesse »,
- un « effet de groupe » (pouvant entraîner une certaine marginalisation),
- la « trop grande tolérance de l'entreprise » (citée par deux interlocuteurs).

- **Conséquences sur les accidents du travail et les accidents de trajet**

→ **Les accidents et les conduites addictives**

56 % des interlocuteurs n'ont pu établir de lien entre accident et prise de substances psycho-actives.

26 % ont suspectés des cas pouvant être reliés à une conduite addictive : un « jeu » qui a mal tourné, un malaise, 3 chutes de hauteur, 3 accidents de la route, 2 accidents impliquant un cariste.

Des suspicions rapportées par nos interlocuteurs existent dans les cas suivants :

- chutes inexplicables de salariés, collisions de poteaux espacés de 6 mètres par des chariots élévateurs,
- bagarres intempestives entre salariés.

L'étude de l'accident pratiquée par le service sécurité des entreprises, repose sur « l'arbre des causes », qui s'attache à mettre en évidence tous les facteurs matériels et objectifs en relation avec l'accident.

La question du comportement humain « sous influence » de l'alcool ou d'une autre substance psychoactive est-elle abordée ?

- 2 interlocuteurs déclarent évoquer cette circonstance particulière systématiquement,
- 6 interlocuteurs ne l'évoquent jamais « parfois on apprend plus tard que le salarié n'était pas dans son état normal »,
- 4 interlocuteurs pensent que la question serait évoquée s'il y avait un doute sur l'état d'ébriété de la personne.

« Il faudrait se poser la question dans les cas d'accidents inexplicables, avec défaut de vigilance, ou prise de risque délibéré ». « Il faudrait réaliser des statistiques reliant l'accident à la période d'activité nocturne ».

Les interlocuteurs ont évoqué la difficulté d'aborder la mise en relation des causes d'accidents du travail avec une conduite addictive, car « on est dans le domaine des libertés individuelles ». Une entreprise évoque aussi la question de la « confiance » : « si on pose cette question, les relations ne seront pas faciles avec ce chauffeur par la suite ».

Un responsable d'entreprise avait souhaité qu'un item soit ajouté sur la liasse de déclaration d'accident, avec une mention « était sous l'emprise de substances psycho actives », pour d'autres interlocuteurs, « cette proposition est irréaliste ».

La Police, si elle se déplace sur les lieux de l'accident dans l'entreprise, peut procéder ou faire procéder à des tests de dépistage, les résultats ne sont jamais communiqués à l'entreprise (secret médical), ce que regrettent 4 de nos interlocuteurs. 4 autres interlocuteurs pensent qu'en cas d'accident corporel, un dépistage pourrait être réalisé.

→ **Les postes à risques**

Les postes à risques identifiés à partir des enquêtes sont les suivants :

- 61% ont cité la conduite d'engins, de poids lourds, d'autobus, de véhicules d'entreprise ou les postes de commerciaux itinérants (risques routiers) ;
- 51 % des interlocuteurs ont cité le poste de cariste ou conducteur de chariot élévateur, considéré comme un « engin de mort », dont le côté « ludique » fait que son utilisation est souvent hors du respect des consignes de sécurité
- 43 % citent l'utilisation de machines et d'outils dangereux (même si ceux-ci font l'objet de sécurisations plus importantes),
- 38 % citent les travaux en hauteur nécessitant une vigilance particulière et une bonne coordination temporo-spatiale,
- 28 % citent les travaux sous tension pour le risque électrique,
- 20 % citent les postes de maintenance et nettoyage,
- 18 % citent les risques chimiques, les risques incendie,
- 15 % citent les travaux au chaud (fonderie, fours), au froid (surgelés, transport frigorifique) pour le risque thermique,
- 10 % citent les risques d'explosion,
- les travaux de nuit, ou en week-end (cités par 15 % des interlocuteurs) constituent à la fois un facteur aggravant de risques (solitude ou équipes réduites, fatigue, inversion du rythme biologique) et de conduites addictives sur le lieu de travail (moins de contrôles de l'encadrement, souhait de créer « une ambiance » d'équipe),
- 7 % citent le travail isolé,
- les postes de sécurité/contrôle (7 % des citations), nécessitent une vigilance sans faille : un accident pouvant impliquer le salarié lui-même, son environnement de travail mais également les riverains (risques « SEVESO »),
- 7 % citent le service aux clients en restauration.

Pour toutes les personnes interrogées, lors d'un accident de trajet, tous les salariés sont considérés comme étant « à risque ».

● **Gestion des comportements addictifs**

En cas de comportement « sous influence d'une substance psychoactive », le salarié est mis à l'écart de son poste (cité par 69 % des interlocuteurs), il est souvent raccompagné à son domicile (cité par 31%). Une discussion avec le salarié a lieu suite à cet épisode (cité par 33 % des interrogés).

Le Médecin du Travail est alerté, ou il sera prévenu ensuite (d'après 49 % de nos interlocuteurs). Il peut procéder à une inaptitude temporaire (cité par 23 %) ou à un aménagement ou changement du poste de travail (cité par 13 % des personnes interrogées). Dans 18 % des entretiens, une inaptitude définitive est prononcée.

Le Responsable d'Entreprise ou le DRH peut lui proposer (cité par 13 % des interlocuteurs) un « contrat moral », afin d'amener le salarié à diminuer sa consommation ou à se soigner ; dans le cas contraire, il ne pourra rester dans l'entreprise.

18 % des entreprises interrogées sont susceptibles de procéder à une mise à pied ou exclusion temporaire. Un licenciement pour faute a été évoqué dans 10 % des entretiens.

Les plus grosses entreprises ont codifié chacune de ces étapes, en précisant les modalités des conduites à tenir.

→ **Le règlement intérieur**

Dans 8 % des entreprises il n'existe pas. 23% des entreprises interrogées l'ont modifié afin d'intégrer les éléments relatifs aux pratiques addictives.

Caractéristiques des règlements intérieurs :

- 59 % des règlements intérieurs stipulent l'interdiction d'introduire, de consommer de l'alcool dans l'entreprise,
- 13 % des règlements intérieurs autorisent la consommation d'alcool, uniquement à la cantine, ou lors de la prise de repas,
- Dans 10 % des cas les « pots » sont considérés comme dérogatoires à cette interdiction,
- 18 % des règlements intérieurs ont intégré des articles relatifs aux substances psychoactives,
- 38 % des règlements intérieurs précisent les modalités de dépistage de l'alcool dans le cas de suspicion de conduite alcoolisée pour un salarié occupant un poste à risques (présence d'un représentant du personnel ou un encadrant). Le salarié peut refuser de se soumettre à ce test (mention ajoutée à la demande de l'Inspecteur du Travail).

Seules les plus grosses structures ont prévu un protocole relatif aux substances illégales.

Le tabac est expressément interdit dans 54 % des entreprises en dehors des zones ou salles prévues à cet effet ; 23 % des entreprises mènent une politique anti-tabac, proposant des aides pour le sevrage (dont prise en charge des patches) et 10 % sont en démarche pour une usine sans tabac.

Dans 3 entreprises signalées, les fumeurs fument en tous lieux (ateliers, bureaux, local de prise des repas).

→ Les dépistages

Fréquence des dépistages	Entreprises concernées
Jamais	67 %
En cas d'épisode alcoolisé manifeste	21 %
A l'embauche	5 %
Aléatoire	5 %

En cas d'épisode alcoolisé, la personne est mise à l'écart du poste, sans que l'éthylotest soit utilisé systématiquement, même si son utilisation est prévue au règlement intérieur (notamment pour des raisons déontologiques).

7 % de nos interlocuteurs évoquent également la grande diplomatie dont il faut user afin de persuader un salarié de se soumettre à l'éthylotest et 5 % s'inquiètent d'un risque possible de « stigmatisation » du salarié.

5 chefs d'entreprises, et 3 Médecins du Travail estiment indispensable une évolution de la loi, qui fixerait un cadre aux dépistages car ils se sentent démunis pour éviter les accidents de travail liés aux comportements addictifs. Ils souhaiteraient que ces tests soient autorisés pour les Postes de Sûreté Sécurité, car « 0,5 g d'alcool, cela ne se remarque pas au comportement de la personne » ; « le cannabis est encore plus difficile à repérer ».

Un responsable d'un grand groupe évoque ses difficultés pour concilier législation américaine et européenne en matière de dépistage ; un autre pense que les exigences des entreprises clientes en matière de sécurité forceront les entreprises à développer les dépistages.

● **Prévention**

« L'alcool, c'est tabou », cité 5 fois.

« En parler, ça gêne », cité 2 fois.

« Ces questions sont gérées très discrètement », cité 2 fois.

« Le mot alcool n'est jamais prononcé », cité 3 fois.

- 19 entreprises, soit 49 % des entreprises interrogées (dont 9 ont moins de 75 salariés) n'ont ni pris ni envisagé aucune mesure de prévention des conduites addictives,
- 7 entreprises, soit 18 % ont le projet de mettre en place des actions de prévention des conduites addictives,
- 2 entreprises, soit 5 %, considèrent qu'une modification du règlement intérieur permettant le dépistage des conduites addictives est une politique de prévention,
- 10 entreprises, soit 26 % (dont 6 ont plus de 650 salariés) ont mis en place des éléments de prévention, dont deux avec un accent particulier sur le cannabis.

→ **Les acteurs**

Une politique de prévention ne peut être mise en place que si la Direction est persuadée de son utilité et qu'elle valide cette démarche par un investissement clair.

« La Direction ferme les yeux tant que le problème n'est pas visible » ; deux entreprises, qui connaissent de gros problèmes d'addiction (1 alcool, 1 cannabis) déplorent « La Direction antérieure fermait les yeux ». Dans deux cas, malgré des demandes réitérées, (par un médecin du Travail ou par le Chargé de mission Sécurité), « la Direction n'ayant pas donné son accord, la politique de prévention des conduites addictives n'a pu démarrer ».

Trois interlocuteurs ont souligné que, lorsque la situation devient intolérable, la demande de prise en compte du phénomène addictif émane des salariés. Dans deux entreprises, les collègues de travail ont pu inciter un salarié à consulter le Médecin du Travail.

Les Médecins du Travail (cf : I – B – 2.1, page : 33)

La hiérarchie intermédiaire

Elle occupe une place très stratégique dans la gestion des épisodes addictifs

- 4 interlocuteurs pensent qu'il leur arrive de cacher un individu en difficulté avec l'alcool (épisodes nocturnes notamment),
- « les responsables hiérarchiques attendent trop avant de donner l'alarme »,
- « les agents de maîtrise issus de la base ont toujours accepté ces pratiques, et couvrent les épisodes alcooliques, pour passer pour un bon chef » (cité deux fois),
- pourtant, ce sont ces mêmes responsables qui sont désignés comme relais incontournables d'une politique de prévention réussie.

