



Institut National
de Médecine Agricole

Mémoire
pour l'obtention du Diplôme
de Médecine Agricole

Rôles du médecin du travail
dans l'amélioration de la prévention
du risque alcool
en entreprise de type coopérative

Présenté par le Dr MOTTEAU Clara
29 rue Victor DRUGEON 41120 OUCHAMPS
Expédié en août 2009

REMERCIEMENTS

Je remercie le Docteur Joël-Erick TARRIDA,
médecin du travail à la MSA de Touraine,
pour avoir supervisé ce mémoire, et pour la confiance qu'il m'a accordée.

Je remercie le Docteur Gilles CROYERE,
médecin-chef du Service de Santé au Travail de la MSA de Touraine,
pour ses conseils et l'accueil au sein de son équipe.

Je remercie Madame Sylvie GANDON, intervenante de l'ANPAA 41,
pour son aide, sa disponibilité et m'avoir fait bénéficier de son expérience.

Je remercie Madame Christine SAUTEREAU,
secrétaire du Service de Santé au Travail de la MSA du Loir-et-Cher,
pour son aide et sa disponibilité.

Je remercie le Docteur Anne-Marie BRIEUDE, addictologue au Centre Hospitalier,
pour sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie le Docteur Isaac GBADAMASSI, médecin du SAMU 41,
pour son aide et son regard critique.

Je remercie le Docteur Abdennebi ANYS,
chef du Service d'Accueil et d'Urgences du Centre Hospitalier de Blois,
pour son aide et sa rigueur.

CHARTRE EUROPEENNE
SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL :
Cinq principes éthiques et buts

1. Toute personne a droit à une vie familiale, sociale et professionnelle à l'abri des accidents, des actes de violence et autres conséquences néfastes de la consommation d'alcool.

2. Toute personne a le droit de recevoir, dès un stade précoce de son existence, une éducation et des informations objectives et fiables concernant les effets de l'alcool sur la santé, la famille et la société.

3. Tous les enfants et adolescents ont le droit de grandir dans un environnement aux risques réduits, à l'abri des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et, dans la mesure du possible, de la promotion des boissons alcoolisées.

4. Toute personne ayant une consommation d'alcool dangereuse ou nocive et les membres de son entourage ont droit à un traitement et à des soins accessibles.

5. Toute personne qui ne souhaite pas consommer de l'alcool, ou qui ne peut le faire pour des raisons de santé ou pour d'autres raisons, a le droit de ne pas être soumise à des incitations à boire et d'être soutenue dans son abstinence.

RESUME

L'alcool en milieu de travail est une réalité, bien qu'il existe encore un tabou autour de son usage et de ses conséquences.

Des recommandations récentes et nombreuses ont permis de proposer des axes d'action dans le cadre d'une politique collective de gestion de ce risque.

A partir des recommandations et de la rencontre avec différents intervenants, je propose un ensemble de mesures s'intégrant dans une démarche globale.

L'évaluation des addictions, dont l'alcool, comme risque professionnel, semble un préalable à la prise en compte du risque, et favorise les actions de prévention.

L'outil informatique et le recours à des intervenants spécialisés dans la prévention en alcoologie me semblent indispensables dans l'amélioration des pratiques.

Enfin, le médecin du travail a un rôle primordial dans la prévention et le soin. Il devrait évaluer systématiquement l'usage d'alcool des salariés, et aider à définir la conduite à tenir en cas d'ivresse dans l'entreprise. Le recours à une hospitalisation brève me paraît nécessaire pour la prise en charge de l'ivresse, et devrait être l'occasion d'une évaluation alcoologique. Le médecin du travail devrait aussi participer à la prise en charge pluridisciplinaire des salariés dépendants.

Mots-clés :

Addictions

Risques professionnels

Santé au Travail

Urgences

ABSTRACT

In spite of reality of alcohol at work, speaking about its uses and consequences is still a taboo.

Many recent recommendations can help in the prevention and management of alcohol problems, as building a collective policy.

With these recommendations, I have met professionals who helped me to suggest actions for a global intervention.

To assess alcohol as an occupational risk is a preliminary. It might promote prevention.

Computing and specialists of prevention in alcohol are essentials to improve practical experience.

Finally, the medical practitioner has a leading role in prevention and care. He should screen for substance abuse in pre-employment examinations, and help to define the management of intoxication at work. Hospitalization is necessary to manage intoxication and can be followed by an examination for alcohol abuse. The medical practitioner should also take part in treatment of addictions.

Keywords :

Addictions

Occupational risks

Health at work

Emergency

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	page 6
1. INTRODUCTION	page 7
2. METHODOLOGIE	page 10
2.1. Matériel.....	page 10
2.1.1. Intervenants.....	page 10
2.1.2. Outils.....	page 10
2.2. Méthode.....	page 11
3. RESULTATS	page 12
3.1. Notions générales sur l'alcool.....	page 12
3.1.1. Définitions des conduites de consommations.....	page 12
3.1.2. Définition de l'addictologie.....	page 13
3.1.3. Effets de l'alcool sur la santé.....	page 14
3.1.3.1. Effets aigus.....	page 14
3.1.3.2. Effets d'une consommation prolongée.....	page 14
3.1.3.3. Syndrome de sevrage.....	page 15
3.1.3.4. Interactions avec des médicaments.....	page 15
3.1.4. Dommages sociaux liés à la consommation d'alcool en milieu de travail.....	page 15
3.1.5. Déterminants de la consommation d'alcool en milieu de travail.....	page 15
3.1.6. Signes pouvant évoquer un problème d'alcool.....	page 16
3.1.7. Dispositifs de soins en France.....	page 16
3.1.8. Le sevrage alcoolique et l'accompagnement post-sevrage.....	page 17
3.2. Méthodes de repérage du mésusage.....	page 17
3.3. Rappels réglementaires.....	page 19
3.3.1. Dispositions du Code du Travail (nouveau code de 2007).....	page 19
3.3.1.1. Textes concernant l'accès aux boissons alcoolisées au travail.....	page 19
3.3.1.2. Textes concernant l'état d'ébriété.....	page 19
3.3.1.3. Textes sur la sécurité au travail.....	page 19
3.3.1.4. Textes se rapportant au rôle du médecin du travail.....	page 20
3.3.2. Dispositions du Code Pénal.....	page 20
3.3.3. Dispositions du Code Civil.....	page 21
3.3.4. Dispositions du Code de la santé publique.....	page 21
3.3.5. Dispositions du Code de la route.....	page 21
3.3.6. Législation du règlement intérieur.....	page 22
3.4. Recommandations.....	page 23
3.4.1. Recommandations du BIT.....	page 23
3.4.2. Propositions de l'ANPAA.....	page 23
3.4.3. Recommandations de l'INSERM.....	page 23
3.4.4. Recommandations de la MILDT.....	page 23
3.4.5. Recommandations faisant suite aux Etats généraux de l'alcool.....	page 24
3.4.6. Guide <i>L'alcool sur les lieux de travail. Guide pratique</i>	page 24
3.4.7. Recommandations de l'INRS.....	page 24
3.4.8. Recommandations de l'OMS.....	page 25
3.4.9. Recommandations ministérielles.....	page 25
3.5. Etapes de mise en place d'une politique de gestion du risque alcool en entreprise.....	page 25
3.5.1. Propositions de prévention du risque alcool dans un cadre national.....	page 26
3.5.2. Description des différentes étapes d'une politique globale.....	page 26
3.5.2.1. Constat.....	page 27
3.5.2.2. Création d'un groupe de pilotage.....	page 28
3.5.2.3. Création d'un groupe de prévention alcool interne.....	page 28
3.5.2.4. Formation à l'alcoologie.....	page 28
3.5.2.5. Elaboration d'une «charte alcool» définissant les actions.....	page 29
3.5.2.6. Evaluation finale.....	page 29
3.6. Présentation des propositions de ce travail.....	page 29

3.6.1. Vérification du respect des mesures réglementaires	page 29
3.6.2. Propositions complémentaires faites à l'employeur	page 30
3.6.3. Propositions complémentaires concernant l'évaluation du risque	page 30
3.6.4. Propositions complémentaires concernant le dépistage	page 31
3.6.5. Propositions complémentaires renforçant la réglementation	page 31
3.6.6. Propositions complémentaires concernant les déterminants de consommation dans l'entreprise	page 32
3.6.7. Propositions complémentaires concernant l'identification et l'orientation des salariés en difficulté	page 32
3.6.8. Propositions complémentaires concernant le maintien dans l'emploi et la réinsertion des salariés en difficulté	page 33
3.6.9. Propositions complémentaires concernant la confidentialité	page 34
3.6.10. Propositions complémentaires concernant les salariés entre eux	page 34
3.7. Rôles du médecin du travail	page 34
3.8. Rôle du préventeur de la MSA	page 36
3.9. Apport possible d'intervenants extérieurs dans la mise en place	page 37
3.10. Actions réalisées dans le cadre de ce mémoire	page 37
3.11. Exemple d'une situation problématique et conduite proposée	page 38
4. DISCUSSION	page 41
<u>4.1. Quels arguments peuvent motiver un employeur à s'engager dans une démarche de prévention du risque alcool ?</u>	page 41
<u>4.2. Comment modifier les représentations ?</u>	page 41
4.2.1. Comment modifier les représentations de l'employeur ?	page 42
4.2.2. Comment modifier les représentations des salariés ?	page 43
4.2.3. Comment modifier les représentations du médecin du travail ?	page 43
<u>4.3. Faut-il évaluer l'alcool comme un risque professionnel ?</u>	page 44
4.3.1. Définition du risque	page 44
4.3.2. Définition du risque professionnel	page 45
4.3.3. Perception du risque	page 45
4.3.4. Evaluation du risque professionnel	page 46
4.3.5. Définition du risque routier	page 46
<u>4.4. Faut-il dépasser les exigences législatives ?</u>	page 47
<u>4.5. Quelle tenue du dossier médical ?</u>	page 47
<u>4.6. Le médecin a-t-il les moyens et missions de réaliser le RPIB ?</u>	page 49
<u>4.7. Respect du secret médical</u>	page 50
<u>4.8. Incompatibilité des fonctions du médecin du travail</u>	page 51
<u>4.9. Quelle attitude adopter en face d'un salarié soupçonné d'un mésusage d'alcool ?</u>	page 51
<u>4.10. Place du dépistage, de la fouille et de la vidéosurveillance</u>	page 54
<u>4.11. Place de la sanction</u>	page 55
<u>4.12. Conduite à tenir en cas d'ivresse</u>	page 56
<u>4.13. Délégation des tâches en santé au travail</u>	page 59
<u>4.14. Evaluation d'une politique de gestion du risque alcool</u>	page 60
<u>4.15. Limites de l'action proposée</u>	page 60
<u>4.16. Reproductibilité de l'intervention</u>	page 60
5. CONCLUSION	page 61
BIBLIOGRAPHIE	page 63
ANNEXES	page 70
Etat des lieux dans l'entreprise	page 71
Proposition de modification du règlement intérieur	page 72
Questionnaire AUDIT	page 73
Questionnaire DETA	page 75
Questionnaire FACE	page 76
Protocole de gestion d'un état d'alcoolisation dans l'urgence	page 77
Fiche de constat	page 78

ABREVIATIONS

ADES	Association Départementale d'Education pour la Santé
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
BIT	Bureau International du Travail
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CDA	Consommation Déclarée d'Alcool
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
DMST	Dossier Médical en Santé au Travail
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DSM	Diagnosis and statistical manual of Mental Disorders
FFA	Fédération Française d'Addictologie
HAS	Haute Autorité de Santé
IEA	Intoxication Ethylique Aiguë
INMA	Institut National de Médecine Agricole
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INRS	Institut National de Recherche et Sécurité
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IPRP	Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
ISPA	Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
RPIB	Repérage Précoce et Intervention Brève
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil et d'Urgences
SDIS	Service D'Incendie et de Secours
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SST	Santé et Sécurité au Travail

1. INTRODUCTION

En 2009, en France, la consommation d'alcool et ses conséquences restent un problème de santé publique, mais aussi de santé et de sécurité au travail.

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. Avec treize millions de consommateurs réguliers en 2003, la France est le sixième pays le plus consommateur d'alcool dans le Monde, malgré une baisse de la consommation globale d'alcool depuis 40 ans [1, 2]. L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) constate cependant de fortes différences de comportements de consommation, et estime qu'environ quatre millions de personnes peuvent être considérées comme consommateurs d'alcool à risque (actuel ou passé) de dépendance [3]. De plus, on constate une augmentation récente de la fréquence des comportements à risque, dont une augmentation de la fréquence des ivresses chez certaines catégories socioprofessionnelles, dont les chefs d'entreprise, ouvriers et cadres [4]. D'autre part, deux études récentes ont montré l'existence d'une alcoolisation excessive chez plus de quatre hommes sur dix, et plus d'une femme sur dix [5]. Cette consommation à risque est plus fréquente chez les hommes dans la classe d'âge 25-64 ans.

L'impact de cette consommation excessive sur la santé, bien que difficile à mesurer, demeure élevé en termes de mortalité, de morbidité et de dommages sociaux [1]. Avec 45 000 morts attribuables à l'alcool par an, il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable de notre pays. Chez les hommes, la surmortalité liée à l'alcool est supérieure de 30 % à la moyenne européenne.

Sur la route, l'alcool multiplie le risque d'être responsable d'un accident mortel, même pour une alcoolémie inférieure au seuil légal. Le nombre de décès sur les routes françaises attribuable à l'alcool est très supérieur à celui associé aux stupéfiants [6].

En milieu de travail, l'alcool est présent lors des repas d'affaires et des «pots», et la consommation d'alcool est similaire à celle de la population générale [7]. Il faut signaler l'existence de bars clandestins [8]. Tous secteurs professionnels confondus, 10 % des salariés déclarent que l'alcool fait partie de la culture de leur milieu professionnel, et ce chiffre augmente particulièrement dans le secteur de l'agriculture (23 % des salariés) [9].