Les représentants du personnel

- 38 % d'entre eux se sentent particulièrement concernés par ces questions et sont (seraient) des acteurs d'une politique de prévention,
- 18 % des interlocuteurs ont évoqué des réticences, voire une franche opposition de la part des représentants du personnel quand l'entreprise a tenté de limiter les pratiques addictives et les dépitages.

→ **Des mesures de prévention mises en place ou en projet :**

- réunions d'information (citées par 18 % des interlocuteurs), ou campagnes de sensibilisation (souvent organisées par le Médecin du Travail : citées par 10 % des interlocuteurs) avec de préférence intervention d'experts (service de prévention de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, cité 3 fois), Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes, médecins spécialisés en alcoologie ou addictologie (cités quatre fois), ANPAA³², policiers (cités 4 fois), utilisation du logiciel AXA sur le calcul du taux d'alcoolémie³³ (cité 3 fois),
- mise en place de groupes de travail sur les addictions (cité 4 fois),
- diffusion de brochures (éditées par le Ministère de l'équipement, la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile, Santé au Travail d'île de France,...), avec le bulletin de salaire, ou à disposition dans la salle d'attente du Médecin du travail,
- articles dans le journal interne, sur intranet, notes de service, informations sur écran géant à la cafétéria, panneaux 1mX2m,
- distribution d'éthylotests à l'occasion du repas annuel (cité 3 fois), un éthylotest électronique dans la voiture de tous les commerciaux (2 entreprises),
- intervention spécifique alcool ou cannabis au cours des formations en sécurité (cité par 21 % des interlocuteurs),
- formation en alcoologie / addictologie dispensée à une partie de l'encadrement, aux infirmières du travail (cité 5 fois),
- création de groupes relais pour l'écoute des salariés en difficulté (2 entreprises ont ce projet),
- création d'une association d'anciens buveurs dans l'entreprise (cité 2 fois),
- livret d'embauche / d'accueil reprenant les dispositions du règlement intérieur (cité par 18 % des interlocuteurs).

Certaines entreprises envisagent d'inclure ces campagnes dans une dimension plus large (« les dangers de la route », « la sécurité au travail », « bruit-poussière-alcool-tabac »), ou suite à une campagne anti-tabac.

6 entreprises ont émis le souhait d'être accompagnées dans leur démarche par une structure externe,

8 interlocuteurs souhaitent que des actions collectives soient mises en place à la suite à cette étude (demandes spontanées, non suggérées par le guide d'entretien).

65 % des entreprises nous autorisent à citer leur nom dans cette étude, 35 % préfèrent garder l'anonymat. Un chef d'entreprise se propose de témoigner.

³² ANPAA = Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

³³ Source : CD-ROM « L'alcool et la Conduite », Association AXA Prévention

2. DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE AU TRAVAIL, DE LA PREVENTION ET DES SOINS

2.1 - Du point de vue des Médecins du Travail

- **Réalité du phénomène : estimation des conduites addictives à partir de la population des Médecins du travail interrogée³⁴**

ENTREPRISES / SECTEURS D'ACTIVITE	EFFECTIF CONSULTE PAR LES MEDECINS DU TRAVAIL	ALCOOL	SUBSTANCES PSYCHOTROPES	ESTIMATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL LIES A L'ALCOOL
		% estimé		
Transports de passagers	2 065 dont 1 530 PSS	De 2,5 % à 4,8 %		
Transports / Industrie de transformation Alimentaire	≈ 1 000	10 %		
BTP / Transport / Entreprise d'intérim	≈ 1 000	10 %	10 %	
Industrie / Grande Distribution / BTP	≈ 1 200	0-5 %		
Etablissement sanitaire et social	1 000	< 1 %		
Industrie papetière	1 100 dont 95 % en PSS	5 %	1 seul cas cannabis	≈ 15 %
Industries métallurgiques	2 000 dont 150 PSS 1 100	8 % alcool 30 % tabac 8 %	4.5 %	
Industrie chimique	1 450	de 0.3 % à 0.7 %		
Hospitalisation privée	300	0.7 % à 1 %	De 0,3 % à 0,6 %	
Hospitalisation publique	3 000 1 500	0.7 % 0.8 %	De 0,1 à 0,2 %	
TPE tertiaires PME tertiaires	2 000 2 300	≈ 0 1 % à 1.3 %		
Secteur Public / services administratifs	1 300	< 2 %		
Tertiaire / BTP	≈ 1 200	1-5 %	marginal	
Tertiaire / Audiovisuel	≈ 650 dont 450 intermittents	> 10 %	Nombreux cas chez les jeunes	
Energie	850 dont 60 intérimaires	De 0,1 à 0,2 %	Sur 200 dépistages à l'embauche pour les PSS : 1 % avec traces de cocaïne et 10 % avec traces de cannabis	
BTP	2900	Très peu : < 1 %	« très forte proportion de fumeurs de cannabis chez les apprentis »	

³⁴ Entretiens réalisés auprès de 20 Médecins du Travail.

→ L'alcool

89 % des Médecins du Travail interrogés estiment que le phénomène alcool est en nette diminution par rapport aux dix dernières années.

11 % d'entre eux considèrent que ce phénomène est majeur et nettement sous-estimé.

Un médecin souligne l'augmentation de la consommation de la bière et des alcools forts chez les jeunes.

La pratique des « pots » a évolué et dans 1 cas sur 5 les Médecins du Travail interrogés précisent qu'ils se font sans alcool.

Toutes les professions sont exposées; les personnes les plus touchées ont plus de 40-45 ans. Cependant, on signale une alcoolisation importante des jeunes le week-end, souvent associée à d'autres substances.

28 % des Médecins interrogés pensent que cette consommation est liée à un phénomène de « groupe », voire à un phénomène culturel pour certaines entreprises.

Tous les Médecins du travail ont été confrontés à la gestion de problèmes d'alcoolisation sur les lieux du travail.

22 % d'entre eux pensent que la réglementation abaissant le taux d'alcoolémie et sanctionnant plus sévèrement les automobilistes en état d'ivresse a eu un impact positif chez certains salariés (chauffeurs poids lourds, commerciaux, chauffeurs livreurs...) craignant de perdre leur permis de conduire.

L'usage de l'éthylotest dans les entreprises, qui peut être prévu par le règlement intérieur, n'est cité que par 39 % des médecins du travail interrogés.

Trois Médecins du travail interrogés considèrent que le travail de nuit augmente « le risque alcool ».

→ Les drogues

Un dépistage systématique de substances psychoactives dans les urines, organisé par le Médecin du Travail dans une entreprise, montre précisément que :

- 1 % des salariés consomment de la cocaïne,
- 10 % des salariés consomment du cannabis ; dans un des cas de positivité, le rôle du tabagisme passif a été évoqué.

Cependant, la consommation des drogues n'est pas mise en évidence par l'ensemble des Médecins du Travail interrogés :

72 % pensent que c'est un problème marginal,

28 % considèrent que ce problème est fréquent (un des Médecins du Travail surveillant des Centre de Formation d'Apprentis estime à 80 % les fumeurs de cannabis chez les apprentis),

Tous les Médecins estiment que les risques d'accidents liés à la consommation de cannabis sont largement méconnus par les usagers.

Conduites addictives : alcoolisme toxicomanie et risque professionnel en Aquitaine

Observatoire Régional de la Santé au Travail Aquitaine

Société d'études et de conseil Hommes et Mutations SA © 25, cours de Verdun 33000 Bordeaux – Tel : 05.56.52.66.91 – Fax : 05.56.51.17.60 – Mail : hommesetmutations@wanadoo.fr

→ Les médicaments

11 % des Médecins du Travail interrogés rapportent des cas de mésusage de médicaments touchant le personnel soignant.

Deux Médecins du Travail notent la forte augmentation de la prise de Benzodiazépines chez les cadres qui, selon eux, serait liée « au stress du manager ».

● **Facteurs favorisant les pratiques addictives**

La totalité de la population des Médecins du Travail interrogée estime que ces pratiques sont liées aux facteurs psychiques de chaque individu, tels que les troubles de la personnalité.

28 % des Médecins du Travail insistent sur l'importance des habitudes de consommation familiale et celles acquises dans l'enfance.

27 % des Médecins du Travail interrogés considèrent que les conduites addictives sont majorées par le stress au travail : externalisation de certaines activités, suppressions de postes. Par contre, 17 % des Médecins du Travail interrogés pensent qu'il n'y a pas de corrélation entre stress au travail et conduites addictives.

17 % des Médecins estiment que le « phénomène de groupe, le phénomène générationnel, la notion de culture » favorisent les pratiques addictives.

Un des Médecins interrogés souligne deux facteurs chez les adolescents :

- la notion majeure d'appartenance à un groupe entraînant une uniformisation des comportements, en vue d'une reconnaissance par les membres de ce groupe,
- la propension à cultiver eux-mêmes le cannabis ; ce constat est étayé par une étude de 2004 relative à la composition et aux caractéristiques du cannabis consommé sur quatre sites en France dont Bordeaux³⁵ qui a montré que 58 % des consommateurs bordelais cultivaient eux-mêmes leur produit.

● **Conséquences sur les accidents de travail**

56 % des Médecins du Travail interrogés estiment qu'il n'existe pas de lien entre accidents du travail et conduites addictives

44 % d'entre eux pensent que cette relation accidents de travail / conduites addictives existe mais est sous-estimée en l'absence de données statistiques.

Il convient de constater qu'il n'existe **pas de « liste légale » des PSS** (Postes de Sûreté - Sécurité).

Dans les grandes entreprises, les PSS sont repérés par : la Direction, le CHSCT, le Médecin du Travail, le Responsable de la sécurité... ; dans les petites entreprises, c'est le Médecin du Travail qui évalue le risque lié au poste de travail pour le salarié et pour autrui.

³⁵ Source : OFDT – « Composition et caractéristiques de cannabis collectés auprès d'usagers dans quatre sites en France », in BEH n°20/2005.

● Gestion des comportements addictifs

Tous les Médecins du Travail interrogés estiment indispensable que, dans le cas de troubles du comportement :

- l'alerte soit donnée par le milieu du travail au Médecin du Travail,
- le responsable d'entreprise et l'encadrement de proximité s'impliquent dans le processus.

Tous les Médecins du Travail interrogés ont prononcé des inaptitudes temporaires ou des retraits du poste de travail de salariés en état d'alcoolisation et, en conséquence, l'ont orienté systématiquement vers le Médecin traitant et/ou vers des organismes de soins et de prévention.

78 % de la population des Médecins du Travail interrogée **conseille le Chef d'entreprise lors de l'élaboration du règlement intérieur de l'entreprise** ; cependant, on constate que dans les règlements intérieurs des entreprises, pour lesquels les Médecins du Travail ont été sollicités, 7 sur 10 comportent des dispositions relatives à l'alcool et 3 sur 10 comportent des dispositions relatives à l'alcool et aux substances psychoactives.

39 % des Médecins du Travail interrogés peuvent demander un dépistage systématique lors de la visite d'embauche, de l'alcool et des substances psychoactives (soit par dosage de cannabis, d'opiacés, de cocaïne, d'amphétamines, ou par dosage de cannabis seul) ; le dépistage systématique des substances psychoactives lors de l'embauche ne peut-être effectué que s'il est prévu dans le règlement intérieur.

50 % des Médecins du Travail interrogés font des dépistages de l'alcool ou de l'alcool et cannabis, d'une façon aléatoire : lors d'un suivi médical, d'une visite de reprise, ou de la mise en place d'un dispositif individuel de prévention.

50 % des Médecins du Travail interrogés n'ont jamais pratiqué de dépistage de substances psychoactives.

2 Médecins du Travail interrogés refusent de pratiquer des dépistages de substances psychoactives.

16 % des Médecins du Travail interrogés insistent sur l'importance du « contrat moral » entre le salarié et le Médecin du Travail fondé sur un climat de confiance qui permet un suivi médical personnalisé et régulier.

Le dépistage comporte cependant certaines limites que les Médecins du Travail interrogés ont mises en exergue ³⁶:

- 89 % d'entre eux considèrent que celles-ci sont d'ordre déontologique,
- 33 % d'entre eux considèrent que celles-ci sont d'ordre technique (tests urinaires peu fiables),
- 22 % d'entre eux considèrent que celles-ci sont d'ordre financier (PME et TPE).
- 17 % considèrent que celles-ci sont liées à une législation non adaptée

³⁶ Plusieurs réponses possibles.

● **Prévention**

Pour tous les Médecins du Travail, la mise en place d'une politique de prévention nécessite l'implication des responsables de l'entreprise et du CHSCT lorsqu'il existe, mais 22 % d'entre eux pensent que les Délégués du personnel ou les Délégués syndicaux « ont une attitude en retrait » pour la gestion des conduites addictives.

Différentes campagnes de sensibilisation ont été mises en place dans les entreprises suivies par les Médecins du Travail interrogés³⁷ et plus particulièrement :

- participation à la création de comités de prévention du risque alcool (22 %),
- élaboration de fascicules, dépliants, affiches relatifs à l'alcool, aux drogues et à leurs dépendances, à la nutrition (28%),
- organisation d'interventions d'organismes spécialisés : associations d'anciens buveurs, CRAMA, ANPAA, sécurité routière, SRPJ (33 %),
- organisation de réunions internes d'information animées par le Médecin du Travail (11%),
- mise à disposition dans la salle d'attente du Médecin du Travail de dépliants relatifs aux conduites addictives comportant les adresses des centres de lutte contre les toxicomanies,
- utilisation du (RPIB³⁸ en alcoologie (22 %)).

Tous les Médecins du Travail interrogés ont souligné avec insistance l'importance du dialogue à l'occasion des visites médicales permettant d'aborder la question des conduites addictives et d'être ainsi en capacité d'aider le salarié concerné à prendre conscience des risques encourus.

● **Attentes des Médecins du Travail**

28 % des Médecins du Travail interrogés considèrent qu'il faudrait une implication plus importante des responsables d'entreprises dans la prévention des conduites addictives.

11 % des Médecins du Travail interrogés estiment qu'une amélioration des conditions de travail et du climat social aurait un effet positif sur la diminution des conduites addictives.

11 % des Médecins du Travail interrogés souhaitent une extension de la législation du travail aux substances psycho-actives

17 % des Médecins du Travail interrogés souhaitent bénéficier d'une formation ad hoc en addictologie.

³⁷ Plusieurs réponses possibles.

³⁸ RPIB = Repérage Précoce et Intervention Brève.

2.2 – Du point de vue des services sociaux

Entretiens réalisés auprès d'Assistants Sociaux de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie dans différents départements d'Aquitaine.

- **Réalité du phénomène**

Nos interlocuteurs pensent que l'alcoolisme en entreprise est encore trop présent, mais ils ont perçu une diminution du phénomène, liée à une prise de conscience « nécessité d'interdire la consommation excessive d'alcool en entreprise », « coûts induits par l'alcoolisme ».

Parmi les assurés qu'ils suivent, une part importante d'entre eux a **des difficultés avec sa consommation d'alcool** (l'un de nos interlocuteurs évoque le chiffre de 20 %). Cependant, nombreux sont ceux des assurés qui ne souhaitent pas évoquer ces pratiques et qui parlent avec l'Assistant Social de leurs autres problèmes de santé ; celui-ci « respecte cette attitude ».

Dans l'entreprise, le « non-dit » de l'employeur répond au déni du salarié en souffrance. Lorsque le salarié est un bon élément, l'entreprise tient à le garder, malgré les arrêts de travail.

En ce qui concerne **les drogues**, les assurés dépendants sont moins nombreux. Quelques cas de fumeurs de cannabis ont été cités ; chacun de nos interlocuteurs a suivi des personnes dépendantes aux drogues « dures » : la difficulté est de faire accepter aux assurés l'impossibilité définitive qu'ils auront de travailler.

Les médicaments détournés de leur usage sont rares, ils sont souvent associés aux trafics.

Les Assistants Sociaux peuvent conseiller un salarié qui souhaite une prise en charge spécialisée. Ils connaissent le réseau local (Centres de soins, ANPAA, services spécialisés des hôpitaux,...). Cependant, certains assurés sont réticents à s'adresser à ces structures.

Les causes de ces conduites addictives sont souvent relatives à des carences affectives profondes, qui induisent une mauvaise estime de soi, qui peuvent être activées par une réaction aux événements difficiles de la vie ; chez les précaires, les conditions de vie peuvent être masquées par la boisson.

- **Addictions et Entreprises**

→ **Les accidents du travail/accidents de trajet**

Nos interlocuteurs n'ont que peu de cas d'accident du travail lié à une conduite addictive à citer (accident de la route, de chantier) ; la conduite addictive se traduit le plus souvent par un arrêt pour maladie.

Les Assistants Sociaux sont rarement en contact avec des accidentés du travail, car ceux-ci ne cherchent pas l'aide d'un Assistant Social (notamment pour les arrêts de travail courts).

L'Assistant Social intervient en aval de l'arrêt de travail et prépare la reprise de poste en collaboration avec le Médecin du Travail (avec un conseiller entreprise). Si la reprise au même poste s'avère délicate, en raison d'une diminution des aptitudes professionnelles, il propose une solution acceptable pour l'entreprise et le salarié, qui peut combiner un dispositif COTOREP (reconnaissance de travailleur handicapé) et sécurité sociale (pension d'invalidité partielle, par exemple), et éventuellement un changement de poste dans l'entreprise, ou une reprise à temps partiel.

Après la reprise du travail, l'Assistant Social garde le contact avec l'assuré pendant quelque mois, pour suivre les conditions de reprise (collègues, nouveau poste, situation sociale).

→ La Prévention

Les relations avec l'entreprise sont très limitées, puisque des structures assurent ce lien (CAP EMPLOI).

Le Centre d'Information Santé de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie³⁹ intervient sur demande en entreprise pour animer des réunions « informations sensibilisation », « sur mesure », qui peuvent concerner, outre l'hygiène et l'alimentation, les conduites addictives.

2.3 - Du point de vue des Centres de soins

Entretiens réalisés auprès de structures publiques dépendant des hôpitaux, d'associations de soins aux alcooliques (Réseau Alcool Médoc, ANPAA) et aux toxicomanes (CEID et autres CSST départementaux). Des réseaux fédèrent ces entités (AGIR 33, ELSA, GRITA-Rénovation)⁴⁰

- **Structures de soins**

→ L'alcool

- Le Réseau Alcool Médoc accueille 120 personnes par an.
- L'ANPAA reçoit environ 2000 consultants par an sur les 18 antennes de CCAA du département de la Gironde. Dans les différents départements, l'ANPAA est identifiée comme une structure traitant essentiellement les problèmes d'alcool et plus axée sur la prévention que sur les soins.

**L'ANPAA a opposé un refus de communiquer les statistiques des consultants de la région Aquitaine
au cabinet conseil mandaté par l'ORST Aquitaine**

³⁹ Monsieur Philippe ROUSSEAU, Responsable du Service d'Information Santé.

⁴⁰ La liste et les coordonnées de ces centres de soins et des réseaux figurent dans les annexes : « Annuaire des Centres de Soins en Aquitaine »

→ **Les CSST (Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes)**

- La Verrière (Lot et Garonne) reçoit 211 consultants à l'année,
- La Source (Landes) reçoit 573 consultants,
- Béarn Toxicomanies en accueille 600 et le CIAT⁴¹ 300,
- Le CEID (Gironde et Dordogne) suit 2 820 personnes.

Ces chiffres ne représentent qu'une partie de la population ayant des problèmes d'addiction : toutes les personnes ne consultent pas, certaines se tournent vers leur médecin traitant qui peuvent les orienter vers d'autres structures (publiques ou privées).

Au niveau local, les CCAA et les CSST peuvent gérer, en partenariat, les consultations cannabis.

Il semble, que dans un avenir proche, les CCAA⁴² (gérés par l'ANPAA ou des hôpitaux) et les CSST (associations indépendantes) seront regroupées dans le cadre d'une structure particulière : le **CSAPA**. Cette structure aura en charge : l'accueil du public et l'administration et les CSST et CCAA conserveront leur activité de soins.