Plus de 10 % des salariés boivent durant leur temps de travail, en dehors des repas et des pots [9, 10].

La consommation d'alcool au repas de midi concerne 12 à 34 % des actifs du secteur agricole [9, 10]. Le repas d'affaires peut être l'occasion d'une consommation d'alcool augmentée ou provoquée [7].

De plus, 49 à 92 % des salariés participent à au moins un pot par an [9, 10, 11]. Dans une étude récente, sept à huit salariés sur dix déclarent pouvoir y consommer de l'alcool, et dans plus d'un cas sur quatre, des alcools interdits sur le lieu de travail [11].

Les études des conduites de consommation en milieu professionnel montrent que 7 à 10 % des salariés ont une consommation à risque et que 1 à 8 % sont dépendants [12, 13, 14, 15]. La consommation à risque serait quatre fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes en milieu de travail [13].

Enfin, deux études ont montré une consommation de substances psychoactives significativement supérieure à celle du reste de la population active à certains postes de sécurité [16, 17].

Cette consommation d'alcool a des conséquences en termes de santé et sécurité au travail, bien que les données épidémiologiques soient limitées. Ainsi, l'alcool serait à l'origine de 10 à 20 % des accidents du travail et d'un taux identique d'absentéisme [7, 15, 18, 19]. Dans le régime général de la Sécurité Sociale, seuls 3 % des accidents du travail déclarés impliquent un véhicule, mais ils sont responsables de 23 % des accidents mortels [20]. Or l'alcool est un facteur aggravant du risque routier.

L'alcool est donc un risque pour la santé et la sécurité au travail. Le médecin du travail, au sein d'un service de Santé et Sécurité au Travail (SST), a un rôle principalement préventif. Il apparaît donc comme un acteur à part entière de la prise en compte de ce risque dans trois domaines privilégiés : il doit identifier un comportement individuel à risque, protéger le salarié affecté à un poste de sécurité et assurer la sécurité de tous dans l'entreprise [21].

L'état français a engagé depuis 2004 une politique de Santé Publique. Elle a pour objectif la réduction de la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant, la réduction de la prévalence de l'usage à risque et nocif de l'alcool, et la prévention de l'installation de la dépendance [22]. Cette loi de Santé Publique s'est accompagnée de mesures en direction du monde du travail avec les plans gouvernementaux Santé Travail et Addictions.

Le Plan Addictions 2004-2008 visait «à responsabiliser les acteurs de l'entreprise et à adapter des actions de prévention aux conditions de travail des salariés». Le plan 2008-2011 a pour objectif de «réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool». Le Plan Santé Travail 2005-2009 promulgue de «développer des actions en entreprise afin de réduire les accidents de travail en lien avec des conduites addictives, notamment la consommation d'alcool».

Le milieu agricole est aussi visé par le plan de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Le plan d'action Santé-Sécurité au travail 2006-2010 a en effet comme objectif de réduire l'exposition au risque routier [23].

Enfin, la charte européenne sur la consommation d'alcool, adoptée en 1995, a comme premier principe : «Toute personne a droit à une vie [...] professionnelle à l'abri des accidents, des actes de violence et autres conséquences néfastes de la consommation d'alcool.» [24]. Le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommandait en 2000 de réduire les dommages pouvant résulter de la consommation d'alcool sur le lieu de travail, en particulier les accidents et les actes de violence. Il prônait la mise en place de politiques en matière d'alcool reposant sur une action éducative, la prévention, la détection et le traitement précoces, et qui soient intégrées dans les programmes sanitaires en milieu professionnel [25].

Cette volonté politique s'est accompagnée de nombreuses recommandations et propositions d'actions de prévention du risque alcool en entreprise [16, 15, 26, 27, 28]. De plus, il existe des organismes spécialisés dans l'aide à la mise en place de la prévention du risque en entreprise, proposant des actions diverses, d'une simple sensibilisation à l'accompagnement dans la mise en place d'une politique de management du risque alcool [15, 29].

La consommation d'alcool est au troisième rang des préoccupations des chefs d'entreprise et plus de 85 % des directeurs des ressources humaines considèrent les risques liés aux addictions comme importants [9]. Les conséquences de la consommation d'alcool sur les accidents de travail, la qualité du travail, la mauvaise image de l'entreprise, les problèmes

relationnels et l'absentéisme sont bien perçues par une majorité des salariés comme des directeurs des ressources humaines.

Malgré cette volonté politique et la préoccupation des employeurs, une majorité d'entreprises n'ont pas engagé d'action de prévention du risque alcool. Ainsi, selon les études, seules 8% à 42 % des entreprises interrogées avaient mis en place une action de prévention de la consommation de substances psychoactives, avec cependant des chiffres plus élevés dans le secteur des transports (60 %) [9, 11, 30]. Plus de la moitié des entreprises où il existe des pots alcoolisés n'ont pas pris de disposition pour sensibiliser les salariés au risque d'une consommation excessive d'alcool [11].

Enfin, seuls 9 % des chefs de petites et moyennes entreprises envisagent d'interdire la consommation d'alcool, alors que près d'un salarié sur deux y est favorable, et que 32 % des salariés participent à des pots non alcoolisés, et déclarent que l'ambiance est aussi bonne que s'il y avait de l'alcool [30].

Différentes actions menées en milieu de travail ont été présentées dans des publications récentes, mais seul le repérage précoce suivi d'une intervention brève a montré une efficacité à douze mois sur la réduction de consommation, chez les consommateurs excessifs sans dépendance [31]. Diverses mesures ont déjà été appliquées dans certaines entreprises : interdiction de l'alcool dans le restaurant d'entreprise [14], éthylotests permettant des autocontrôles volontaires chez des chauffeurs de bus [32], information systématique sur l'alcool à l'embauche [32], proposition de boissons non alcoolisées et d'éthylotests lors des pots [33], orientation vers une structure spécialisée en cas de dépendance [33].

Dans ces recommandations et expériences, la place du médecin du travail n'est pas toujours clairement définie. Le médecin du travail a pourtant de multiples fonctions : conseil et participation aux actions de prévention, collaboration avec les membres représentatifs de l'entreprise et les intervenants extérieurs, prise en charge des salariés en difficultés avec l'alcool (écoute, aide, coordination des soins, accompagnement et aide au maintien dans l'emploi), participation à l'amélioration des conditions de travail pouvant favoriser un usage de l'alcool. Quels rôles peut donc jouer le médecin du travail dans l'amélioration de la prévention du risque alcool en entreprise ?

Je me propose dans un premier temps de formuler des idées d'actions en accord avec la législation et les recommandations actuelles, dans le but d'élaborer une politique de gestion du risque alcool en entreprise, selon un schéma d'action de santé publique.

Dans un second temps, je tente de préciser le rôle du médecin du travail dans cette stratégie de prévention du risque alcool en entreprise.

L'objectif principal de ce travail est la mise en place d'une action de prévention du risque alcool dans une entreprise. Les objectifs intermédiaires sont de synthétiser l'ensemble des données actuelles de la science afin de proposer une action cohérente et pragmatique, et de définir les rôles du médecin du travail dans cette action.

2. METHODOLOGIE

L'idée de ce travail fait suite à un projet de prévention impulsé par le Docteur Joël-Erick TARRIDA, mon maître de stage à la MSA et médecin du travail dans le Loir-et-Cher. Suite à une rencontre avec les intervenants locaux de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), le sujet m'avait paru intéressant à développer dans le cadre d'un mémoire de Médecine Agricole.

Le choix de l'entreprise pour ce travail m'a été suggéré par mon maître de stage : il s'agit d'une coopérative semencière basée en région Centre. Le directeur des ressources humaines (DRH) a déjà pris quelques mesures concernant l'alcool dans l'entreprise et semble motivé par la mise en place d'actions complémentaires.

Pour le service de Santé et Sécurité au Travail (SST), l'entreprise semble un bon choix car le nombre de salariés (plus de 1000) permet d'envisager des études épidémiologiques respectant l'anonymat. L'entreprise a de plus des postes de sécurité (chauffeurs routiers) et embauche des saisonniers en période estivale (population étudiante).

Par contre, l'entreprise a des sites répartis sur plusieurs départements, qui mobilisent plusieurs services de Santé au Travail et médecins du travail. Il faudrait donc envisager une coordination entre les partenaires afin d'élaborer une action collective.

2.1. Matériel

2.1.1. Intervenants

Pour ce travail, j'ai sollicité les compétences d'intervenants locaux dans leurs domaines d'expertise, dont je citerai les contributions au cours du travail.

2.1.2. Outils

J'ai utilisé les documents des institutions et associations françaises suivantes :

- ✓ Association AIDES Alcool, association spécialisée en addictologie dans la région lyonnaise, accueillant grand public et professionnels pour développer des programmes de prévention et de promotion de la santé et accompagner, dans un centre de soins, les personnes en difficulté dans leur consommation
- ✓ Etats Généraux de l'Alcool
- ✓ Institut National de Médecine Agricole (INMA)
- ✓ Fédération Française d'Addictologie (FFA)
- ✓ Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)
- ✓ Institut National de Recherche et Sécurité (INRS)
- ✓ Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM)
- ✓ Institut National de Veille Sanitaire (INVS)
- ✓ Legifrance (service public de diffusion du droit en ligne)
- ✓ Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
- ✓ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)
- ✓ Sécurité Routière.

J'ai aussi utilisé des références bibliographiques d'institutions européennes et étrangères :

- ✓ Bureau International du Travail (BIT)
- ✓ Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- ✓ Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).

2.2. Méthode

La recherche bibliographique a principalement été axée sur la thématique de l'alcool en entreprise, mais aussi sur des notions générales d'addictologie. N'ayant pas été formée à cette discipline, il m'a fallu connaître quelques notions indispensables à tout intervenant en alcoologie.

Après avoir synthétisé l'ensemble des recommandations récentes, j'ai d'abord rencontré Madame Sylvie GANDON, formatrice à l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), à qui j'ai présenté un premier projet autour duquel nous avons débattu. Mme GANDON a une expérience du milieu de travail : elle a notamment participé à la mise en place d'une politique de prévention du risque alcool à l'hôpital local de Saint Aignan (Loir-et-Cher). Sa vision m'a conforté dans l'ensemble des propositions élaborées initialement.

J'ai ensuite rencontré le DRH de l'entreprise choisie au cours d'un entretien portant sur mes propositions, guidé par un ensemble de questions sur le thème de la prise en charge du risque alcool en entreprise. Cet entretien a permis de mettre en évidence des questions nouvelles et des points de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail.

J'ai contacté le réseau de soins départemental en addictologie, le Rézo addictions, afin d'obtenir des renseignements et connaître les expériences départementales en milieu de travail, tels la mise en place d'une politique par le docteur Annie ROUSSET, médecin du travail au Centre Hospitalier de Blois (CHB), dans le Loir-et-Cher. Je me suis aussi entretenu avec le docteur Anne-Marie BRIEUDE, addictologue au CHB.

Enfin, j'ai recueilli les avis du docteur Isaac GBADAMASSI, médecin du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) 41, et du docteur Abdennebi ANYS du Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) du CHB, afin d'approfondir certains points de mon travail.

J'ai complété mes propositions au fur et à mesure des mes entretiens avec différents intervenants et de la lecture bibliographique.

Madame Christine SAUTEREAU, secrétaire du SST de la MSA du Loir-et-Cher, m'a apporté son aide pour les renseignements administratifs et l'accès aux documents nécessaires à ce travail.

A partir de cette expérience, je tente de définir quels peuvent être les rôles du médecin du travail dans l'initiation, l'élaboration et la mise en place d'une action stratégique de prévention du risque alcool en entreprise. Selon un schéma d'action de Santé Publique, il faudra analyser la demande, les besoins et les ressources de l'entreprise, l'action devant se trouver au carrefour de ces trois paramètres.

3. RESULTATS

Il faut commencer par souligner qu'une action de prévention du risque alcool ne peut s'envisager sans traiter des autres substances psychoactives (tabac, drogues, médicaments psychotropes), dans le cadre général des conduites addictives [34]. Cependant, je n'étudierai pas les autres substances dans le cadre de ce mémoire (travail défini comme tel initialement) et travaillerai selon les axes d'une action de Santé Publique, en tenant compte des spécificités du produit alcool. Il me paraît important de noter qu'une action de prévention ne se limite pas à l'action sur les conduites addictives mais sur différents types de consommations, comme défini plus loin.

3.1. Notions générales sur l'alcool

3.1.1. Définitions des conduites de consommations

Il est préférable de ne plus utiliser le terme «alcoolisme» de nos jours, qui ne reflète pas les différents usages de l'alcool [34, 35, 36].

L'usage simple est caractérisé par une consommation n'entraînant ni complications somatiques ni dommages ; il comprend la non-consommation, la consommation socialement réglée et les usages à risques [37]. Les usages à risques sont des consommations apparemment socialement réglées, mais susceptibles d'entraîner des dommages, soit liés au produit, soit liés à la modalité de consommation, soit liés à l'individu [37].

L'OFDT a rappelé les définitions suivantes dans un ouvrage récent [3] :

L'abus ou usage nocif est une :

Consommation qui induit ou peut induire des dommages de nature sanitaire, sociale ou judiciaire [...] causés à l'utilisateur lui-même ou à un tiers. Par sa définition, l'abus implique une répétition du comportement. [...] les symptômes n'ont jamais atteint les critères de la dépendance [...]. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. [...] La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas à établir le diagnostic. [...] Cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

La dépendance :

Désigne la sujétion à l'usage d'une drogue psychoactive, dont la suppression induit un malaise psychique, voire physique, obligeant le sujet devenu dépendant à pérenniser sa consommation.

La dépendance physique :

Se définit par l'existence d'un syndrome physique de sevrage lors de l'arrêt de la consommation d'un produit (état de manque) parfois accompagné de troubles psychiques [...]. Le syndrome de sevrage peut être limité par une diminution progressive des doses et un accompagnement médical. La dépendance physique ne constitue généralement pas à elle seule un obstacle à l'abandon de la consommation d'une substance.