● **Consommateurs**

→ **Le motif de consultation**

- Les personnes en difficulté avec l'alcool consultent suite à une dégradation de leur état de santé, suite à un incident ou des remarques de l'entourage, ou de plus en plus suite à une injonction judiciaire (10 à 20 % des consultants),
- En CSST, les personnes viennent consulter quand elles sont gênées par leur dépendance, qui crée des difficultés professionnelles, familiales, financières,... Le produit à l'origine de la consultation est encore le plus souvent l'héroïne et les opiacés, mais le cannabis est en forte croissance (et 90 % des héroïnomanes ont commencé par le cannabis). Le second produit à l'origine de la consultation est la cocaïne et les stimulants pour lesquels on remarque une progression. Le CEID mènera une étude sur la consommation de cocaïne en milieu professionnel en 2007. Les drogues de synthèse, et la consommation de BUPRENORPHINE sont en augmentation. Le phénomène de poly consommation est en développement, notamment chez les plus jeunes (ce qui constitue un phénomène nouveau).

⁴¹ **CIAT** = CSST de Pau, plus orienté vers la problématique alcool.

⁴² Centre de Consultation en Alcoologie et Addictologie.

→ **Le profil des consultants**⁴³

Alcool :

- Réseau Alcool Médoc : 33 % de consultants sont des femmes; les femmes sont moins nombreuses car le déni est plus fort. Age : pic autour de 50 ans.

Autres toxiques :

- Proportion de femmes dans les CSST interrogés : Landes 20 %, Gironde 25 %, Lot et Garonne 33 %, Béarn 40 %.
- Age moyen des consultants dans les CSST interrogés: Gironde 18-25 ans pour le Cannabis, autour de 35 ans pour les autres substances ; l'âge moyen en Béarn, 25 ans.

● **Addictions et entreprise**

→ **L'alcool**

Au moins 60 % des consultants du Réseau Alcool Médoc ont un emploi (ouvrier, maçon, VRP, routier,...). Les postes qui présentent le plus de risques ont trait au transport et à la conduite d'engins agricoles et de travaux publics.

→ **Les toxiques**

Parmi les consultants, entre 20 % et 35 % ont un emploi, dont intérimaires et saisonniers. Les secteurs les plus touchés sont les chauffeurs, les menuisiers, la restauration (stimulants), les couvreurs et autres métiers du BTP, les marins. Les postes présentant le plus de risques sont les chauffeurs, les menuisiers et les couvreurs.

● **Prévention**

→ **L'ANPAA**

Elle participe à de nombreuses actions de prévention, notamment :

- en entreprise : gestion de cas de conduites addictives, séances de formation, définition d'un plan de prévention, constitution d'un groupe projet,
- opération de prévention PME-PMI en octobre, participation au salon PREVENTICA,
- grand public : stands d'information lors de manifestations festives, soirées débat, dépliants.

⁴³ Personne qui consulte un centre de soins.

→ [Le Réseau Alcool Médoc](#)

Il participe également à de nombreuses initiatives (Plan Régional de Santé Alcool, RPIB⁴⁴) et informations auprès du grand public (collèges, écoles, sensibilisation à la demande d'associations, « alcool et grossesse »,...)

→ [Le CSST Béarn Toxicomanies](#)

Il intervient peu en entreprise, pour des réunions d'information, qu'ils préparent en amont avec le Médecin du travail, l'Infirmière ou l'assistante sociale, afin d'ajuster le message aux réalités de l'entreprise.

→ [Le CSST CEID](#)

Il n'a plus qu'un poste en prévention (du fait de la disparition des budgets alloués pour ces opérations depuis 1992). Il assure des interventions auprès des lycéens, des CFA, des marins, de l'armée de l'air, de la SNCF, de certaines collectivités territoriales.

→ [La CSST La Source](#)

Elle organise des informations grand public ; les interventions en entreprises sont rares, mais elles pourraient se développer.

→ [Le CSST La Verrière](#)

Elle effectue des opérations de prévention auprès des établissements scolaires, et en entreprise sur demande (avec la Police).

2.4 - Du point de vue des Institutions

- **Service de Prévention des risques professionnels de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Aquitaine**

Le service est divisé en trois grands secteurs :

- Industrie, Transport et Communications, Chimie ;
- BTP, Bois et Textile ;
- Commerce Alimentaire et Commerce non Alimentaire, Intérim.

La Prévention du risque alcool est abordée à partir du risque routier.

⁴⁴ RPIB = Repérage Précoce et Intervention Brève.

Certaines entreprises sollicitent le Service de Prévention des Risques Professionnels, notamment les plus grosses structures, à la recherche de conseils. Plusieurs opérations ciblées ont été mises en place récemment :

→ **Campagne de Prévention du risque routier dans les Landes**

Un groupe de Travail a été créé en 2003 au sein de la Préfecture des Landes, comprenant deux Médecins du Travail, deux Médecins de Mutualité Sociale Agricole, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Landes, l'Inspection du Travail et l'Inspection des Transports.

L'action de ce groupe est orientée de la manière suivante :

- réflexion sur les accidents (de mission, de trajet) ; « conduire et téléphoner », « alcool et conduite »,
- élaboration de **3 plaquettes à destination des entreprises et de leurs salariés**, largement diffusées en Aquitaine, et encore téléchargées à ce jour,
- réunions d'information organisées pour l'entreprise (4000 invitations et 200 participants) : pièce de théâtre sur le risque alcool, témoignages d'entreprises en démarche de prévention, intervention d'un Médecin du Travail, intervention de l'ANPAA⁴⁵.

→ **Campagne en partenariat avec la CAPEB⁴⁶**

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie Aquitaine et les 6 CAPEB d'Aquitaine ont signé une charte de partenariat en 2005 pour mener une campagne de sensibilisation auprès des artisans relative à la prévention du risque routier :

- la CRAM finance les plaquettes qui abordent les thématiques de prévention (organisation des déplacements, gestion des véhicules, téléphone portable et volant, vigilance au volant, avec un engagement : zéro alcool, pas de drogues),
- la CAPEB diffuse le message auprès de ses adhérents (8000 kits de 5 dépliants distribués en Aquitaine), stand au salon d'AQUIBAT (opération médiatisée).

Le bilan de l'opération semble satisfaisant, notamment grâce à la bonne mobilisation des adhérents de la CAPEB.

→ **Autres initiatives**

Pour les entreprises dont le secteur d'activité est concerné par une *Convention Nationale d'Objectif de Prévention*, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Aquitaine, peut proposer des contrats de prévention pour les entreprises de moins de 200 salariés. La prévention du risque routier peut faire partie de ces contrats. Les formations à la conduite, au cours desquelles la problématique conduite / alcool est abordée, peuvent être en partie financées par la CRAM.

⁴⁵ Cette réunion a été mise en place dans d'autres départements d'Aquitaine, et notamment lors du salon « PREVENTICA » les 2 et 3 février 2005 à Bordeaux.

⁴⁶ CAPEB = Confédération de l'artisanat et des Petites Entreprises du bâtiment.

Dans les Landes, un Service de Santé au travail interentreprises dédié aux métiers du transport routier, récemment créé, permet de prendre en compte les spécificités du métier, notamment pour l'hygiène de vie (dont les pratiques addictives).

En Dordogne, suite aux « points rencontre sécurité routière » organisés par la CRAMA, une réflexion du Service de Santé au Travail de Dordogne a eu lieu pour adapter le message aux TPE : communication publicitaire sur le risque routier et les conduites addictives, plaquette d'information « conduite à tenir en cas de trouble du comportement d'un de vos salariés ».

- **Prévention des risques professionnels liés aux conduites addictives dans les MSA⁴⁷**

Les cinq services de prévention des risques professionnels des MSA d'Aquitaine travaillent en concertation sur le risque routier, ceci permettant d'aborder le problème de l'alcool en entreprise. Le conseiller en prévention peut repérer un problème d'alcool lors d'une visite en entreprise, ou suite à un accident du Travail, et peut proposer :

- d'intervenir sur ce thème, par une réunion d'information collective propre à l'entreprise ; des intervenants extérieurs peuvent être sollicités (INPES, tabacologue, alcoologue),
- de faire effectuer un suivi individuel du salarié par une Assistante Sociale de la MSA locale (qui restera en relation avec le Médecin Conseil).

Le repérage d'une personne en difficulté avec l'alcool peut également intervenir lors des visites médicales annuelles : c'est au cours du « colloque singulier » que le Médecin peut aborder avec le salarié son problème d'addiction : il peut alors l'orienter vers une structure de soins.

Enfin, le Médecin du Travail et le Conseiller en Prévention assistent obligatoirement au CHSCT ; c'est dans ce cadre qu'une action de prévention des addictions peut être décidée, le Conseiller en Prévention et le Médecin peuvent alors intervenir pour proposer des pistes de solution.

Par ailleurs, l'ARAMSA⁴⁸ participe au Plan Régional de Santé au Travail, dans lequel un Groupe de Travail est dédié aux conduites addictives en entreprise.

NOTA : Dans un autre département français, une enquête nationale a été réalisée par la MSA en 2005⁴⁹ :

Les entretiens se sont déroulés au cours des visites médicales de 1527 chauffeurs (tractoristes, engins, caristes, poids-lourds). Les résultats sont donc basés sur les déclarations des salariés :

- **8,32 % des personnes interrogées ont fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ;**
- **16 % présentent une consommation d'alcool à risque et 6 % sont dépendants (questionnaire FACE) ;**
- **9,5 % des personnes prennent un ou plusieurs médicaments psychotropes (anxiolytique, sédatif ou antidépresseur).**

⁴⁷ MSA = Mutualité Sociale Agricole.

⁴⁸ ARAMSA = Association Régionale Aquitaine de la Mutualité Sociale Agricole.

⁴⁹ Etude réalisée par les Docteurs C. DEVOS et N. MASSON, Médecins du Travail la MSA du Pas de Calais à partir de données recueillies entre janvier et mars 2005.

C. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHO ACTIVES ET RISQUES PROFESSIONNELS

1. APPROCHE TYPOLOGIQUE DES RISQUES EN FONCTION DES PRODUITS CONSOMMES

- **Substances légales**

	Profil des utilisateurs	Effets	Risques	Temps d'élimination	Dépendance
Alcool	<p>9 millions d'usagers quotidiens</p> <p>2 à 3 fois plus d'hommes 5% d'hommes dépendants 2% de femmes dépendantes</p> <p>Métiers en relation avec le public, Métiers pénibles, Métiers de bouche...</p>	<p>Propriétés psychotropes : Détente, désinhibition Plaisir, suppression de L'anxiété</p> <p>Ou</p> <p>Anxiogène, dépressif Perte de l'estime de soi lors de la consommation chronique</p>	<p>Baisse de la vigilance et des réflexes comportement aberrant ou violent</p> <p>Accidents de la route et accidents du travail</p>	0,15 g/l/h	<p>Varie selon des facteurs psychiques, génétiques psycho sociaux</p> <p>Dépendance physique : forte Dépendance psychologique très forte</p>
Solvants Toluène, éther Trichloréthylène	Plus de jeunes, par sniff	Vertiges, instabilité, Sensation d'ébriété Hallucinations visuelles	Possible action sédatrice Chutes, coma Risques de convulsions pendant le sevrage		
Médicaments Psychotropes Anxiolytiques Hypnotiques Neuroleptiques Anti-dépresseurs Morphiniques (antalgiques et traitements de substitution opiacés)	<p>Les plus de 40 ans 11 % des hommes 20 % des femmes</p> <p>Plus d'employés et de cadres</p>	<p>Troubles des capacités visio-motrices et de la mémoire</p> <p>Les Benzodiazépines : effet immédiat effet sur la mémoire, difficulté de concentration Les autres psychotropes : effets décalés</p>	<p>Plus d'accidents du Travail que chez les non consommateurs (risques de sommolence notamment)</p> <p>Si le traitement est efficace et bien toléré, et s'il n'est pas détourné, les experts pensent qu'il n'y aurait pas de risque supplémentaire d'accident</p>	1 à 40 jours	<p>Les BZD donnent lieu à addiction, et compliquent souvent la dépendance à d'autres substances</p> <p>Il semblerait que les Anti dépresseurs et les neuroleptiques ne donneraient pas lieu à addiction</p>

Conduites addictives : alcoolisme toxicomanie et risque professionnel en Aquitaine

Observatoire Régional de la Santé au Travail Aquitaine

Société d'études et de conseil Hommes et Mutations SA @ 25, cours de Verdun 33000 Bordeaux – Tel : 05.56.52..66.91 – Fax : 05.56.51.17.60 – Mail : hommesetmutations@wanadoo.fr

● **Substances illégales**

	Profil des utilisateurs	Effets	Risques	Temps d'élimination	Dépendance
Cannabis (hallucinogène)	280 à 450 000 consommateurs quotidiens 60 % des hommes de 18 ans en ont consommé, et 42 % chez les femmes : banalisation + jeunes Après 45 ans : moins de 1 % de consommateurs + sans emploi, étudiants	Effets immédiats : euphorie, besoin de rire et de parler, altération de la vigilance, de l'attention, de la mémoire Ivresse cannabique avec désinhibition Parfois délire, hallucinations	Drogue typiquement dissociative : mauvaise appréciation espace-temps, troubles visuels, de la perception corporelle Mauvaise perception du risque	Lente, effets plus de 24 heures le dépistage peut se révéler positif 1 mois après avoir fumé	Dépendance modérée : 20 à 30 % chez les consommateurs
Hallucinogènes LSD le plus classique		Effets en moins d'une heure hallucinations visuelles et modifications spatio-temporelles, troubles de la perception : visuelle auditive et tactile	Bouffées délirantes Incompatibilité avec une activité professionnelle	LSD : 12 h à 10 jours	Pas d'addiction physique
Opiacés Héroïne, traitements de substitution, médicaments opiacés	150 000 usagers 95 000 traités par substituts 2 % de la population générale âgée de plus de 30 ans Population en désinsertion professionnelle	Héroïne : euphorisant majeur « effet flash », sédatif, anxiolytique	Baisse Vigilance	L'héroïne se transforme en morphine dans les urines Détection 2 à 7 jours	L'héroïne est l'opiacé le plus addictif (physique et psychique) Pour tous les opiacés : dépendance et tolérance rapide
Amphétamines dont Ecstasy	+ de femmes + de jeunes 5 % des 18 ans consomment	Effet en moins d'une heure et dure de 4 à 8 h Augmentation de la vigilance, de la sensation de puissance, euphorie, désinhibition	Surestimation de soi : erreurs d'appréciation des situations troubles de l'équilibre et de la coordination, vertiges Syndrome dépressif lors de la descente pouvant être si pénible qu'il incite au suicide ou à la prise d'autres produits Semble peu compatible avec le milieu du travail : les sujets sont absents, en récupération physique	Retrouvée 24 h. après la prise dans la salive, le sang, et la sueur Elimination urinaire 1 à 5 jours	Très rapide
Cocaïne	2 % de la population	Puissant stimulant Euphorie, hyperactivité, réduction du sommeil	Surestimation de soi, désorientation, hallucinations Passage à l'acte, manifestations agressives Polytoxicomanes : faible intégration sociale (CRACK) ne sont pas au travail	Elimination urinaire 1 à 3 jours	Dépendance psychique intense Syndrome de sevrage important : malaise, apathie, état dépressif

Conduites addictives : alcoolisme toxicomanie et risque professionnel en Aquitaine

Observatoire Régional de la Santé au Travail Aquitaine

Société d'études et de conseil Hommes et Mutations SA @ 25, cours de Verdun 33000 Bordeaux – Tel : 05.56.52.66.91 – Fax : 05.56.51.17.60 – Mail : hommesetmutations@wanadoo.fr

2. CORRELATION ENTRE ACCIDENTS ET CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHO ACTIVES

Selon la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Aquitaine, le nombre total des accidents du travail avec arrêt en 2004 est de 31 941 (dont 28 accidents mortels) pour une population de 788 823 salariés.

Le pourcentage des accidents du travail lié aux conduites addictives n'est pas établi : selon les études il semble compris entre 10 et 20 % du total⁵⁰.

A la SNCF, on estime que l'alcool est présent dans 20 % des 13 500 accidents du travail annuels⁵¹

Des études nationales et internationales ont tenté d'évaluer la corrélation entre les accidents (de la route, du travail, ou accidents domestiques) et les pratiques addictives des individus.

Elles sont présentées ci-dessous.

- **Accidents et stupéfiants**

→ **L'enquête ESCAPAD 2005**⁵²

Les jeunes français de 17 ans ont été interrogés sur leur consommation d'alcool et de cannabis avant de conduire une voiture ou un deux-roues :

- 6,2 % l'ont fait après avoir bu plus d'un verre,
- 4,3 % après avoir fumé,
- 5,8 % après avoir bu + fumé.

Ce comportement est surtout masculin (25,3 % des garçons contre 6,8 % des filles).

Parmi les jeunes interrogés, 1,8 % déclare avoir eu un accident après avoir bu et/ou fumé du cannabis.

⁵⁰ Source : Revue « Alcoologie et Addictologie », ANPAA 2000

⁵¹ Source : Revue TOXIBASE n°15, 3^{ème} trimestre 2004 « Les Enquêtes épidémiologiques sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel France »

⁵² Détails de l'enquête sur www.drogues.gouv.fr

→ **Etude SAM « Stupéfiants et Accidents Mortels de la circulation routière » (France 2001-2003)⁵³**

Cette étude épidémiologique a mis en valeur la corrélation entre la consommation de substances psycho-actives (légal ou non) et les accidents mortels de la route. En cas de constat de décès sur les lieux d'un accident de la route, tous les conducteurs impliqués étaient soumis à un dépistage urinaire et/ou sanguin.

Sur 10 748 conducteurs impliqués dans 7 458 accidents mortels :

- 2251 personnes, soit 20,9 % des conducteurs, sont au-delà du taux légal d'alcoolémie. En matière de responsabilité d'un accident mortel, les conducteurs sous l'emprise de l'alcool multiplient par 8,5 le risque d'en être responsable.

Sur-risque d'être responsable d'un accident mortel suivant les concentrations sanguines d'alcool

Concentrations sanguines d'alcool (g/l)	Odds ratio (Sur-risque)	Intervalle de confiance à 95 %
Négative	1	-
< 0,5	2,7	[2,1 – 3,5]
0,5 - 0,8	6,3	[3,7 – 10,6]
0,8 – 1,2	7,6	[4,7 – 12]
1,2 – 2	13,2	[9,1 – 19,1]
> 2	39,6	[22,7 – 68,7]
Toute dose non nulle	8,5	[7,1 – 10,1]

Sur une base de 6000 accidents mortels par an, 2270 décès seraient imputables à l'alcool.

⁵³ Détails de l'enquête sur www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr

- 853 personnes, soit 7,9 % des conducteurs ont consommé des stupéfiants (dépistage positif), dont 751 personnes pour le cannabis (7 % du total). Sur ces conducteurs positifs au cannabis, 301 présentent également une alcoolémie supérieure au taux légal.

Le type d'accident rencontré est fonction des taux de cannabis dans le sang⁵⁴ :

- des taux peu élevés impliquent une plus grande vulnérabilité des conducteurs face à un événement inattendu,
- en revanche, pour les taux d'intoxication élevés, on assiste à des « pertes de contrôle » (dégradation globales des capacités à conduire, tant sur le plan des informations à recueillir, des traitements à opérer, des décisions à prendre, que des traitements à entreprendre).

→ **Enquête émanant de l'Université de Milan (1987-1994)**

L'Institut de Médecine légale a tenté de dépister l'usage de substances psycho actives chez des individus masculins⁵⁵ de 15 à 68 ans décédés par accident⁵⁶.

Résultat : 35,8 % des accidentés du travail étaient positifs à l'alcool ou aux autres substances ; 40,6 % des accidentés domestiques étaient également positifs.

Les conclusions de cette étude démontrent un fort usage de substances psycho actives dans la population générale.

● **Accidents et alcool**

→ **Etudes émanant de l'Organisation Internationale du Travail**

Une étude⁵⁷ réalisée aux Etats-Unis a testé des pilotes d'avion sur simulateurs avant et après ingestion d'alcool :

- à jeun, seulement 10 % d'entre eux n'ont pas réussi à faire les manœuvres,
- avec une alcoolémie de 1°/00, ce pourcentage est passé à 89 %,
- 14 heures plus tard, toute trace d'alcool ayant disparu de leur organisme, 68 % n'étaient pas en mesure de réaliser correctement l'ensemble des manœuvres.

« Par ailleurs, les personnes qui boivent de temps à autre un verre de trop causent davantage de problèmes que ceux de leurs collègues (moins nombreux) qui sont des buveurs invétérés. Ces derniers ayant développé une tolérance physique et des mécanismes sociaux qui masquent les effets de l'absorption d'alcool. Ainsi, les consommateurs occasionnels seraient responsables de 70 à 80 % des incidents dus à la consommation d'alcool (accidents, querelles, absentéisme, délits). »⁵⁸

⁵⁴ Source : OFDT « Etude Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière », *Eléments de Conclusion*, octobre 2005

⁵⁵ Echantillon : 67 personnes victimes d'accidents du travail et 69 personnes victimes d'accidents domestiques (les accidents de la route ont été volontairement écartés pour cette étude).