La dépendance psychique :
Constitue la principale composante de la dépendance.

L'usage problématique est un :
Usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui.

La quatrième version du Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders (DSM IV) définit la dépendance comme un mode d'utilisation inadapté d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois [3] :

- Tolérance, définie par un besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir l'effet désiré ou par un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
- Sevrage caractérisé par l'apparition d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance quand la personne diminue ou arrête sa consommation ;
- Prise de la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévue ;
- Désir persistant, ou efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- Temps passé important pour obtenir la substance, utiliser le produit ou se remettre de ses effets ;
- Abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de l'utilisation de la substance ;
- Poursuite de l'utilisation du produit bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

Le mésusage comprend l'usage nocif et la dépendance [34, 38]. Une consommation à risque est définie par l'OMS et l'INPES comme une consommation d'au moins vingt et un verres par semaine chez l'homme, quatorze verres chez la femme et plus de quatre verres en une occasion [39]. Il faut y rajouter l'usage d'alcool dans certaines circonstances, dont la conduite automobile, l'association avec certains médicaments, et l'exercice de métiers dangereux [40].

La conduite sous influence de l'alcool est, pour certains, considérée comme un signe d'alcoolodépendance [41].

Il faut distinguer boissons alcooliques, qui contiennent naturellement de l'alcool, et boissons alcoolisées auxquelles on ajoute de l'alcool [42].

3.1.2. Définition de l'addictologie

Selon l'OFDT, l'addictologie est le «champ d'investigation théorique et pratique centré sur les addictions et en particulier sur les pratiques de consommation de substances psychoactives pouvant engendrer des dommages et des dépendances». Elle est à la «croisée de tous les domaines qui s'intéressent non seulement à l'homme et à ses conduites, mais aussi

aux substances qu'il consomme pour leurs effets psychoactifs et aux contextes qui interagissent avec ces conduites» [3].

Cette discipline étudie les pratiques ou conduites addictives, conduites multi-déterminées [26, 34]. Cette approche transversale a remplacé l'approche par produit, réductionniste et responsable d'une spécialisation par produit non pertinente. Elle résulte de la prise en compte de plusieurs concepts [34].

Elle s'appuie d'abord sur le concept de substances psychoactives, pour lesquelles les mécanismes d'action centrale sont comparables. Elle s'appuie ensuite sur la reconnaissance de déterminants, facteurs de protection ou de vulnérabilité, qui permettent de comprendre l'initiation, le fonctionnement et l'évolution des pratiques addictives. Parmi ces déterminants, les déterminismes sociaux ont leur importance [34]. La dépendance est une maladie multifactorielle où interviennent facteurs de vulnérabilité biologique et facteurs environnementaux [41]. Enfin, la notion d'addictologie rappelle que chaque substance est susceptible d'un usage nocif [36].

L'alcool peut être consommé pour ses propriétés de renforcement positif, son action sur l'humeur, ou pour ses effets anxiolytiques. Chez le sujet dépendant, il est utilisé pour faire cesser l'état de manque [43].

3.1.3. Effets de l'alcool sur la santé

Les effets dépendent de différents facteurs : dose ingérée, sexe, corpulence, habitudes de consommation, ingestion à jeun ou non, fatigue, facteurs individuels [44].

Je ne détaillerai ici que les effets ayant des conséquences en milieu de travail, soit en termes d'aptitude médicale, soit en termes de risque accidentogène.

3.1.3.1. Effets aigus

Les effets aigus, réversibles, sont principalement neurologiques. Ils dépendent de l'alcoolémie : en-dessous d'une alcoolémie de 0,5 gramme par litre, l'alcool a un effet désinhibiteur et psychostimulant. Il peut alors être utilisé comme dopant en milieu de travail [45].

A des doses plus élevées, l'alcool est déprimeur du système nerveux central : il entraîne des troubles de la vigilance, et un syndrome cérébelleux responsable de troubles de la parole, de l'équilibre et de la coordination [46, 47].

On constate des troubles cognitifs dès une alcoolémie de l'ordre de 0,5 gramme par litre : allongement du temps de réaction, rétrécissement du champ visuel, accroissement du nombre d'erreurs dans la réalisation d'une tâche lié à l'effet désinhibiteur. Ces anomalies contribuent à augmenter la probabilité d'accidents et de violences, aussi du fait d'une diminution de la perception du risque réel.

Il faut noter que certains auteurs ont mis en évidence une baisse du maintien de la vigilance pour des alcoolémies inférieures à 0,5 gramme par litre [46].

3.1.3.2. Effets d'une consommation prolongée

Les effets sont liés à l'atteinte de plusieurs organes.

L'atteinte hépatique la plus sévère, la cirrhose alcoolique, peut s'accompagner d'une insuffisance hépatocellulaire [48].

Les atteintes neurologiques possibles à long terme sont multiples [46].

Ainsi, il peut exister des troubles de la marche secondaires à une polyneuropathie axonale et/ou à un syndrome cérébelleux. Ce dernier s'accompagne rarement de dysmétrie et d'adiadococinésie. On peut constater une dyschromatopsie et une baisse de l'acuité visuelle, secondaires à une neuropathie optique. Il existe aussi des encéphalopathies de divers mécanismes.

Enfin, des troubles cognitifs sont fréquents chez les patients consommateurs excessifs et dépendants. Ils associent troubles de la mémoire à court terme, anomalies des capacités visuomotrices et d'abstraction, et des troubles portant sur des fonctions plus élaborées telles que la stratégie d'organisation des tâches.

Il existe un risque de trouble du rythme cardiaque qui pourrait augmenter le risque de mort subite [49].

3.1.3.3. Syndrome de sevrage

Il associe troubles subjectifs (anxiété, agitation, insomnie, cauchemars) et manifestations somatiques : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension, anorexie, nausées, vomissements, diarrhée [46]. En l'absence de traitement, il peut évoluer vers un délirium tremens, syndrome confusionnel avec hallucinations et convulsions.

Le syndrome de sevrage apparaît dans les heures qui suivent l'arrêt de la consommation d'alcool.

3.1.3.4. Interactions avec des médicaments

L'utilisation concomitante d'éthanol et de médicaments déprimeurs du système central majore les effets sédatifs des deux produits [50].

Les médicaments sédatifs concernés sont principalement des psychotropes (benzodiazépines, barbituriques, sédatifs, anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs sédatifs, neuroleptiques) mais aussi certains antihistaminiques de première génération, myorelaxants, antalgiques et autres antidépresseurs.

3.1.4. Dommages sociaux liés à la consommation d'alcool en milieu de travail

Les buveurs excessifs ont un risque plus élevé de perdre leur emploi qu'un autre salarié [19], et une évolution de carrière compromise [51].

De nombreuses études montrent un lien entre la consommation d'alcool et les actes de violence, sans qu'il soit possible d'établir une relation causale [19, 35].

En Europe, les coûts sociaux de la consommation excessive d'alcool sont compris entre 1 et 3 % du Produit Intérieur Brut ; parmi ceux-ci, 70 % sont directement liés aux pertes de rémunération de salariés n'ayant pu effectuer leur travail à cause de leur consommation d'alcool [19].

3.1.5. Déterminants de la consommation d'alcool en milieu de travail

Des études ont permis de mettre en évidence certaines conditions de travail susceptibles de contribuer à des problèmes d'alcool :

- ✓ Possibilité de se procurer de l'alcool au travail [47]
- ✓ Pression sociale qui porte à la boisson [47]

- ✓ Déplacements/séparations qui nuisent à des rapports sociaux ou sexuels normaux [47, 51]
- ✓ Absence d'encadrement [47]
- ✓ Stress au travail [47]
- ✓ Précarité de l'emploi et risque de chômage [47]
- ✓ Travail monotone, travail posté, travail de nuit ou autres modes de travail qui entraînent de nouvelles affectations et sont associés à des changements fréquents de collègues ou de supérieurs [47, 51]
- ✓ Travail en plein air plus de la moitié du temps, au froid ou à la chaleur, dans le bruit [51]
- ✓ Exposition aux secousses ou aux vibrations [51]
- ✓ Postures pénibles ou fatigantes [51].

Alors qu'au milieu du XXème siècle, l'alcoolisation était liée à des conditions de travail physiquement difficiles, il semble qu'aujourd'hui elle soit plutôt liée à la charge mentale [7]. Elle peut être assimilée à une stratégie individuelle sinon collective de défense [7], voire de fuite. Dans certains cas, le non-consommateur peut alors se sentir exclu.

3.1.6. Signes pouvant évoquer un problème d'alcool

Certains faits peuvent alerter sur un possible mésusage d'alcool [47, 52] :

- ✓ Au poste de travail : la personne délaisse son travail (absentéisme, retards, départs du poste non motivés), présente une maladresse provoquant des accidents, une productivité diminuée et/ou un comportement d'évitement vis-à-vis de l'entourage ;
- ✓ Lors des repas : la personne boit vite et fréquemment, ce qui s'accompagne d'un changement de comportement ; elle mange peu, voire saute des repas ;
- ✓ La personne a l'alcool pour principal sujet de préoccupation, s'entoure d'amis dont la plupart sont de gros buveurs et consacre la plupart de ses loisirs à des activités dans lesquelles l'alcool joue un rôle ;
- ✓ La personne boit fréquemment pour lutter contre le stress, l'anxiété ou la dépression et s'est efforcée de réduire sa consommation d'alcool, mais sans y parvenir.

3.1.7. Dispositifs de soins en France

Les salariés ayant un mésusage d'alcool peuvent être pris en charge dans différents types d'institutions [3].

Il existe des structures ambulatoires spécialisées en alcoologie, appelées Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Ce sont des structures départementales dans lesquelles les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge de type médico-psychosociale.

D'autres structures spécialisées possèdent des capacités d'hébergement permettant d'accueillir les patients pour des séjours de durée variable, souvent à la suite d'un sevrage.

Certains hôpitaux possèdent des services ou des unités d'alcoologie, pour la mise en place de sevrages en hospitalisation. Depuis 2000, il existe aussi des équipes de liaison en addictologie qui ont pour vocation de favoriser la prise en charge des problèmes de consommation de substances psychoactives dans tous les services hospitaliers.

Les médecins libéraux sont également sollicités par des patients ayant des problèmes de consommation de substances psychoactives. Ces patients peuvent être pris en charge par le biais de réseaux de soins, qui associent médecins libéraux, pharmaciens, infirmiers, travailleurs sociaux, médecins et personnel hospitalier ainsi que les médecins et autres

intervenants des structures spécialisées. Cette prise en charge multidisciplinaire vise à un accompagnement global des patients, avec une continuité de la prise en charge.

3.1.8. Le sevrage alcoolique et l'accompagnement post-sevrage

Le sevrage alcoolique est le traitement proposé aux alcoolodépendants motivés [53, 54]. Il doit être précédé d'une prise de conscience, indispensable à la guérison. Le rôle de l'entourage familial, médical ou professionnel est capital.

Le sevrage doit être précédé d'un bilan préalable évaluant la motivation, les antécédents et les habitudes de consommation, les comportements alimentaires, les addictions associées, et les troubles psychologiques associés, nécessitant un traitement spécifique.

Les techniques classiques associent prise en charge médicale de la dépendance, prise en charge psycho-comportementale, sociale et des troubles associés (psychologiques ou alimentaires). Elles se déroulent en ambulatoire ou en milieu hospitalier. L'intégration à un groupe d'anciens buveurs (association néphaliste) est proposée [35].

Aucune méthode seule n'a fait la preuve de son efficacité, mais en associer plusieurs améliore le pronostic [53].

La thérapie motivationnelle vise à accompagner le patient dépendant dans son processus de changement, suivant le modèle de PROSCHASKA et DICLEMENTE [35]. Ce modèle de changement explique le processus par le passage de cinq étapes progressives auxquelles doit s'adapter le discours du médecin. L'entretien motivationnel est basé sur le principe que le changement de comportement n'est possible que si la motivation vient du patient et non de l'entourage [55]. On y retrouve des règles communes à l'intervention brève, détaillées plus loin.

Après sevrage, un accompagnement est indispensable pour éviter les rechutes. En cas de réalcoolisation, il faut insister sur les progrès accomplis, et faire le point sur les pièges à éviter, en vue d'une nouvelle tentative de sevrage [54]. Cet accompagnement peut se décliner dans l'entreprise par des entretiens, la limitation des occasions d'alcoolisation et le repérage des situations de stress associés à l'alcool.

Il faut signaler qu'il existe des rémissions spontanées et des améliorations partielles permettant le retour à une consommation contrôlée [35].

3.2. Méthodes de repérage du mésusage

Le repérage d'un problème d'alcool est basé sur le dialogue. L'entretien clinique et les questionnaires permettent de classer les salariés selon leur usage.

La plupart des auteurs considèrent que les questionnaires sont plus efficaces pour le repérage d'un mésusage d'alcool, avant toute atteinte organique, que les dosages biologiques [39]. Les experts sont en désaccord sur le phénomène de sous-déclaration des consommations constaté chez certains buveurs excessifs. Certains auteurs ont montré au contraire une sur-déclaration et pensent que les consommations déclarées sont fiables lorsque les entretiens ont lieu dans un cadre permettant la confidentialité [56].

Les questionnaires de consommation ont plusieurs intérêts : repérage des abus et dépendances, détermination d'une aptitude dans un poste de sécurité, élément de feed-back

motivationnel dans une prise en charge, évaluation de la gestion de la consommation en cas de consommation à risque, démarche étiologique en accidentologie [57].

On peut simplement quantifier la consommation déclarée d'alcool (CDA) sur une semaine type, en équivalence de verres, mais des questionnaires ont été conçus afin d'évaluer au mieux les consommations, et de repérer les usages problématiques.