⁵⁶ Source : Journal de Médecine légale Droit Médical, 1997, vol 40, n° 7-8.

⁵⁷ Source : Revue Travail, n°30 (1999).

⁵⁸ Source : Revue Travail, n°23 (1998).

« Les études montrent que l'alcool et la drogue provoquent 20 à 25 % des accidents du travail, et jusqu'à 30 % des décès liés au travail. »⁵⁹

→ **Accidents de la route et alcool France/Aquitaine (chiffres 2005)**⁶⁰

	Accidents corporels			Accidents mortels		
	Total sur l'année 2005	Dont avec alcool ⁶¹	% des accidents avec alcool	Total sur l'année 2005	Dont avec alcool	% des accidents avec alcool
France	84 525	6 641	7,8 %	4 857	1 203	24,7 %
Aquitaine	2 125	204	10 %	118	28	23,7 %

En France comme en Aquitaine, dans un accident mortel de la route sur quatre, le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite autorisée.

En France comme en Aquitaine, la proportion d'accidents avec alcool dans les accidents mortels est presque trois fois plus élevée que celle constatée dans les accidents corporels.

Les accidents corporels avec alcool sont cependant plus fréquents en Aquitaine (10 %) qu'en France (7,8 %).

Ces chiffres sont plus élevés dans la réalité, car le dépistage de l'alcoolémie n'est pas effectué systématiquement en cas d'accident corporel (ou mortel).

Parmi les accidents corporels (84 525), le nombre d'accidents corporels au taux d'alcoolémie connue est de 66 503. Ainsi, en France les accidents corporels avec alcool représentent 10 %.

D'autres données, issues des mêmes sources, montrent qu'en France, 45,6 % des accidents mortels survenant la nuit impliquaient un conducteur au dessus du taux d'alcoolémie autorisé. Ce chiffre est encore plus élevé les nuits de week-end et de jours fériés (53,4 %). Les résultats en Aquitaine confirment ces tendances.

D'une autre source⁶², 2,5 % des dépistages de l'alcoolémie routière des conducteurs circulant en France présentent un résultat positif, (2,4 % en Aquitaine).

⁵⁹ Source : Revue Travail, n°30 (1999).

⁶⁰ Source : Observatoire Régional de la Sécurité Routière en Aquitaine et www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr : « alcool et accidents de la route ».

⁶¹ Avec alcool = dépassement du taux légal d'alcoolémie.

⁶² Source : site OFDT « Alcool/conséquences », statistiques 2003.

- **Accidents et cannabis**

Plusieurs études épidémiologiques ont permis de mettre en évidence la corrélation entre consommation de cannabis et accidents :

→ [Enquête effectuée par Mura et al. ⁶³ \(2003\)](#)

L'analyse de sang de 900 conducteurs impliqués dans un accident mortel et de 900 sujets témoins a montré que chez les moins de 27 ans, le principe actif du cannabis était présent chez 15,3 % des conducteurs contre 6,7 % des témoins.

La fréquence des accidents est multipliée par 2,5 avec un usage récent de cannabis et par 4,6 avec l'association alcool-tabac.

→ [Enquête effectuée par Ragoucy-Sengler et al. ⁶⁴ \(2003\)](#)

Une étude similaire conduite en Guadeloupe met à jour des résultats proches : sur risque d'accidents de 2,7 après consommation de cannabis.

→ [Enquête effectuée par l'UMJ de Seine St Denis \(2002\) ⁶⁵](#)

Dans une série de **19 décès au travail, hors accidents de circulation, un dépistage positif de cannabis a été retrouvé dans 7 cas (soit 37 %)**. Parmi ces cas, 4 n'avaient pas de mécanisme accidentel (chute sans motif particulier) et 3 avaient un mécanisme accidentel, aggravé par l'inattention, ou des initiatives inexplicables (recul de bennes, marteau piqueur sur rambarde).

⁶³ Détails disponibles dans la Revue Synapse d'octobre 2003.

⁶⁴ Détails disponibles dans la Revue Synapse d'octobre 2003.

⁶⁵ Etude menée sous la Direction du Dr B. MARC, Médecin des Hôpitaux au CHU Jean Verdier, 93143 BONDY cedex.

D. POLITIQUES DE PREVENTION DES ADDICTIONS HORS AQUITAINE

Dans cette partie de l'étude, six grandes entreprises et un groupement de services de santé au travail hors Aquitaine ont été auditionnés sur la mise en place et les résultats de leur politique de prévention des comportements addictifs. Les témoignages de quatre entreprises, qui ont participé aux « Assises Nationales de la Prévention des Addictions en Entreprise » organisées par l'ANPAA le 3 mai 2006, ont également été pris en compte.

● Contexte

En ce qui concerne le problème alcool, les entreprises se mobilisent dans un contexte **d'excès de boissons** (« culture alcool », « rite initiatique », « apéritifs » très fréquents, voire « buvettes clandestines », retraits de permis) **et/ou suite à un accident grave de travail** ou de trajet avec alcool.

Pour le cannabis, c'est une constatation des comportements non adaptés (surtout chez les jeunes embauchés) qui est à l'origine d'une politique de prévention. Si toutes les entreprises interrogées s'inquiètent du phénomène alcool, seule une sur deux prend en compte les addictions au cannabis.

● Réalité des consommations

Selon les entreprises, on compte entre 5 et 8 % de buveurs excessifs et entre 2 et 3 % d'alcool-dépendants. Les chiffres étaient de 3 à 5 points plus élevés avant la mise en place des politiques de prévention.

Les « pots » avec alcool ont beaucoup diminué et ont été interdits dans la moitié des entreprises ciblées. La consommation de vin ou de bière à la cantine à l'occasion des repas est cependant acceptée dans les entreprises ciblées.

Parmi les 3 entreprises qui pratiquent le dépistage à l'embauche pour les PSS, deux d'entre-elles évoquent 30 % de salariés positifs au cannabis et la troisième 0,5 %, mais « avec une sélection très rigoureuse en amont ».

● Accidents du travail

L'un de nos interlocuteurs estime que 40 % des accidents du Travail sont en lien avec les pratiques addictives et que seul un **accident corporel grave** peut faire réagir l'entreprise. Parmi les entreprises ciblées, une sur deux a mis en place une politique de prévention suite à un accident corporel grave.

Lors de l'analyse des causes de l'accident, les entreprises ne semblent pas se poser la question du « comportement anormal », à l'exception de l'une d'elles, qui le fait désormais systématiquement. Dans une autre entreprise, certains accidents (notamment ceux impliquant des caristes) sont suivis d'un contrôle du taux d'alcool par l'entreprise (éthylotest).

Les postes de sécurité sont très nombreux dans les entreprises interrogées : commerciaux, chauffeurs, conducteurs et agents de transport, conducteurs d'engins, travaux en hauteur, travaux en ligne, transport de matières, utilisation de machines dangereuses.

● Gestion des situations d'addiction

L'importance du **repérage et du signalement** de la personne présentant un trouble du comportement **par la hiérarchie intermédiaire**, est citée par les entreprises. Elles insistent sur la nécessité de « nommer le problème alcool » avec le salarié en difficulté. Trois entreprises sanctionnent le salarié, selon un barème progressif, stipulé au règlement intérieur.

Le volet soins est assuré par le Médecin du travail seul. Outre la gestion des situations de crise, il a un rôle fondamental pour **intervenir avant que la situation ne soit trop dégradée** : question des consommations de substances psycho actives posée systématiquement à l'embauche, repérage clinique ou intervention ponctuelle pour un salarié en difficulté repéré par l'environnement de travail. Il peut alors être orienté vers :

- son médecin traitant, pour des examens complémentaires et des soins,
- un relais interne à l'entreprise, où il pourra parler à d'autres salariés de ses problèmes : « Coordination Psychotrope Assistance », « relais santé », « Groupe Acier Sobriété », « Groupe de Prévention du Risque Alcool », « SULCA »,
- une association d'anciens buveurs (en interne : « La santé de la famille », ou en externe, localement : « Croix Bleue », « Alcool Assistance Croix d'Or »).

Un de nos interlocuteurs souligne l'importance de l'accueil du retour du salarié à son poste de travail et l'attention qui doit être portée au salarié pour éviter la rechute.

Les dépistages de substances psycho actives peuvent être effectués par :

- la hiérarchie, en cas de troubles du comportement (modalités précisées dans le Règlement intérieur : éthylo-tests homologués disponibles dans toutes les entreprises sauf pour deux d'entre-elles, dont l'une met à disposition son logiciel d'auto-évaluation de la consommation d'alcool),
- le Médecin du Travail : dépistages urinaires à l'embauche des PSS pour le cannabis (cité par au moins une entreprise sur deux). En cas de résultat positif, le Médecin tente de persuader le salarié d'arrêter sa pratique et le teste à nouveau ultérieurement. En cas de nouvelle positivité, le salarié n'occupera plus son poste en PSS.

La majorité des entreprises interrogées hors Aquitaine a modifié le règlement intérieur pour préciser les modalités de dépistage et de contrôle, ainsi que les sanctions encourues en cas de manquement.

● Prévention

Dans un premier temps, un groupe de travail est créé, pouvant regrouper des représentants de la Direction, du CHSCT, le Médecin du Travail, un responsable sécurité et un intervenant extérieur (à titre d'exemple : ANPAA, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Inspection du Travail).

Une des entreprises interrogées, dont le groupe de travail a été dissous après 8 ans d'activité, insiste sur **l'importance d'impliquer les représentants du personnel** ; ainsi, dans une autre, c'est le CHSCT qui pilote les groupes de prévention.

Trois entreprises insistent sur **l'importance d'une forte implication de la Direction**.

Pour deux autres entreprises, l'initiative vient des salariés et du Médecin du Travail, qui « promeuvent leur action auprès de la Direction » et présentent ensuite à celle-ci des indicateurs de progrès justifiant leur démarche.

Afin d'impliquer la hiérarchie intermédiaire et de mettre en valeur le rôle qu'elle doit tenir dans le dispositif, les entreprises ont organisé des formations en alcoologie / addictologie (et ceci pour plus de la moitié des entreprises interrogées).

Des campagnes d'information ont ciblé l'ensemble du personnel (toutes entreprises). Les moyens utilisés sont très variés :

- diffusion de plaquettes éditées par : la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, la Prévention routière, les services de communication des entreprises,
- utilisation de logiciels qui simulent la situation d'alcoolisation et le « retour à zéro » sur CD-ROM (SIMALC, « L'alcool et la conduite » élaboré par AXA Prévention⁶⁶ et de sa version sur téléphone portable),
- stands d'information à la fête annuelle de l'entreprise,
- initiatives ludiques : palmarès du « meilleur chauffeur », parcours avec des lunettes spéciales reproduisant les effets de l'alcool.