Le questionnaire de référence est l'AUDIT, élaboré par l'OMS [39]. Il vise à identifier précocement les consommateurs d'alcool à risque, avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Il s'agit d'un autoquestionnaire en dix items, explorant le rapport à l'alcool pendant les douze derniers mois. Il permet de repérer trois «niveaux de risque» : le faible risque (abstinence ou consommation sous le seuil de risque) qui permet un discours de prévention primaire, la consommation excessive, champ de l'intervention brève, et l'alcoolodépendance qui relève de l'intervention alcoologique. Malgré son intérêt, l'AUDIT est difficilement utilisable en médecine générale.

L'AUDIT-C est une version courte se résumant aux trois premières questions de l'AUDIT et permet de repérer une consommation excessive, sans explorer la notion de dépendance [4].

Le questionnaire DETA (traduction du test américain CAGE) se compose de quatre questions explorant sur la vie entière [4]. Il vise à repérer les problèmes consécutifs à la consommation plutôt qu'à quantifier la consommation. Ce test ne permet pas de distinguer d'anciens usagers à risques qui n'ont plus aucun problème avec l'alcool. Bien qu'il soit court et facile d'emploi, il est peu adapté à l'utilisation en soins primaires [39]. L'association des questionnaires DETA et de la CDA a une bonne faisabilité et une bonne pertinence diagnostique, mais ne différencie pas abus et dépendance [12].

Le questionnaire FACE a été élaboré pour les médecins généralistes français, en combinant AUDIT-C et DETA. Il peut être utilisé en santé au travail [39]. Il comprend cinq questions posées par le médecin qui permettent de repérer les consommateurs à risque avec une bonne sensibilité et spécificité, et des qualités informationnelles proches de l'AUDIT. Son remplissage prend environ deux minutes.

Le diagnostic du mésusage d'alcool doit s'accompagner de l'évaluation de la motivation à l'arrêt de la consommation. Il est inutile d'envisager un traitement sans mobilisation du salarié [41].

Le repérage de salariés ayant une consommation à risque devrait être suivi d'une intervention brève [31]. Il s'agit d'un entretien dont le déroulement est défini comporte plusieurs étapes :

- ✓ Une première étape de restitution des résultats du test choisi,
- ✓ Une information sur le risque lié à la consommation d'alcool,
- ✓ Une phase de responsabilisation : après avoir demandé au salarié ce qu'il pourrait tirer comme avantage d'une baisse de sa consommation, il s'agit de lui faire comprendre qu'il est acteur du changement possible,
- ✓ Un conseil de modération,
- ✓ Suivi de l'évocation des modifications possibles de consommation en fixant des objectifs.

Il faut être empathique tout en laissant le patient acteur, et l'encourager dans ce sens. On peut délivrer une documentation et proposer un rendez-vous d'évaluation ultérieur.

L'intervention brève entraîne une réduction de la consommation à court ou moyen terme chez les buveurs qui dépassent les niveaux de risque définis [31, 40].

Je n'aborderai pas ici les marqueurs biologiques, dont l'utilisation est limitée par leur manque de sensibilité et spécificité. Ils peuvent être utiles dans certaines situations.

3.3. Rappels réglementaires

Je rappellerai ici les principaux textes se rapportant au sujet. Les mesures particulières seront rappelées au fur et à mesure de l'exposé des résultats, dans le paragraphe correspondant au sujet.

3.3.1. Dispositions du Code du Travail (nouveau code de 2007)

3.3.1.1. Textes concernant l'accès aux boissons alcoolisées au travail

«Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail.» (article R.4228-20).

«L'employeur met à la disposition des travailleurs de l'eau potable et fraîche pour la boisson.» (article R.4225-2).

Le non respect de cette législation peut constituer une faute inexcusable de l'employeur et peut engager sa responsabilité pénale [54].

3.3.1.2. Textes concernant l'état d'ébriété

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

On remarque qu'il n'est pas précisé qu'il s'agit d'une ivresse alcoolique [21].

3.3.1.3. Textes sur la sécurité au travail

L'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs (article L.4121-1), en tenant compte des capacités de l'intéressé à mettre en œuvre les précautions nécessaires (article L.4121-4).

Il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail (article L.4122-1).

La formation à la sécurité doit informer le travailleur des précautions à prendre pour assurer sa propre sécurité et celle des autres personnes travaillant dans l'établissement. Elle porte entre autres sur la conduite à tenir en cas d'accident ou de sinistre (article R.4141-3).

Tout membre de l'entreprise doit alerter immédiatement l'employeur «de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé». L'employeur ne peut demander au travailleur qui a fait usage de son droit de retrait de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent (article L.4131-1).

3.3.1.4. Textes se rapportant au rôle du médecin du travail

«Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, en ce qui concerne [...] l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise [...]; la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail [...]; la prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle [...].» (article R.4623-1).

Il participe à l'élaboration des actions de formation à la sécurité, et à la détermination du contenu de l'information qui doit être dispensée en vertu de l'article R.4141-3-1 (article R.4141-6).

Le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail et notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail, et au dépistage des «maladies dangereuses pour l'entourage» (article R.4624-25).

Le médecin du travail a comme fonction de participer à des études, enquêtes et recherches à caractère épidémiologique (article D.4624-50). Ces recherches peuvent concerner l'entreprise ou le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), et contribuer à la veille sanitaire, comme le prévoient la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et la circulaire DRT n° 3 du 7 avril 2005.

3.3.2. Dispositions du Code Pénal

Le Code Pénal définit les peines secondaires à une violation d'une obligation de sécurité dans les articles 221-6 (homicide involontaire) et 222-19 (incapacité totale de travail pendant plus de trois mois). En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont aggravées.

L'article 223-6 du Code Pénal définit les peines en cas de non assistance en personne en danger : «Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.»

Ainsi, un employeur et un salarié ont été condamnés pour avoir laissé un autre salarié en état d'ivresse prendre le volant, celui-ci étant décédé des suites d'un accident de la route après avoir quitté le travail (Cour d'Appel de Lyon, 8 juin 2006) [58].

Les articles 222-19-1 et 221-6-1 définissent les peines en cas d'incapacité totale de travail pendant plus de trois mois ou d'homicide involontaire suite à un accident impliquant un véhicule terrestre ; les peines sont aggravées en cas d'alcoolémie supérieure au seuil légal (0,5 gramme/litre).

3.3.3. Dispositions du Code Civil

L'article 1384 définit la responsabilité «non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre».

La loi civile ne sanctionne pas l'abus d'alcool mais offre réparation aux victimes des faits commis sous l'emprise de l'alcool [59]. Ainsi, un salarié en état d'ébriété, malgré l'interdiction de boire dans l'entreprise, est sous la responsabilité de l'employeur (cour de Cassation du 23 mars 1995, arrêt n°1342, société DANZAS contre DESNEUFBOURG).

3.3.4. Dispositions du Code de la santé publique

La loi interdit la distribution d'alcool dans les distributeurs automatiques (article L.3322-8).

3.3.5. Dispositions du Code de la route

Selon l'article L.121-1, le conducteur d'un véhicule est responsable pénalement des infractions commises par lui dans la conduite dudit véhicule.

Le fait de conduire un véhicule en état d'ivresse manifeste ou sous l'empire d'un état alcoolique est puni de deux ans d'emprisonnement, de 4 500 euros d'amende (article L.234-1) et peut entraîner une suspension voire une annulation du permis de conduire, cette suspension ne pouvant pas être limitée à la conduite en dehors de l'activité professionnelle, et l'interdiction de conduire certains véhicules terrestres à moteur, y compris ceux pour la conduite desquels le permis de conduire n'est pas exigé (article L.234-2).

Les seuils définissant l'infraction sont pour les véhicules de transport en commun : une alcoolémie égale ou supérieure à 0,20 gramme par litre, ou une concentration d'alcool dans l'air expiré égale ou supérieure à 0,10 milligramme par litre. Pour les autres catégories de véhicules, les seuils sont les suivants : une alcoolémie égale ou supérieure à 0,50 gramme par litre, ou une concentration d'alcool dans l'air expiré égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre.

L'auteur présumé d'une telle infraction (ou le conducteur impliqué dans un accident de la circulation ayant occasionné un dommage corporel) est soumis à des épreuves de dépistage de l'imprégnation alcoolique par l'air expiré, par des officiers ou agents de police judiciaire (article L.234-3) ou par des analyses biologiques (article L.234-5).

Les officiers de police judiciaire peuvent, même en l'absence d'infraction préalable ou d'accident, soumettre toute personne qui conduit un véhicule à des épreuves de dépistage de l'imprégnation alcoolique par l'air expiré (article L.234-9).

Une condamnation pour l'une des infractions commise en état de récidive (au sens de l'article 132-10 du code pénal), donne lieu à l'annulation du permis de conduire avec interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis pendant trois ans au plus (article L.234-13).

L'état d'ivresse manifeste ou l'état alcoolique, caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure aux taux fixés, est une circonstance aggravante des atteintes corporelles (blessures ou homicide involontaire), avec

des peines allant jusqu'à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 euros d'amende (article 221-6-1).

Les personnes physiques coupables de ces infractions encourent également une peine d'interdiction d'exercer l'activité professionnelle dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise ; la suspension, pour une durée de cinq ans au plus, du permis de conduire, cette suspension pouvant être limitée à la conduite en dehors de l'activité professionnelle ; l'annulation du permis de conduire avec interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis pendant cinq ans au plus (article 221-8).

En cas de récidive, la durée de l'interdiction est portée de plein droit à dix ans et le tribunal peut, par décision spécialement motivée, prévoir que cette interdiction est définitive.

Le salarié n'est donc pas exonéré de son éventuelle responsabilité pénale, du seul fait de son statut de salarié. Il est de plus lié à l'employeur par le contrat de travail ; ainsi, l'employeur, même s'il n'est pas personnellement présent dans le véhicule, sera la plupart du temps «appelé en la cause» en cas d'accident routier ayant entraîné un dommage pour des personnes [60].

L'état d'ébriété d'un salarié ne modifie pas la nature de l'accident. Celui-ci demeure un accident du travail (mission) ou de trajet (cour de Cassation sociale du 23 mars 1995). L'employeur peut être pénalement condamné pour voir admis un salarié au travail alors qu'il était ivre (cour de Cassation Criminelle du 30 novembre 1993). La faute de la victime n'exonère l'employeur de toute faute inexcusable que si elle a été déterminante dans la survenance de l'accident. La faute de ce dernier est considérée comme déterminante lorsque, même si le salarié a commis une imprudence, l'accident ne se serait pas produit sans la faute de l'employeur (cour de Cassation sociale du 13 mars 1993) [61].

3.3.6. Législation du règlement intérieur

Obligatoire dans les entreprises ou établissements où sont employés habituellement au moins vingt salariés, le règlement intérieur fixe les mesures d'application de la réglementation hygiène et sécurité, et les règles générales et permanentes relatives à la discipline au sein de l'entreprise (article L.122.34 du Code du Travail).

Selon la circulaire du 13 janvier 1969 du ministère des affaires sociales, le règlement intérieur définit le cadre de la consommation de boissons alcooliques dans l'entreprise : elle peut être interdite ou limitée aux repas. Celui-ci est soumis à l'avis du comité d'entreprise ou à défaut à celui des délégués du personnel, et du CHSCT. Les notes de service (de nature réglementaire) sont soumises aux mêmes dispositions [59].

Le règlement intérieur doit définir les conditions de réalisation des contrôles d'alcoolémie : liste des travaux de sécurité ou de sûreté concernés, rôle de la hiérarchie, modalités de réalisation.

Dans les établissements de moins de vingt salariés, un simple règlement interne peut fixer les limites de l'usage de l'alcool ainsi que les modalités de contrôle, après avis des délégués du personnel ou des salariés.

3.4. Recommandations

Plusieurs rapports récents ont proposé de nombreuses recommandations, articulées au sein d'une politique globale de prévention du risque addictions en milieu de travail.

Il faut citer l'ouvrage très complet *Gérer le risque alcool au travail* de Jean-Paul JEANNIN [42].

3.4.1. Recommandations du Bureau International du Travail

En 1996, le BIT a élaboré un rapport d'expertise sur les problèmes de consommation de substances psychoactives en milieu de travail [47]. Il a émis plusieurs recommandations dont certaines ont été reprises dans des publications ultérieures. Ces recommandations d'ordre général ont vocation à être adaptées à la législation et à la culture locale, et même renforcées par des dispositifs propres à l'entreprise.

Le BIT définit d'abord le rôle possible de l'autorité compétente, c'est-à-dire de l'Etat. Il définit ensuite les rôles de l'employeur, des salariés et les objectifs d'une politique de maîtrise des problèmes d'alcool sur le lieu de travail.

3.4.2. Propositions de l'ANPAA

En 2003, l'ANPAA a défini trois axes d'action d'une politique de prévention du risque alcool [15].

Celle-ci comprend d'abord des actions de prévention, qui concernent tous les acteurs (accompagnement de groupes de prévention, formation de personnes relais, information et sensibilisation de tous les salariés). Ensuite, les actions curatives relèveraient d'un «groupe de prévention globale», rattaché au service de SST. S'y associeraient enfin des actions de type responsabilisant avec rappel des règles.

Pour l'ANPAA, les questions d'alcoolisation et dépendances en entreprise renvoient aux problèmes de relations, d'organisation du travail et de la souffrance au travail.

3.4.3 Recommandations de l'INSERM

L'INSERM a publié en 2003 une expertise collective sur les dommages sociaux des mésusages de l'alcool. Un chapitre est consacré à la consommation en milieu de travail et expose les résultats de la cohorte GAZEL [7]. Une des parties est consacrée aux rôles du médecin du travail.

3.4.4. Recommandations de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)

La MILDT a élaboré en 2006 un rapport sur le thème des conduites addictives en milieu de travail suite à la publication des plans Addictions et Santé au Travail [26]. Dans ce rapport, cette mission émet vingt-sept recommandations, regroupées sous cinq orientations solidaires qui sont de :

- Lever le déni en ce qui concerne les conduites addictives en milieu professionnel.
- Promouvoir une approche intégrée qui prenne en compte et articule les dimensions sanitaire, sécuritaire et réglementaire des conduites addictives dans le monde du travail.

- Construire une politique de prévention.
- Inclure le dépistage dans la politique globale de prévention.
- Traiter de façon particulière, mais en interrelation, ce qui ressort des rôles et de la responsabilité de chacun des acteurs.

La MILDT rappelle que les plans Addictions 2004-2008 et Santé Travail conseillent de renouveler les actions propres à réduire les accidents de travail en lien avec la consommation de substances psychoactives. Le Plan Santé Travail recommande que tout soit fait pour que les conditions de travail ne constituent pas un déterminant susceptible d'induire, d'aggraver ou de pérenniser des conduites addictives. Il instaure une obligation légale de politique de prévention générale des risques en entreprise, incluant l'alcool, avec obligation de résultats.

L'approche sanitaire préconisée par la MILDT aboutit à trois dimensions : prévenir (et donc repérer), promouvoir la santé au travail, et s'assurer que l'entreprise n'est pas addictogène.

La démarche de prévention doit être formalisée sous forme de protocole figurant dans le règlement intérieur et le document unique. Son efficacité devra être évaluée.

3.4.5. Recommandations faisant suite aux Etats généraux de l'alcool

La France a été fin 2006 le siège des Etats Généraux de l'Alcool, sous l'égide de Xavier BERTRAND, ministre de la Santé. Le but de ces manifestations, organisées sous forme de rencontres régionales, était de mobiliser une réflexion citoyenne et collective autour des risques de la consommation d'alcool. Ces rencontres étaient souhaitées comme un préalable à une refonte de la politique de santé publique [62].

Les résultats de ces débats ont permis d'élaborer des propositions diverses, avec des recommandations concernant les différents domaines de la prévention en alcoologie [27].

3.4.6. Guide *L'alcool sur les lieux de travail. Guide pratique.*

Ce guide publié en 2007 est le fruit d'un travail d'une équipe pluridisciplinaire de partenaires sociaux, salariés, employeurs, médecins du travail, et représentants de l'administration (Inspection Médicale du Travail et de la Main d'Oeuvre, Inspection du Travail). Ces intervenants ont proposé, sous l'égide de la Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Basse-Normandie et de l'Institut Universitaire de Recherche et de Formation en Santé au Travail de Basse-Normandie, un guide d'aide à la mise en place d'une politique de prévention du risque alcool en entreprise [28].

Ce guide décrit les étapes de la mise en place d'une politique de prévention (à l'initiative de l'employeur), propose un protocole de gestion d'un état d'alcoolisation aiguë et des documents pratiques utilisables par une entreprise souhaitant mettre en place une politique de prévention du risque alcool.

3.4.7. Recommandations de l'Institut National de Recherche et Sécurité (INRS)

Pour l'INRS, une action de prévention a comme objectif premier d'accompagner et de soutenir, et non de réprimer [16]. Une politique répressive est vouée à l'échec.

Les recommandations sont conformes aux précédentes [58].

3.4.8. Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé

Dans un rapport de 2006 sur la politique générale en matière d'alcool, le bureau européen de l'OMS recommande des actions en milieu de travail, afin de repérer les buveurs excessifs [24].

Le bureau préconise d'adopter une politique adaptée au monde de l'entreprise afin de systématiser les interventions, de définir des règles concernant la consommation d'alcool pendant et avant le travail, et les principes directeurs concernant la prise en charge des abus d'alcool. Enfin, l'OMS considère le lieu de travail comme devant être exempt d'alcool.

3.4.9. Recommandations ministérielles

Suite à la conférence sociale sur les conditions de travail du 4 octobre 2007, l'ensemble des partenaires sociaux, les organismes de prévention et l'Etat ont constaté la nécessité de coordonner les actions de chacun en matière d'amélioration des conditions de travail. Un site internet a vu le jour récemment et permet de mettre en commun les ressources disponibles (Travailler mieux. La santé et la sécurité au travail, <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/>).

Le risques addictions est traité dans la partie «Dangers et risques» [63].

3.5. Etapes de mise en place d'une politique de gestion du risque alcool en entreprise

Il faut rappeler qu'une action de prévention du risque alcool en entreprise ne s'envisage pas sans demande de l'employeur, mais implique l'ensemble du personnel dans une démarche participative collective [28, 58]. La prise en charge du risque alcool nécessite avant une prise de conscience [64].

«L'objectif de toute action alcool est de changer la norme alcool, enlever les tabous, prévenir les situations à risques, gérer les situations à problèmes.» [65], afin d'instaurer une nouvelle culture d'entreprise. La prévention doit répondre aux questions posées par l'entreprise [64].

Il faut d'abord briser une représentation selon laquelle le risque alcool en milieu de travail se résume à régler une situation avec un individu ayant un mésusage d'alcool. D'autre part, il est souhaitable qu'une telle situation puisse se régler autrement que par des sanctions disciplinaires ou une invalidité, qui ne permettent pas au salarié de régler son problème d'alcool et peuvent entraîner des dommages sociaux [66].

Il n'existe pas de politique-type sur la question addictions au travail [65]. Je proposerai des principes, des repères et des postulats, qui seront adoptés par l'entreprise pour élaborer sa propre stratégie.

Je pars d'un principe initial que la consommation d'alcool est à évaluer comme un risque professionnel car aggravant le risque d'accident, et parce que favorisée par certaines conditions de travail.

3.5.1. Propositions de prévention du risque alcool dans un cadre national

Bien que ces recommandations ne s'adressent pas à l'entreprise elle-même, elles me paraissent intéressantes à envisager dans une démarche de prévention à l'échelle nationale. Ainsi, l'Etat pourrait avoir un rôle moteur dans la prévention.

La législation particulière aux problèmes d'alcool sur le lieu de travail devrait être basée sur une consultation des organisations professionnelles patronales, des organisations de travailleurs, et des experts. L'Etat devrait aussi recommander les changements appropriés à apporter aux dispositions réglementaires et s'assurer de leur application [47].

L'Etat pourrait aussi être initiateur d'études épidémiologiques sur le lien entre accidents et consommation d'alcool. Cela permettrait de diffuser des publications sur la prévention des accidents dus à la consommation d'alcool dans les secteurs, branches, processus de production et catégories professionnelles particulièrement exposés [47].

Enfin, l'Etat devrait avoir un rôle de conseiller en fournissant informations et conseils techniques à chaque entreprise sur la manière de traiter les problèmes liés à l'alcool, et sur les moyens les plus efficaces de respecter la législation et les règlements applicables [47].

La MILDT propose de réactualiser le Code du Travail dans le sens d'une interdiction totale de l'alcool sur les lieux de travail [26].

Il est recommandé de sensibiliser les responsables d'entreprise au risque alcool et de leur rappeler leur responsabilité pénale en la matière [27].

3.5.2. Description des différentes étapes d'une politique globale

L'action proposée vise à s'intégrer dans une politique globale de gestion du risque addictions en entreprise. Le déroulement recommandé d'une telle action est décrit par des guides et ouvrages de façon détaillée [28, 42, 47, 58], je me propose donc de résumer la démarche et de revenir sur des points particuliers développés par d'autres organismes ou non consensuels.

L'instauration d'un dialogue est indispensable à la prise en charge des difficultés liées à la consommation d'alcool [28].

Une politique globale doit associer prévention, dépistage, traitement et réadaptation, et doit s'adresser à l'ensemble du personnel [47, 58]. Elle associera trois axes avec des intervenants propres [42] :

- ✓ Versant management, assuré par la direction et la hiérarchie : elle concerne l'aspect législatif et répressif ;
- ✓ Versant aide et soin, confié au service de Santé au Travail et/ou au service médico-social : il propose prise en charge et accompagnement des salariés en difficultés ;
- ✓ Versant prévention (groupe alcool) : il assure la communication et la réflexion sur la problématique, et émet des propositions d'actions.

L'information des salariés sur la mise en place d'une action de prévention de l'alcool au sein de leur entreprise peut se faire via le niveau hiérarchique (voie d'affichage, courrier

accompagnant les bulletins de salaire), par les délégués du personnel ou le SST (voie neutre) [65].

3.5.2.1. Constat

La première étape d'une politique de prévention du risque alcool est un état des lieux des raisons de cette démarche. Cette analyse préliminaire permet de mettre en évidence les motivations de l'employeur (par exemple : salarié ayant un problème d'alcool dans l'entreprise, objectif de normalisation ou de respect réglementaire).

Elle doit s'accompagner d'un constat de la place de l'alcool dans l'entreprise (réglementation, représentations, prévention existante), et idéalement d'une réflexion sur des conditions de travail pouvant aggraver la consommation d'alcool [15, 16].

Il faudrait évaluer, avec les travailleurs et leurs représentants, les effets de la consommation d'alcool sur le lieu de travail à l'aide des indicateurs suivants : enquêtes sur les taux de consommation au niveau national ou local, enquêtes effectuées dans des entreprises semblables, absentéisme (absences non autorisées et retards), nombre de jours de congé de maladie, taux d'accident, taux de rotation du personnel, consommation d'alcool dans les cantines, cafétérias ou restaurants d'entreprise, opinion du personnel d'encadrement, des travailleurs et de leurs représentants, et du personnel des SST [47].

Il est important de définir les enjeux pour l'entreprise : existence de postes de sécurité, de postes avec conduite de véhicules, exposition à des alcools industriels dont les effets s'additionnent.

Un questionnaire type permettant à l'entreprise de réaliser cette analyse a été élaboré dans le guide *L'alcool sur les lieux de travail* [28].

Cette démarche d'évaluation de l'existant dans l'entreprise permet de tenir compte des spécificités. Pour l'entreprise choisie dans ce travail, la multiplicité des sites (plus de deux cents sites sur plusieurs départements) rend difficile le contrôle de l'application des règlements, mais aussi la formation et l'information.

Il est nécessaire d'obtenir la participation du CHSCT dès cette phase.

Au terme de cette étape, il faudra déterminer les besoins et demandes de l'entreprise, les groupes cibles et les priorités pour l'organisation des programmes de prévention et d'assistance [47].

L'évaluation est définie initialement, et ordonnée en 3 grandes étapes [67] : analyse préliminaire, évaluation intermédiaire et évaluation finale. L'analyse préliminaire permet de définir le choix du thème, ici la prévention du risque alcool en entreprise. L'évaluation intermédiaire visera à s'assurer du bon déroulement de l'action, vérifiera l'adéquation entre moyens et ressources et recentra l'action sur les objectifs initiaux ou remettra en cause des objectifs irréalisables. L'évaluation finale mesurera les effets directs et indirects sur la population-cible, ici tous les membres de l'entreprise, ou bien les conditions de réalisation de l'action. Les objectifs peuvent être multiples : évaluation du déroulement de l'action, de l'impact et/ou de résultats de santé.

3.5.2.2. Création d'un groupe de pilotage

La deuxième étape est la création d'un groupe de pilotage qui sera le groupe décideur. Pour être représentatif, il devra être composé du directeur, d'un ou deux membres du CHSCT, d'un médecin du travail et d'un membre de l'encadrement. Le directeur pourra être remplacé par un responsable de la production et les membres du CHSCT par des délégués du personnel ou des membres non élus volontaires.

C'est l'étape où la participation d'un intervenant extérieur me semble indispensable. Il peut s'agir d'un expert agréé selon l'article R.4614-6 du Code du Travail.

Ce groupe a plusieurs missions :

- ✓ Recherche bibliographique préalable [67] : épidémiologie de l'entreprise (si existante), expériences dans d'autres entreprises, recommandations ;
- ✓ Définition des principes et objectifs d'intervention ;
- ✓ Adaptation de la méthode à l'entreprise ;
- ✓ Proposition et validation d'actions ;
- ✓ Définition de critères et d'indicateurs d'évaluation, réévaluation des actions en fonction des résultats obtenus [16] ;

Les critères sont des variables capables de rendre compte de manière pertinente et fiable de l'atteinte des objectifs ou des différentes composantes du programme tandis que les indicateurs sont des données concrètes rendant compte du critère choisi [67] ; ici, un critère pourrait être une diminution de la gravité des accidents de travail, ayant comme indicateur le nombre de jours d'arrêt de travail ou d'hospitalisation.

- ✓ Etablissement d'un calendrier avec des échéances prévues [67] ;
- ✓ Financement (budget prévisionnel global et détaillé par année) [67].

Dans l'entreprise rencontrée pour ce travail, il n'existe pas de budget spécifique pour la prévention du risque alcool dans l'entreprise choisie, mais un budget pourrait être affecté sur le budget global pour l'amélioration de la sécurité et la prévention.

Cette étape permet de cerner les ressources de l'entreprise. Un bilan social permet de référencer les outils internes utiles à l'analyse [16].

Le projet d'action sera ensuite présenté sous forme de document écrit de type «convention» au CHSCT, pour accord.

3.5.2.3. Création d'un groupe de prévention alcool interne

Ce groupe, propre à l'entreprise, sera le groupe acteur. Il est composé de l'employeur (ou d'un cadre représentant), d'un ou deux membres du CHSCT, de volontaires parmi le personnel d'encadrement et les salariés de terrain, de l'infirmière (ou assistante sociale du personnel), du médecin du travail et de l'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP).

3.5.2.4. Formation à l'alcoologie

Il est recommandé de former les membres du groupe de prévention, mais aussi les membres de l'encadrement de l'entreprise. Cette formation sera assurée par des intervenants extérieurs, dont des associations spécialisées, selon des modalités définies au préalable [15].

Il est notamment important de former l'encadrement à la relation avec un salarié en difficulté avec l'alcool.

3.5.2.5. Elaboration d'une «charte alcool» définissant les actions

Elle présente l'état des lieux préalable, et organise l'information et la communication sur le risque alcool. La formation et la sensibilisation des nouveaux salariés sont proposées. La charte définit des protocoles internes à l'entreprise et des propositions pour le règlement intérieur.