Deux personnes interrogées pointent l'importance de **lutter en premier lieu contre le tabac dans l'entreprise**, avant d'aborder les autres pratiques addictives. En effet, le collectif SULCA (= SOLLAC Usine en Lutte Contre l'Alcoolisme) a mis en évidence que : 85 % des personnes en difficulté avec l'alcool fument ; plus de 90 % des fumeurs de cannabis ont commencé par le tabac ; plus de 99 % des cocaïnomanes et héroïnomanes ont commencé par le tabac.

Les modalités d'évaluation de ces politiques sont adaptées aux entreprises :

- suivi des pyramides de Skinner⁶⁷ ou grilles LEGO,
- suivi des inaptitudes ou de l'absentéisme de faible durée,
- suivi des sanctions, de la productivité,
- enquête nationale pour une entreprise à partir du test AUDIT⁶⁸,
- mesure des boissons alcoolisées consommées à la cantine, pesage du verre alimentaire.

⁶⁶ « L'alcool et la Conduite », logiciel présenté dans les annexes de cette étude.

⁶⁷ Pyramide de Skinner = classe les consommateurs d'une substance selon leur degré de dépendance, présentée en annexe de cette étude.

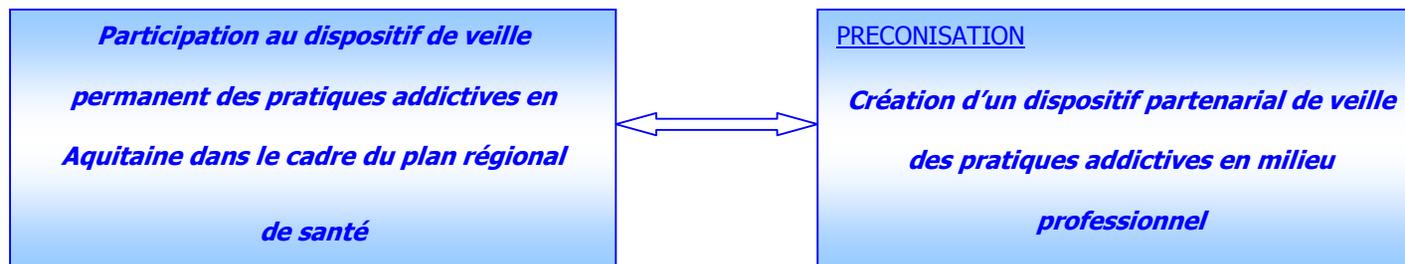
⁶⁸ Test AUDIT = questionnaire de repérage des consommations problématiques d'alcool, présenté dans les annexes de cette étude.

II- RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES LIEES AUX CONDUITES ADDICTIVES ET AUX RISQUES PROFESSIONNELS EN AQUITAINE

A. PROMOUVOIR UNE APPROCHE INSITUATIONNELLE PARTENARIALE DE LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES EN MILIEU PROFESSIONNEL PAR UN DISPOSITIF DE VEILLE REGIONALE

PRINCIPAUX CONSTATS LIES A L'ETAT DES LIEUX

- (-) Très peu de statistiques disponibles et statistiques diffuses en Aquitaine permettant une évaluation quantitative du phénomène des addictions
- (-) Absence de données consolidées pour l'Aquitaine
- (-) Pas de statistiques disponibles sur les addictions en entreprise
- (-) Pas de statistiques disponibles sur les liens entre les accidents du travail et la consommation de substances psychotropes
- (+) La prévention des addictions figure au plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Un Centre d'Information Régional sur les Drogues et Dépendances devrait voir le jour prochainement.
- (+) Des Médecins du Travail en Aquitaine, sensibilisés à la question des addictions en milieu de travail, sont prêts à se mobiliser pour mieux connaître le phénomène



1. Nécessité de participer à un dispositif de veille permanent des pratiques addictives en Aquitaine intégrant

les partenaires sociaux du monde professionnel

A - OBJECTIFS

- Evaluer les consommations de substances psycho-actives dans la population active en Aquitaine.
- Estimer les accidents pouvant être mis en corrélation avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres substances addictives.
- Participer à la mise en place d'un partenariat entre les différents acteurs.

B - ACTEURS

- La Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, dans le cadre du Plan Régional de Santé
- L'Observatoire Régional de la Sécurité Routière
- L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- Le Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue
- L'Observatoire Régional de la Santé au Travail
- Le CIRDD (Centre d'Information Régionale sur les Drogues et Dépendances) à partir de sa création
- L'ANPAA

C - MOYENS

- Consolider l'existant : Baromètre santé, ESCAPAD (jeunes appelés), Rapport TREND Bordeaux, bilans d'activité des centres de soins, statistiques des accidents de la circulation routière.
- Mettre en place des indicateurs annuels :
 - Consommation de substances psycho actives en Aquitaine selon
 - le type de substances consommées et fréquences
 - le sexe, tranche d'âge des consommateurs (15 à 65 ans)
 - le département
 - Accidents liés à la consommation de substances psycho actives en Aquitaine
 - le type de substance en cause
 - la gravité de l'accident.

Conduites addictives : alcoolisme toxicomanie et risque professionnel en Aquitaine

Observatoire Régional de la Santé au Travail Aquitaine

Société d'études et de conseil Hommes et Mutations SA @ 25, cours de Verdun 33000 Bordeaux – Tel : 05.56.52.66.91 – Fax : 05.56.51.17.60 – Mail : hommesetmutations@wanadoo.fr

2. Créer un dispositif partenarial de veille des pratiques addictives en milieu professionnel

A - OBJECTIFS

Mettre en évidence le phénomène des pratiques addictives en milieu professionnel pour une meilleure prévention.

B - ACTEURS

Création d'une Commission de concertation pour la prévention des addictions en milieu professionnel⁶⁹

PARTENARIAT ENTRE

- L'Observatoire Régional de la Santé au Travail et sa Commission Technique Consultative
- Le Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'Œuvre (Plan Régional de Santé au Travail/DRTEFP)
- La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- La Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- Les structures de soins aux alcoolodépendants et aux toxicomanes

C - MOYENS

La Commission de concertation pour la prévention des addictions en milieu professionnel serait chargée de :

- Collecter l'ensemble des initiatives recensées dans le domaine concerné
- Promouvoir une information et une communication adaptées auprès des acteurs publics et privés ainsi qu'auprès des partenaires sociaux des branches professionnelles concernés

⁶⁹ Il ne s'agit pas de créer une structure supplémentaire mais d'optimiser les différents outils et actions existants.

B. GENERER UNE DYNAMIQUE REGIONALE DE PREVENTION DES PRATIQUES ADDICTIVES DANS LES ENTREPRISES

PRINCIPAUX CONSTATS LIES A L'ETAT DES LIEUX

- (-) Les salariés consommateurs à risques et l'environnement de travail sont souvent en situation de déni vis-à-vis des conduites addictives
- (-) Les entreprises se sentent isolées et démunies sur la question des pratiques addictives
- (-) Les représentations dans le domaine des addictions sont nombreuses en milieu professionnel
- (-) Les médecins du travail sont souvent informés tardivement de la difficulté d'un salarié avec l'alcool (lorsque la situation est devenue ingérable dans le milieu du travail)
- (-) Les structures de soins et de prévention des addictions (alcool/toxicomanies) sont insuffisamment connues par les acteurs de l'entreprise
- (+) Les différents départements d'Aquitaine sont dotés de nombreuses structures de soins (malades alcooliques et toxicomanes) et de prévention des pratiques addictives.
- (+) Le Médecin du Travail est l'acteur « clé » du repérage de personnes salariées (susceptibles de développer une dépendance aux substances psycho actives inductives de risques au poste de travail)

PRECONISATION

Mobiliser les acteurs aquitains dans la prévention des addictions

en milieu professionnel

Conduites addictives : alcoolisme toxicomanie et risque professionnel en Aquitaine

Observatoire Régional de la Santé au Travail Aquitaine

Société d'études et de conseil Hommes et Mutations SA @ 25, cours de Verdun 33000 Bordeaux – Tel : 05.56.52.66.91 – Fax : 05.56.51.17.60 – Mail : hommesetmutations@wanadoo.fr

1. Lancer un programme régional de communication pour la prévention des addictions en milieu professionnel

A - OBJECTIFS

- Informer et sensibiliser les acteurs pour faire évoluer les représentations liées à l'alcool, au cannabis et aux autres substances psychoactives
- Rassembler les acteurs autour d'un projet partenarial des addictions en milieu professionnel.
- Permettre l'appropriation et la déclinaison de ce programme par les Branches et Organisations Interprofessionnelles.

B - ACTEURS

- *La Commission de concertation pour la prévention des addictions en milieu professionnel*

C - MOYENS

Organisation d'une manifestation à caractère régional :

- Présentation de l'étude et des résultats,
- Information sur la législation en vigueur concernant les addictions en entreprise,
- Informations médicales par des Médecins du travail et des structures de soins / prévention,
- Table ronde : témoignages d'entreprises ayant entrepris une démarche de prévention des conduites addictives (contexte, mise en place des procédures, sensibilisation des salariés, résultats).

D - CIBLES

- Les Branches Professionnelles et les Organisations Interprofessionnelles - les Organisations Syndicales de Salariés et les Organisations d'employeurs
- Les entreprises qui ont contribué à l'étude et leurs instances représentatives du personnel dont les CHSCT
- Des entreprises invitées par les Organisations Interprofessionnelles et les Branches et leurs CHSCT
- Les Médecins du Travail
- Les structures de soins en addictologie d'Aquitaine
- Les associations néphalistes⁷⁰

⁷⁰ Association d'anciens buveurs.

2. Elaborer un guide des « bonnes pratiques »

A - OBJECTIFS

Créer un outil d'aide à la prévention des conduites addictives en entreprise, qui puisse servir de référence pour des acteurs amenés à prendre en charge un salarié présentant des troubles du comportement ou de base au développement d'une politique de prévention des addictions dans l'entreprise.