Cette charte doit être diffusée à l'ensemble du personnel par le biais d'actions d'éducation pour la santé [68].

3.5.2.6. Evaluation finale

Elle est basée sur des indicateurs fixés par le comité de pilotage, définis initialement, avec rédaction d'un rapport [67].

Il est indispensable d'évaluer le déroulement du processus de l'action proposée [69]. Jean-Paul JEANNIN propose dans son ouvrage un test de visibilité de l'action qui me paraît intéressant [42]. Il s'agit d'une évaluation qualitative pour apprécier le déroulement du programme, son acceptation et sa compréhension.

On pourra ensuite faire le point sur les problèmes d'alcool repérés dans l'entreprise depuis la mise en place de la politique de prévention, l'application effective de la charte et ses limites, et le vécu par les membres de l'entreprise des actions.

On peut y associer une mesure des effets du programme (amélioration des connaissances, des compétences, des attitudes et des comportements de santé) [69]. Les cinq catégories de mesure de changement des études évaluatives en éducation pour la santé peuvent être appliquées à ce type d'action [69] :

- acquisition de connaissances : elle peut se vérifier par la réalisation de pré et post-test ;
- variation d'attitudes : ici, la perception du risque accidentogène de la consommation d'alcool, mesurable par pré et post-test ;
- modification déclarée de comportement, mesurable à distance par questionnaire anonyme sur sa consommation (ou utilisation de marqueur) ;
- acquisition d'aptitudes à réagir face à une situation : capacité à refuser une prise d'alcool, capacité à entamer un dialogue avec un collègue ou subordonné suspect ;
- modification de caractéristiques personnelles, quantifiables à partir d'échelles psychométriques validées : intention d'adopter un comportement, sentiment d'efficacité à réagir face à une situation, estime de soi.

Il faudra ensuite faire la promotion de la démarche et en assurer la pérennité [58].

3.6. Présentation des propositions de ce travail

3.6.1. Vérification du respect des mesures réglementaires

Avant d'envisager des actions suivant les recommandations récentes, il faut commencer par s'assurer que l'entreprise s'est bien approprié les lois concernant l'alcool en

entreprise. Cette étape peut être assurée par l'employeur ou la hiérarchie, en faisant appel au médecin du travail si besoin.

Ainsi, les obligations de l'employeur se déclinent en plusieurs actions :

- ✓ Evaluer le risque alcool comme risque professionnel et l'intégrer au Document Unique d'évaluation des risques ;
- ✓ Informer les salariés sur le risque alcool lors de l'embauche par un document annexé au contrat d'embauche, et/ou une plaquette d'information ;
- ✓ Informer les salariés sur la législation de la consommation en entreprise de la même façon ;
- ✓ Codifier dans le règlement intérieur les conditions de dépistage de l'alcoolémie, les modalités de réalisation et les postes concernés (postes à risque ou avec conduite automobile dans le cadre du travail) ;
- ✓ Définir la sanction en rapport avec une infraction constatée à la réglementation (législation ou règlement intérieur).

Le salarié a lui l'obligation de se tenir informé, et de prendre soin de sa sécurité et de celle des autres.

3.6.2. Propositions complémentaires faites à l'employeur

Je présenterai les propositions sous forme de liste afin de faciliter la lecture.

- ✓ Adopter une politique globale relative à l'alcool sur le lieu de travail, dans le cadre de l'obligation de respect de la santé et de la sécurité, en consultant les travailleurs et leurs représentants, et en faisant appel aux services de professionnels compétents pour l'élaboration et la mise en œuvre [15, 26, 27, 47, 63]. Cette politique aura pour objectifs le développement de plusieurs types d'actions, détaillées au fur et à mesure de l'exposé.

- ✓ Informer tous les membres de l'entreprise, en plus de la réglementation, sur les effets de l'alcool, sur le problème éthique et juridique du dépistage, sur les mesures de prévention et les structures de soins [15, 47, 63].

- ✓ Favoriser une «mise en adéquation des textes législatifs et réglementaires», les textes étant parfois obsolètes [26].

- ✓ Développer des études épidémiologiques en milieu de travail [26].

L'employeur peut se procurer le CD-Rom *La gestion des risques alcool en entreprise*, réalisé sous la direction de Jean-Paul JEANNIN et diffusé par la société Entreprise et Prévention aux dirigeants d'entreprise de plus de 50 salariés et directeurs des ressources humaines [70].

3.6.3. Propositions complémentaires concernant l'évaluation du risque

- ✓ Inscrire l'alcool comme risque professionnel [27, 63].

- ✓ Réduire à zéro l'alcoolémie autorisée pour certaines activités nécessitant une vigilance particulière (conducteurs de transports, utilisateurs de machines, travail en hauteur), par une note dans le règlement intérieur [27].

✓ Identifier les situations liées au milieu de travail, «dont on sait qu'elles peuvent déboucher sur des problèmes d'alcool», et ensuite prendre des mesures préventives ou correctives [27, 47, 63].

✓ Evaluer la probabilité de survenue d'accidents (non limitée aux seuls postes à risque) ; c'est à la fois une démarche pluridisciplinaire et une des compétences du médecin du travail lors de ses consultations [26].

✓ Rendre le CHSCT acteur essentiel dans la mise de œuvre des actions visant à réduire les consommations, en lui reconnaissant un rôle d'expertise, et inscrire la prévention des conduites addictives comme un de ses objectifs [26]. Pour les petites entreprises, ces actions peuvent être véhiculées par les organismes professionnels, qui pourraient aussi proposer un service d'aide à la prévention en l'absence de CHSCT [27].

3.6.4. Propositions complémentaires concernant le dépistage

✓ Distinguer les différentes modalités de dépistage : soit à l'embauche (détermination d'une aptitude), soit périodique (recherche d'une altération des capacités), soit circonstancielle en cas d'accident, soit aléatoire avec protocole établi dans un but épidémiologique, le dépistage sauvage étant proscrit [26].

✓ Définir les conditions de réalisation dans le règlement intérieur, ainsi que les membres autorisés à le réaliser. Le sujet doit être informé qu'il peut demander une contre-expertise [26].

3.6.5. Propositions complémentaires renforçant la réglementation

✓ Définir la réglementation concernant l'alcool et la drogue sur le lieu de travail, dont la violation pourrait motiver des mesures disciplinaires, y compris un licenciement [47].

✓ «Dénormaliser» la consommation d'alcool dans le cadre professionnel, notamment lors des «pots» [26], voire interdire la consommation d'alcool en entreprise sous forme d'un document écrit intégré dans le règlement intérieur [26, 28], s'appliquant à tous les membres de l'entreprise [47].

✓ Il est rappelé que l'employeur a l'obligation d'intervenir en cas de consommation d'alcool : il a une responsabilité pénale (accidents de travail et maladies professionnelles), civile (faits commis par un salarié) et disciplinaire. Pour améliorer cette obligation, la MILDT propose de définir l'obligation de résultats, de proposer un cadre de référence pour prendre en compte ce qui est facteur de stress, de donner à l'employeur les moyens de faire respecter les conditions de sécurité et santé et d'énoncer ses limites d'action [26]. Les objectifs sont d'améliorer l'implication des employeurs dans la lutte contre l'alcoolisation sur les lieux de travail, et de mettre en cohérence les règles relatives aux pouvoirs du chef d'entreprise avec sa responsabilité pénale [27].

✓ Codifier la conduite à tenir en cas de situation dangereuse : document écrit référent, s'ajoutant au règlement intérieur précisant les modalités de dépistage, conditions de retrait de poste ou de reclassement ; ce document doit être largement diffusé [16, 68]. Codifier la prise en charge d'une alcoolisation aiguë sur les lieux de travail.

✓ Redéfinir les notions d'aptitude médicale et professionnelle, ainsi que les «postes de sécurité» pouvant mettre en jeu la sécurité du salarié, du collectif de travail ou du tiers [26]. Cette thématique de sécurité en entreprise doit être consensuelle et écrite dans le règlement intérieur et le document unique.

✓ Informer systématiquement le salarié de la nature de ses responsabilités personnelles face à d'éventuels problèmes de santé susceptibles de survenir entre deux examens systématiques [26].

3.6.6. Propositions complémentaires concernant les déterminants de consommation dans l'entreprise

✓ Améliorer l'offre de boissons au sein de l'entreprise [66], en limitant puis supprimant l'accès aux boissons alcooliques mais en favorisant la diversité des boissons non alcoolisées, ainsi que leur tarif préférentiel.

✓ S'abstenir d'approuver, directement ou indirectement, les comportements qui encouragent ou facilitent la consommation néfaste d'alcool [47].

✓ Considérer les conduites d'alcoolisation en entreprise comme une réalité, mieux en connaître leur place dans l'ensemble des problèmes de santé et modifier leurs représentations [15, 26, 63].

✓ Identifier les facteurs de vulnérabilité et situations déclenchantes d'une pratique addictive propres à l'entreprise [26]. User de bonnes pratiques en matière de gestion, de pratiques d'emploi équitables, et d'une organisation du travail de manière à ce que le milieu de travail «ne soit pas la source d'une fatigue nerveuse, physique ou mentale excessive», à l'aide de consultations entre la direction et les travailleurs ou leurs représentants [15, 47].

✓ Favoriser une amélioration des conditions de travail. On citera la possibilité de participer à l'élaboration de son planning, évitant ainsi l'isolement lié aux roulements aléatoires ; l'amélioration des relations sociales ; l'existence de locaux de permanence accueillants, proposant des activités ; la possibilité de recourir à des médiateurs en cas de difficultés au sein de l'entreprise, et la possibilité de libérer du temps [54].

✓ Permettre au médecin du travail d'analyser les conditions et l'organisation du travail [26].

3.6.7. Propositions complémentaires concernant l'identification et l'orientation des salariés en difficulté

✓ Rendre tous les acteurs capables de reconnaître les conduites addictives par une formation adaptée. Cela sous-entend que chacun devrait pouvoir repérer les signes de mésusage et les dommages consécutifs à une consommation excessive [15, 26, 63].

✓ Assurer une formation complémentaire au personnel d'encadrement à la communication [27]. L'acquisition de compétences vise à rendre apte à expliquer la politique de l'entreprise en matière d'alcool ; à rendre capable d'évaluer le milieu de travail et d'identifier les méthodes ou les conditions de travail qu'il conviendrait de changer ou d'améliorer pour prévenir, réduire ou mieux maîtriser les problèmes liés à l'alcool ; à disposer

d'éléments permettant de maîtriser une communication en cas d'alcoolisation (en évitant la fuite, l'agressivité ou la manipulation) [66] ; à être apte à donner aux travailleurs des renseignements sur les structures d'aide, et enfin à répondre aux besoins des travailleurs qui, après traitement, reprennent leur travail, et à contrôler celui-ci [15, 47].

- ✓ Former au sein de l'entreprise des salariés capables de repérer les situations à risque et d'orienter les sujets concernés par un problème d'alcool (personnes relais) [15, 47].

- ✓ Favoriser une prise en charge médicale à une sanction disciplinaire en cas de problème d'alcool. La participation devrait être volontaire et ne dispense pas le salarié de ses responsabilités normales dans l'emploi. Si un travailleur n'apporte pas sa pleine coopération au programme de traitement, l'employeur peut prendre la mesure disciplinaire qu'il juge appropriée [47].

- ✓ Mettre en place d'un dispositif d'écoute au sein de l'entreprise (service social ou médical).

- ✓ Pour les entreprises dotées d'un service de sécurité et santé au travail, adresser les travailleurs qui semblent avoir des problèmes liés à l'alcool afin qu'ils subissent un examen et reçoivent des conseils, et qu'ils puissent bénéficier d'un début de traitement ou de réadaptation si les agents de santé employés par l'établissement ont la compétence voulue pour cela ; si tel n'est pas le cas, orienter les travailleurs vers des spécialistes extérieurs à l'établissement [47].

- ✓ Encourager la pluridisciplinarité dans la prise en charge des problèmes d'alcool [47].

- ✓ Faciliter l'accès aux soins [26].

- ✓ Inscrire toutes les dispositions relatives à l'approche sanitaire dans le règlement intérieur [26].

- ✓ Mentionner sur leur panneau d'affichage les adresses des centres de soins en alcoologie [27].

3.6.8. Propositions complémentaires concernant le maintien dans l'emploi et la réinsertion des salariés en difficulté

- ✓ Affecter à un poste approprié un salarié ayant eu des problèmes passés d'alcool, en évitant d'exposer l'intéressé à des situations de travail similaires à celles qui, dans le passé, ont causé ces problèmes [47].

- ✓ Prendre des mesures appropriées à l'égard des travailleurs confrontés à des problèmes liés à l'alcool qui nuisent ou dont on peut raisonnablement penser qu'ils risquent de nuire à leur comportement professionnel, notamment en définissant les conditions de maintien et retrait au poste [47, 63].

- ✓ Favoriser l'égalité des chances pour les personnes qui sont ou ont été confrontées à des problèmes liés à l'alcool, conformément à la législation et aux règlements nationaux (sécurité de l'emploi, possibilités de mutation et d'avancement) [47].

✓ Favoriser le maintien dans l'emploi [26] : en proposant un post-sevrage, qui peut être une étape déterminante du processus d'assistance ; en proposant un transfert ou des possibilités de recyclage lorsque le retour au poste précédent n'est pas conseillé ; en aidant à la réinsertion au cours de la période de réintégration, conformément aux recommandations d'un spécialiste des soins de santé [47], et en garantissant le retour à l'emploi au salarié dépendant qui s'engage dans une démarche de soins [27].

3.6.9. Propositions complémentaires concernant la confidentialité

✓ Etablir un système qui garantisse la confidentialité de toutes les informations qui sont communiquées à propos des problèmes liés à l'alcool, soit à l'employeur par un salarié (ces données ne devraient pas figurer dans le dossier de l'intéressé et devraient être classées à part), soit au médecin du travail (ne pas divulguer l'état, le diagnostic et le traitement de la personne à l'employeur). Informer les travailleurs des exceptions à cette règle, motivées par des raisons juridiques ou d'éthique professionnelle [47].