B - ACTEUR

La Commission de concertation pour la prévention des addictions en milieu professionnel

C - MOYENS

- Définir les conditions de mise en œuvre d'une politique de prévention (mobilisation de l'ensemble des acteurs).
- Etablir un canevas des procédures à mettre en place au sein de l'entreprise (création d'un groupe de travail, aménagement du Règlement intérieur, gestion des troubles du comportement).
- Proposer au Médecin du Travail un outil simple et rapide d'aide au diagnostic systématique de la consommation de tabac, alcool, médicaments, cannabis et autres substances psycho actives lors de la visite médicale (Guide des bonnes pratiques).
- Inclure dans ce guide des rappels relatifs à la législation en matière de gestion des pratiques addictives en entreprise, des informations relatives au lien entre consommation de substances psycho actives et accidents, et une liste indicative des Postes de Sûreté- Sécurité.

3. Promouvoir la mobilisation des services de santé au travail en vue d'optimiser la prévention dans le domaine des conduites addictives en milieu professionnel

A - OBJECTIFS

- Mettre en évidence le phénomène des pratiques addictives et de leurs conséquences dans l'entreprise
- Organiser les modalités d'une information adaptée dans l'entreprise pour prévenir les pratiques addictives et leurs conséquences

B - ACTEURS

- *Le Médecin du Travail de l'entreprise*
- *Les services de santé au travail*
- *L'employeur*
- *Les partenaires sociaux et les représentants du personnel de l'entreprise notamment les CHSCT*

C - MOYENS

- Prise en charge d'une information spécifique par le Médecin du Travail auprès de l'employeur dans le respect du secret professionnel en vue de l'organisation d'actions de prévention en liaison avec les représentants du personnel et les partenaires sociaux
- Mise en œuvre d'une force de réflexion et de proposition à travers la création de groupes d'initiatives « addictions » au sein des services de santé au travail, voire au sein d'une entreprise lorsqu'elle dispose d'un service autonome en vue :
 - De mieux connaître les outils existants utiles au développement d'actions de prévention permettant d'évaluer la sensibilité aux différentes addictions (pour l'alcool : AUDIT OU FACE ; pour le cannabis : consommation de cannabis déclarée ou CAST)
 - D'initier ou de créer de nouveaux outils (ex. : questionnaire permettant d'évaluer la sensibilité aux autres substances psychoactives)
 - Proposer des actions de prévention et/ou de communication adaptées à tel ou tel métier⁷¹, secteur professionnel, ou entreprise
 - Promouvoir et encourager le suivi particulier des conduites addictives auprès des salariés lors des visites médicales (biennales, annuelles - pour les salariés classés en surveillance renforcée-, à la demande de l'employeur, à la demande du salarié....)
 - Organiser une évaluation et un suivi global des résultats dans l'entreprise et dans le champ collectif interentreprises.

⁷¹ Il s'agit d'une approche risque/métier.

4. Effectuer des actions de sensibilisation de terrain

A - OBJECTIFS

Mettre à la disposition des acteurs de l'entreprise une information complète et homogène sur les pratiques addictives et les risques d'accidents, les techniques de prévention et les structures d'aide aux personnes ayant des difficultés à gérer leurs pratiques addictives.

B - ACTEURS

- *La Commission de concertation pour la prévention des addictions en milieu professionnel*
- *Les organisations professionnelles et interprofessionnelles d'employeurs - les organisations syndicales professionnelles et interprofessionnelles de salariés*
- *Les services de santé au travail de la région*
- *Les organismes de prévention et de soins*

C - MOYENS

- *Recenser l'offre de formation* pour la prévention des conduites addictives⁷² :
 - pratiques addictives et risques d'accident
 - conduite à tenir en cas de troubles du comportement d'un salarié
 - dépistage
 - rôle du Médecin du Travail, rôle du chef d'entreprise
- Communiquer l'offre de formation aux acteurs de l'entreprise
- Créer des *supports de communication*, en collaboration avec les branches : plaquette ou kit d'information (affiches,...), qui peuvent s'inspirer des initiatives du Service de Prévention des Risques Professionnels de la Caisse régionale d'Assurance Maladie Aquitaine
- Développer des *Chartes d'entreprises* conclues entre employeurs et partenaires sociaux destinées à promouvoir la mise en œuvre d'actions de prévention des addictions en milieu professionnel

⁷² La formation est un outil et un levier de sensibilisation et de compréhension.

D - CIBLES

- Les chefs d'entreprise
- Les services médicaux/sociaux des grandes entreprises : Médecins du Travail, infirmières du travail, assistantes sociales
- Les services de Santé au Travail (interentreprises)
- Les salariés des entreprises : encadrement, responsables sécurité, secouristes, membres du CHSCT, salariés volontaires désireux de créer un « groupe relais » ; voire des « *Référents addictions* », notamment pour les PME (à l'instar des Référents risques professionnels) qui seraient les interlocuteurs identifiés disponibles pour les salariés concernés par les pratiques addictives

C. EVALUER L'IMPACT DU DISPOSITIF REGIONAL

PRINCIPAUX CONSTATS LIES A L'ETAT DES LIEUX

- (-) Manque de statistiques permettant d'évaluer l'efficacité des politiques de prévention (voir A. 1.)
- (-) Des scepticismes dans l'entreprise peuvent être des freins à la mise en place d'une politique de prévention des pratiques addictives
- (+) Des entreprises ont déjà mis en place une politique de prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies.
- (+) Les politiques nationales de lutte contre le tabagisme passif ont été suivies d'actions dans de nombreuses entreprises d'Aquitaine, pouvant créer un effet d'entraînement pour d'autres politiques de prévention des addictions

PRECONISATION

Evaluer les actions de prévention des addictions en milieu professionnel

1. Créer des indicateurs

A - OBJECTIFS

- Disposer d'indicateurs régionaux permettant :
 - d'évaluer l'efficacité des politiques de prévention des conduites addictives en milieu professionnel,
 - de suivre l'évolution des effets de la prévention dans le temps,
 - d'analyser les résultats d'une entreprise dans un contexte sectoriel et territorial,
 - de situer la politique régionale dans un contexte national.

B - ACTEURS

- *La Commission de concertation pour la prévention des addictions en milieu professionnel*
- Le CIRDD (Centre d'Information Régionale sur les Drogues et Dépendances)

C - MOYENS

Créer des indicateurs annuels de résultats pertinents relatifs :

- 1) au nombre estimé de personnes en difficulté avec l'alcool et les autres substances psycho actives (pyramide de SKINNER, ou autre),
- 2) au nombre de personnes adressées à des structures de soins (alcool ou toxicomanies),
- 3) au devenir professionnel des personnes malades au terme d'un suivi (retour au poste, inaptitudes, classement Travailleur Handicapé, invalidité...),
- 4) à l'évaluation de la consommation d'alcool au sein de l'entreprise (pots, cantine),
- 5) au nombre de personnes formées à l'addictologie, et actions d'information-sensibilisation menées,
- 6) à l'absentéisme de courte durée à répétition, aux statistiques des accidents du travail / de trajet,
- 7) à l'estimation des conduites addictives au regard de la nature des produits consommés par catégories d'âge et de sexe.

2. Action expérimentale auprès d'un panel d'entreprises volontaires

A - OBJECTIFS

L'évaluation des actions de prévention menées dans certaines entreprises représentatives pour la région Aquitaine permettra d'estimer l'impact de la politique régionale de prévention des addictions en milieu professionnel.

B - ACTEURS

- *La Commission de concertation pour la prévention des addictions en milieu professionnel*
- Les entreprises qui ont participé à l'étude et qui sont désireuses de participer à l'action d'évaluation
- D'autres entreprises, par l'intermédiaire des organisations de Branches et interprofessionnelles, afin de conférer au panel une bonne hétérogénéité et représentativité du tissu économique aquitain
- Les CHSCT des entreprises qui ont participé à l'étude et des entreprises choisies par les organisations de Branches et interprofessionnelles

C - MOYENS

- Mettre en place dans les entreprises volontaires du panel, l'usage des *indicateurs* retenus par la *Commission de concertation*. Travail en synergie entre les acteurs concernés dans l'entreprise, réunis en groupe de travail :
 - le Médecin du Travail (aidé de l'infirmière et de l'assistante sociale le cas échéant),
 - le responsable de l'entreprise et/ou le responsable des ressources humaines,
 - des représentants du personnel, des membres du CHSCT, le responsable sécurité, ...
- Utiliser les indicateurs :
 - les indicateurs n°1, n°2, n°3, n°7 sont renseignés à l'occasion du suivi médical par le Médecin du Travail,
 - les indicateurs n°4, n°5, n°6 peuvent être renseignés par des acteurs ne faisant pas partie de l'équipe médicale (RRH, responsable sécurité, membre du CHSCT,...).
- Effectuer la synthèse des résultats.

D. COMMUNIQUER

A - OBJECTIFS

- Promouvoir une communication adaptée auprès des entreprises, des partenaires sociaux et des acteurs généraux de la prévention
- Communication des actions expérimentales conduites (cf C.2)

B - ACTEURS

- *La Commission de concertation pour la prévention des conduites addictives en milieu professionnel*
- *Les organisations professionnelles et les partenaires sociaux*
- *La Caisse Régionale d'Assurance Maladie Aquitaine*

B - MOYENS

- *Campagnes de communication* à échéances régulières (souhaitables tous les deux ans)
- *Etat des lieux* de la prévention des conduites addictives en milieu professionnel (souhaitable tous les deux ans)
- Diffusion de *messages* aux acteurs de l'entreprise (relais des partenaires sociaux et des branches professionnelles, internet, newsletters)
- Création d'un *site Internet* dédié à la prévention des conséquences des conduites addictives en milieu professionnel
- Création de *forums ou de sites d'échanges anonymes* entre personnes concernées (cf. liaison point précédent)
- Organisation *d'assises régionales* pour la prévention de conduites addictives en milieu professionnel sur la base d'intervention d'experts et d'acteurs du monde professionnel
- Création d'un *annuaire de référence régional*⁷³ regroupant l'ensemble des organismes, structures, acteurs et services de la région Aquitaine susceptibles d'intervenir dans le domaine de la prévention et de la gestion des conduites addictives en milieu professionnel

⁷³ Cf base de données – Annexes page 18.

C – DESTINATAIRES

- Les Branches Professionnelles et les Organisations Interprofessionnelles
- Les Organisations Syndicales de Salariés, les Organisations d'employeurs
- Les entreprises d'Aquitaine et leurs instances représentatives du personnel notamment CHSCT
- Les Médecins du Travail
- Les structures de soins en addictologie d'Aquitaine
- Les associations néphalistes
- Des correspondants extra régionaux (Observatoires Régionaux de la Santé au Travail hors Aquitaine, Caisse Nationale d'Assurance Maladie)