✓ Le médecin du travail devrait cependant dire à l'employeur si un travailleur est apte ou non, ou s'il est apte avec des réserves, et indiquer combien de temps il sera incapable d'assurer ses fonctions pour raisons de santé. Pour des raisons pratiques, il peut être souhaitable que le travailleur informe son chef direct de son état de santé lorsqu'il doit suivre un traitement hospitalier ou externe. Le supérieur direct de l'intéressé pourra ainsi comprendre pourquoi il est absent, tenir compte de cette absence et l'aider au cours de sa réintégration [47].

3.6.10. Propositions complémentaires concernant les salariés entre eux

✓ Coopérer avec l'employeur pour attirer son attention sur les conditions qui, sur le lieu de travail, pourraient inciter ou conduire les travailleurs à se réfugier dans l'alcool, et proposer des mesures correctives [47].

✓ Aider les personnes confrontées à des problèmes liés à l'alcool à obtenir l'assistance nécessaire à leur réadaptation [47].

✓ Exiger que leur vie privée soit respectée et que toute intrusion dans leur vie privée en rapport avec la consommation d'alcool soit limitée, raisonnable et justifiée [47].

3.7. Rôles du médecin du travail

L'action du médecin du travail s'exerce essentiellement au travers de deux axes : la surveillance médicale des salariés, assurée par des visites périodiques, et l'action en milieu de travail, dont fait partie l'étude des postes et des conditions d'exposition aux risques (tiers temps). Pour ce faire, les services de santé au travail disposent d'outils de prévention collective. Ils peuvent également utiliser l'éducation pour la santé qui permet de sensibiliser de façon régulière des groupes de salariés. Enfin, la prise en charge individuelle peut être proposée par le médecin du travail au cours d'un des examens médicaux.

Selon l'article L.241-2 du Code du Travail, le médecin du travail a un rôle uniquement préventif [71]. Le champ spécifique du médecin du travail relève de la politique de réduction des risques (usage nocif), et de l'éducation et promotion de la santé (consommation à risque). Il n'a pas vocation à la prise en charge des dépendances, qui relève d'une prise en charge

pluridisciplinaire, mais a par contre un rôle pivot dans l'orientation de ces sujets vers les structures de soins spécialisées.

Il peut avoir différents rôles dans la mise en place d'une politique de prévention du risque alcool, que je vais exposer sous forme de liste.

✓ Mettre en évidence des freins à la démarche par la place d'interlocuteur privilégié de tous les membres de l'entreprise, et par sa connaissance de l'entreprise. Dans l'entreprise rencontrée pour ce travail, la multiplicité des sites rend difficile le contrôle de l'application des règlements, et la mise en place de formation, ce dont il faut tenir compte.

✓ Intégrer le risque alcool à la fiche d'entreprise type de la MSA, dans la partie risques professionnels. Je propose de briser le tabou de la question d'alcool en entreprise en intégrant le risque addictions (ou substances psychoactives) dans la fiche d'entreprise.

✓ Participer à l'élaboration du questionnaire d'état des lieux préalable à l'élaboration de la politique de gestion du risque alcool.

✓ Proposer la réalisation d'enquêtes épidémiologiques au sein de l'entreprise à l'aide d'indicateurs définis (à définir dans l'entreprise), notamment en utilisant les données du Dossier Médical en Santé au Travail (DMST) [72].

✓ Vérifier l'application des obligations réglementaires (rôle de conseil à l'employeur) et si nécessaire, participer à leur mise en place.

✓ Effectuer le travail préalable à toute action de Santé Publique : analyse des besoins, de la demande et des ressources à l'aide d'indicateurs définis par des experts tels que l'INRS (accidentologie, alcoolémie à certains postes, situations rencontrées et pertinence des solutions proposées). Ce travail préalable est utile pour déterminer le type d'action adaptée à l'entreprise, en tenant compte des contraintes spatio-temporelles et économiques de celle-ci. Il permet l'élaboration d'indicateurs pertinents (dans le respect de la confidentialité) afin d'évaluer la situation de l'entreprise et l'évolution dans le temps [68].

✓ Renseigner systématiquement la consommation d'alcool à l'aide d'un questionnaire adapté et donner un conseil de modération en cas de consommation excessive ou à risque [7].

✓ Suivre une formation à un dépistage systématique des conduites à risque [27].

✓ Se former au repérage précoce et à l'intervention brève et à l'entretien motivationnel, afin de les appliquer [68].

✓ Etablir des liens avec les structures de prise en charge afin de favoriser le soin [68]. Dans la région Centre, il est possible de proposer des prises en charge ambulatoire auprès des CCAA (Blois et plusieurs antennes dans le département), auprès de l'équipe d'addictologie du CHB, et d'associations néphalistes (Vie Libre, Croix d'Or, Alcooliques Anonymes). Des prises en charges de type hospitalière sont assurées au CHB, au Centre Louis SEVESTRE à La Membrolle (Indre-et-Loire), au CALME à Illiers-Combray (Eure-et-Loir). Il existe des centres de post-sevrage comme MALVAU à Amboise (Indre-et-Loire).

✓ Participer aux actions d'éducation pour la santé assurant la diffusion de la charte alcool [7, 68].

✓ Améliorer sa communication et la prise en charge des salariés suspects d'un problème d'alcool [7]. En cas de mésusage, rencontrer le salarié et lui proposer un contrat d'accompagnement avec son accord portant sur différents points : possibilité d'une rencontre avec le médecin et l'employeur (dans le respect du secret médical), définition d'un projet thérapeutique avec des objectifs, réciprocité des engagements et possibilité de modifications de ce contrat. Donner une date de nouvelle rencontre en restant à disposition du salarié [28, 26]. Il s'agit de faire prendre conscience du problème, de donner les informations nécessaires, d'expliquer les traitements existants, et d'obtenir le consentement pour les soins. Selon le Dr BRIEUDE, addictologue, la mise en place d'un cadre avec des entretiens réguliers favorise l'engagement dans une démarche de soins. Il est particulièrement important de faire comprendre au salarié le lien de causalité entre sa consommation et les troubles pour lesquels il a été adressé [26].

✓ Tenir compte des addictions dans l'évaluation de l'aptitude médicale : une inaptitude temporaire est à discuter en cas d'altération des capacités cognitives et psychomotrices [26]. Il est possible de s'aider du dépistage alcoolémique avec l'accord du salarié. L'employeur n'a pas à connaître le motif de l'inaptitude.

✓ Encourager les membres de l'entreprise à intervenir précocement auprès d'un salarié présentant des signes de mésusage d'alcool, notamment en signalant le salarié en danger, sans considérer cet acte comme une délation [73].

✓ Proposer la mise en place d'un dispositif d'écoute et d'aide à la verbalisation.

✓ Prioriser l'accompagnement pour le maintien et/ou le retour à l'emploi des sujets abstinents [7, 66].

✓ Etablir en concertation avec les services d'urgence la démarche en cas d'alcoolisation aiguë au sein de l'entreprise (préciser les rôles des services de secours). Participer à l'élaboration du protocole de prise en charge d'une «ivresse». Le médecin du travail est nécessairement associé à l'élaboration des mesures d'urgence et a un rôle de coordination entre les secours internes à l'entreprise et le Centre 15 [74].

✓ Améliorer son diagnostic et sa prise en charge de la dépendance [38], notamment par la connaissance de trois éléments du projet thérapeutique : le diagnostic de l'addiction et l'évaluation de ses conséquences ; l'appréciation des facteurs de gravité ; et l'évaluation du degré de motivation au changement.

3.8. Rôle du préventeur de la MSA

Le SST pourrait développer des actions de sensibilisation pour tous les adhérents. Si des stages de formation ne sont pas encore proposés sur le risque alcool à la MSA de Touraine, les préventeurs peuvent intervenir dans le cadre du risque routier (charte interentreprises 41), avec des actions de sensibilisation. Ils proposent une approche parfois ludique lors des comices agricoles (parcours avec port de lunettes à vision déformée, reproduisant les effets sur la vision d'une alcoolémie donnée).

3.9. Apport possible d'intervenants extérieurs dans la mise en place

L'ANPAA propose des formations spécifiques aux entreprises (actions de sensibilisation, formation, suivi et accompagnement) dans une démarche globale de prévention. Il s'agit d'un organisme de formation professionnelle en prévention et gestion des risques professionnels liés à l'usage d'alcool, tabac, cannabis et autres produits. Dans la région Centre, elle comporte 50 intervenants internes et fait appels à des intervenants externes.

Les formations proposées sont adaptées à la demande de l'interlocuteur et visent à améliorer la compréhension et la gestion des différentes conduites de consommation. Le but des formations proposées est de permettre aux stagiaires de devenir acteurs et relais de prévention dans l'entreprise.

L'ANPAA obéit à une charte de formation, dont certains objectifs sont repris dans la proposition d'action de ce travail :

- Elle a pour but de faire évoluer les représentations à l'égard de l'alcool.
- Elle a pour but d'améliorer la démarche de soins et d'accompagnement des personnes en difficulté.
- Elle s'engage à favoriser la compréhension des aspects multi-factoriels des phénomènes d'alcoolisation.
- Elle s'engage à favoriser la communication avec la personne en difficulté avec l'alcool.
- Elle ne situe pas dans une activité thérapeutique.

La spécificité de l'ANPAA, par rapport à certains cabinets conseils spécialisés dans la prévention en entreprise, est sa connaissance de l'addictologie. De plus, elle assure un suivi des stagiaires qu'elle forme et un accompagnement qui permet de répondre aux questions soulevées dans l'entreprise suite aux interventions [75].

Le club interentreprises risque routier 41 peut apporter son aide dans la prise en charge du risque routier lié à l'alcool pour les entreprises adhérentes.

Enfin, d'autres intervenants extérieurs peuvent être sollicités, en particulier pour la prise en charge de sujets dépendants dans le cadre du soin. Dans le Loir-et-Cher, on rappellera l'intérêt du réseau de soin Rézo addictions qui a un rôle de coordonnateur entre les acteurs médico-sociaux départementaux. Un salarié demandeur d'une prise en charge peut être inclus dans le réseau.

La documentation nécessaire à certaines actions peut être fournie par l'ANPAA, l'INPES, ou par l'Association Départementale d'Education pour la Santé (ADES) dans le Loir-et-Cher.

3.10 Actions réalisées dans le cadre de ce mémoire

Dans l'entreprise sollicitée, le DRH est favorable à la mise en place d'une action de prévention. L'arrivée récente d'un nouveau directeur général dans le groupe suspend provisoirement sa mise en application.

Je n'ai donc pas participé à la mise en place d'une action de prévention ; cependant, ma rencontre a permis d'envisager quelques actions ponctuelles au sein de l'entreprise concernée (information, formation).

Le DRH propose ainsi d'informer les salariés sur le risque alcool via une lettre d'information. En effet, depuis quelques mois, le bulletin de salaire mensuel des salariés est accompagné d'une feuille d'information abordant des thématiques de Santé et Sécurité au travail ; le DRH propose ainsi de traiter régulièrement du problème alcool par ce moyen de communication. Il propose d'y associer des brochures d'information sur l'alcool.

Il envisage avec la responsable de la formation, de créer un cycle de formation à destination des responsables et directeurs, ayant pour thème le droit du travail, qui durerait deux à trois ans, avec des rappels annuels. Tous deux pensent intéressant d'y insérer des notions de sécurité, dont certaines sur le risque alcool.

La responsable de la formation a souhaité avoir les coordonnées de Sylvie GANDON de l'ANPAA car elle envisage de créer des formations sur les dépendances et le risque routier.

Il faut signaler l'existence de partenariats avec la Prévention Routière et Groupama (préventeurs), qui intervenaient jusqu'en 2007 lors des journées de formation des saisonniers sur le risque alcool et addictions. Actuellement, le nombre de formations (sites) a limité leur action, et la formation n'est plus délivrée par des préventeurs mais par des responsables de l'entreprise. Le DRH pense que le public des saisonniers (étudiants en majorité) est une bonne cible de la prévention des addictions par sa prévalence des consommations.

Le risque routier lié à l'alcool est abordé lors des formations à la conduite d'engins (formation interne équivalente au Certificat d'Aptitude à la Conduite En Sécurité).

Par contre, il n'existe pas de formation spécifique sur le risque alcool, qui pourrait être envisagée dans le catalogue des formations DIF (Droit Individuel à la Formation). Le service formation a des formateurs internes et fait appel à des intervenants extérieurs (aucun n'intervient sur le risque alcool pour l'instant) ; il a obligation d'organiser les formations sécurité obligatoires (ou non imputables) et celles du plan de formation (DIF), et a force de proposition pour toutes ces formations.

3.11. Exemple d'une situation problématique et conduite proposée

A partir des recommandations et entretiens réalisés pour ce travail, j'exposerai une situation pratique et le rôle du médecin du travail dans cette situation.

Il reste évident que chaque situation est unique pour plusieurs raisons : chaque salarié a une histoire propre avec l'alcool ; le médecin du travail exerce son métier avec une expérience variable en durée et modes d'exercice, et il est aussi un individu avec ses représentations (voir discussion) ; enfin, l'environnement proche du salarié (entreprise, famille et amis) peut avoir une influence particulière sur la consommation du salarié. Il faut aussi rappeler la multiplicité des déterminants dans la dépendance, qui semble la situation la plus difficile à régler.

Je parlerai du cas d'un salarié pris en flagrant délit de conduite en état d'ivresse. Il s'agit d'un chauffeur livreur qui, lors de l'embauche journalière, présente une haleine alcoolisée sans autres symptômes. Son supérieur réalise alors un dépistage alcoolémique

comme prévu par le règlement intérieur, en présence d'un collègue choisi par le salarié. La mesure d'alcool dans l'air expiré est supérieure aux valeurs autorisées lors de la conduite d'un véhicule. Le supérieur refuse que le salarié prenne son poste et prévient l'employeur, qui prévient à son tour le médecin du travail, cette mesure ayant été prévue dans le cadre d'une politique de gestion du risque alcool, et codifiée dans le règlement intérieur.

Le salarié est immédiatement convoqué par l'employeur, qui pourrait le licencier pour faute grave. Comme l'entreprise a mis en place une politique collective, l'employeur rappelle au salarié ses obligations de sécurité et le non-respect du Code de la Route, et lui propose de rencontrer le médecin du travail, dans le but d'initier une démarche de soins. L'employeur rappelle que cette démarche peut permettre au salarié de garder son emploi à condition qu'il y ait un engagement dans cette démarche. L'objectif final de la prise en charge, contractualisé, est une alcoolémie négative traduisant la non-consommation avant la prise de poste et lors des heures de travail. Cet objectif sera écrit dans un engagement signé par le salarié avec l'employeur.

Le problème de l'information de l'employeur quant à l'évolution de la situation peut être abordé par l'engagement de l'employeur à favoriser le maintien dans l'emploi sous couvert d'un accès à l'information, donnée par le salarié lui-même. Il reste à définir quelles informations donner à l'employeur et que proposer en cas d'échec des soins.

Le jour même, l'employeur fait raccompagner le salarié à son domicile par quelqu'un ou le fait patienter en salle de repos en attendant que son alcoolémie baisse. Le salarié n'est pas hospitalisé car il ne présente pas de signes cliniques évidents, indépendamment de l'alcoolémie estimée.

Rapidement, c'est-à-dire le jour même ou le lendemain, dans la mesure du possible, le médecin du travail, prévenu par l'employeur, reçoit le salarié lors du colloque singulier habituel, dans le respect du secret médical.

Il connaît le salarié mais n'avait jamais dépisté de mésusage d'alcool chez ce dernier, qui sous-estimait volontiers sa consommation. L'interrogatoire permet de suspecter une dépendance installée depuis quelques temps, avec une motivation au changement suite au risque de licenciement et de problèmes personnels liés à sa consommation. Le stade dans lequel se trouve le salarié est celui de l'action : le salarié a déjà essayé de diminuer sa consommation depuis quelques semaines, malgré des signes de sevrage au réveil, calmés par l'ingestion d'alcool.

Le médecin rappelle les mesures collectives adoptées dans l'entreprise se rapportant aux sujets dépendants et demandeurs d'une prise en charge : le maintien dans l'emploi sera favorisé, sous couvert d'une démarche de soins.

Le médecin du travail propose une inclusion dans le Rézo addictions, qui permet au salarié une évaluation médico-sociale de sa situation. Ainsi, la prise en charge la plus adaptée sera déterminée, associant prise en charge alcoologique ambulatoire ou hospitalière et suivi psycho-social. Le médecin du travail peut demander l'inclusion lui-même, en accord avec le salarié, ou proposer au patient de contacter son médecin traitant, avec un courrier résumant la situation.

Le médecin va alors contracter un engagement réciproque avec le salarié. Ce dernier va s'engager dans la démarche de soins proposée et informera le médecin du travail de l'avancement de cette démarche. En contrepartie, le médecin du travail s'engage à revoir régulièrement le salarié pour faire le point (bi-mensuellement puis selon l'évolution clinique), afin de participer à la prise en charge pluridisciplinaire. Ces entrevues régulières participent à

la mise en confiance du salarié. En effet, la place du médecin du travail dans une démarche curative n'est pas habituelle pour le salarié, qui peut aussi douter de l'indépendance du médecin par rapport à l'employeur. Les consultations s'accompagnent de la réalisation d'un dépistage alcoolémique par le médecin, dont les résultats ne sont pas accessibles à l'employeur, pour constater l'abstinence souhaitée, et permet d'encourager le salarié dans ses efforts. Un dépistage positif ne sera pas utilisé pour sanctionner le salarié mais permet de réévaluer la motivation et le déroulement du processus. L'objectif proposé par le médecin est ici l'abstinence totale et durable et non seulement une alcoolémie négative au poste de travail, mais cet objectif n'est pas communiqué à l'employeur. Le salarié a toujours la possibilité de demander à rencontrer le médecin du travail à sa demande, sans que l'employeur le sache.

La prise en charge médicale proposée, il reste à résoudre le problème du maintien au poste. Le médecin du travail peut proposer une inaptitude temporaire ; le salarié se mettra alors en contact avec son médecin traitant qui prescrira un arrêt de travail dont la durée sera fonction de la démarche de soins, puis réévaluée régulièrement. Il est aussi possible de proposer une inaptitude avec réserves (non-conduite de véhicules), si l'on pense que l'employeur peut reclasser temporairement le salarié dans un autre poste.

Les conditions de reprise du travail doivent être clairement énoncées au préalable. On peut par exemple proposer comme objectif une reprise après un délai d'abstinence de x semaines, et sous couvert de la réalisation d'un dépistage alcoolémique inopiné.

Tout dépistage positif ultérieur serait motif de sanctions telles que définies par le règlement intérieur.

Fort de son implication dans la politique de prévention de l'entreprise, et pour avoir mené des actions d'éducation pour la santé, le médecin du travail peut être le maillon fort de la prise en charge sus-énoncée, surtout s'il assure le suivi médical de longue date de l'entreprise et qu'il est garant du secret médical.

4. DISCUSSION

Je traiterai des propositions de ce travail qui ont été sujettes à caution lors des entretiens avec les différents intervenants. Certaines propositions, bien que recommandées par les institutions, semblent en désaccord avec certains points de vue, tandis que d'autres propositions sont plus personnelles et à approfondir.

4.1. Quels arguments peuvent motiver un employeur à s'engager dans une démarche de prévention du risque alcool ?

Je pense que des actions de prévention du risque alcool méritent d'être proposées dans toute entreprise, mais qu'une politique plus aboutie ne peut s'envisager sans demande de l'employeur.

Jean-Paul JEANNIN pense qu'il doit exister des conditions favorables à l'instauration d'une politique de management du risque alcool, qui sont la bonne santé économique de l'entreprise et l'absence de tension sociale [42].

L'identification de la demande de l'entreprise est une des trois conditions préalables à une action de Santé Publique avec celles des besoins et de l'offre.

Toute entreprise a besoin d'une politique de prévention du risque alcool, du fait de la prévalence des usages problématiques. Le lien entre besoin et demande peut ne pas être évident du fait de freins, que le médecin du travail peut s'attacher à mettre en évidence. Cette démarche est facilitée par sa connaissance de l'entreprise et de ses membres, par la connaissance des conditions de travail et d'éventuels problèmes déjà rencontrés auprès de salariés. Le médecin du travail est un interlocuteur privilégié de tous les membres de l'entreprise.

Il ne faut pas oublier que les obstacles à une action de prévention peuvent aussi être liés au médecin du travail lui-même, en tant qu'individu avec son vécu personnel de l'alcool. On touche ici aux représentations de l'alcool et aux définitions des usages.

Lors de ce travail, la demande de l'entreprise choisie n'a pas été exprimée, la direction ayant été remaniée depuis peu. Je pense que l'entreprise a des besoins du fait de l'existence de postes à risque (chauffeurs) et car des problèmes d'alcool ont déjà été rencontrés avec des salariés. Elle a du fait de son importance économique des ressources (offres) qui permettraient d'affecter un budget à une telle action, avec de plus un service formation propre à l'entreprise.

4.2. Comment modifier les représentations ?

Il faut pour modifier les représentations les connaître, les faire connaître, en débattre, et se baser sur des définitions précises afin de préciser la notion de consommation «modérée» [36].

Le DRH rencontré pour ce travail pense qu'il est important de modifier l'image de l'alcool. Il constate une bienveillance générale à l'égard de la consommation d'alcool, y compris au sein du CHSCT, et regrette que le milieu médical ait eu autrefois une certaine indulgence envers les salariés concernés par ce problème. Il pense cependant qu'il y a maintenant une conscience du problème.

Les représentations sociales françaises opposent une image positive de l'alcool comme symbole alimentaire et bénéfique, festif, symbole de relations sociales ou marqueur culturel, à une image négative véhiculée par l'ivrogne [76, 77], rejeté car incapable de contrôler sa consommation [77, 78].

Il existe une différence de représentation entre les sexes : la femme qui boit excessivement peut perdre le contrôle social de sa sexualité et n'est pas un modèle compatible avec celui de femme au foyer [56].

Chez l'homme, l'alcool est recherché pour ses effets psychoactifs mais aussi pour des raisons culturelles et liées à l'imagerie traditionnelle de l'homme [77]. Il joue un rôle identitaire à plusieurs niveaux : géographique (l'alcool représente la France, voire la région d'où l'on vient), familial (héritage du père) et symbolique (image de virilité). De nos jours, la virilité réside dans la maîtrise et la connaissance de soi plus que dans la résistance physique à l'alcool. L'homme, se fixant lui-même ses limites, refuse alors d'être jugé ou gendarmé.

Cette représentation plutôt positive de l'alcool rend difficile l'évaluation objective du risque de la consommation d'alcool [77].

La représentation du risque de dangerosité de la consommation d'alcool devrait aussi être modifiée. Il semble que ce risque soit de plus en plus perçu dans la population française. Entre 1999 et 2002, les quantités quotidiennes consommées perçues comme dangereuses ont diminué, et une proportion accrue de la population considère que la consommation occasionnelle d'alcool peut être dangereuse. Enfin, pour 70 % de la population, l'alcool représente un danger plus grand pour la société que les substances illicites [3, 79], bien que l'engagement citoyen en matière d'alcool reste limité [36].

Cependant, l'appréciation du seuil de dangerosité pour la santé varie dans la population [79]. On remarque que plus la fréquence de consommation augmente, plus le seuil de dangerosité est jugé élevé [4, 77]. Cette perception de la dangerosité variable en fonction du type d'usage du produit est retrouvée pour tous les produits psychoactifs. On peut rappeler le dicton populaire qui affirme que l'alcoolique est celui qui boit plus que soi.

La dangerosité perçue est aussi définie par certains comme le dépassement des seuils préconisés par l'OMS, pour d'autres elle rejoint la notion d'addiction, ou la consommation en dehors d'un cadre social festif, et enfin elle se résume parfois à la susceptibilité individuelle [79].

Enfin, la dangerosité perçue varie selon le type d'alcool : chez les hommes, contrairement aux alcools «dits forts», le vin et la bière ne sont pas considérés comme dangereux [77]. On parle même du paradoxe français pour la consommation de vin ; une consommation modérée aurait un effet protecteur cardio-vasculaire, bien que cette affirmation ne soit pas vérifiée [77, 80].

Il faut souligner que dans notre société, le refus de boire de l'alcool doit souvent être justifié [42].

4.2.1. Comment modifier les représentations de l'employeur ?

Dans les entreprises de plus de 50 salariés, l'alcool est reconnu comme faisant partie de la culture du milieu professionnel par 31 % des dirigeants [9].

Il apparaît primordial de mieux définir les usages de l'alcool afin d'élargir la vision du risque, sans le résumer aux situations personnelles d'ivresse ou de dépendance. En effet, l'entretien avec le DRH de l'entreprise choisie pour ce travail m'a permis de mettre en évidence que ni la «gueule de bois» au lendemain d'une soirée festive ni les consommations excessives ne lui paraissaient problématiques, et sa définition d'un problème d'alcool se résumait à celui de la dépendance. Une étude préalable semble être un bon élément pour mettre en évidence certaines habitudes, qui vont guider la démarche dans cette entreprise.

Il est intéressant de noter qu'il n'est jamais fait référence spontanément à la sécurité au travail ; le problème d'alcool semble vu comme une pratique individuelle et la motivation principale pour dépister un problème d'alcool semble d'éviter une condamnation pénale en cas d'accident ultérieur (dans le cadre du travail ou non), avec la peur de se faire reprocher d'avoir toléré la situation. Bien que la motivation «pénale» puisse permettre d'engager des actions de prévention, il me paraît important que l'employeur puisse s'approprier d'autres raisons pour s'engager dans cette démarche, faute de quoi elle ne saurait être aboutie.

Le DRH a pour l'instant mis en place des actions de lutte contre l'alcool au travail, à but essentiellement répressif. Il est important de sensibiliser l'employeur au versant d'aide accompagnant ses mesures.

4.2.2. Comment modifier les représentations des salariés ?

On remarque qu'alors que la consommation d'alcool est plutôt perçue comme un comportement individuel [30], la consommation en milieu de travail peut être liée à des facteurs propres à l'entreprise. La consommation d'alcool en milieu de travail répond à deux motivations principales : la création d'un lien social grâce à la convivialité créée lors des moments de consommation, et l'expression d'un mal-être au travail, dans lequel l'alcool peut avoir un rôle anxiolytique [15, 33].

Il est donc intéressant d'évoquer la possibilité d'un lien entre la consommation d'alcool et le milieu du travail, afin de modifier la perception de ce comportement comme uniquement individuel. Cela renvoie à la reconnaissance du caractère addictogène de l'entreprise [15, 16, 26].

4.2.3. Comment modifier les représentations du médecin du travail ?

Les médecins généralistes français se sentent globalement peu impliqués dans la prise en charge des problèmes d'alcool. Ils évoquent notamment des difficultés à questionner leurs patients sur la consommation d'alcool, perçue comme une liberté individuelle [36].

Il semble aussi qu'ils assimilent les problèmes d'alcool à la dépendance, dont la prise en charge est effectivement difficile [36]. Ces réticences se retrouvent chez les médecins du travail [36].

D'autre part, chaque médecin se trouve questionné sur son propre rapport avec l'alcool. En Haute-Normandie, région de faible densité médicale, une étude récente par autoquestionnaire anonyme sur l'état de santé a été menée chez un échantillon représentatif de médecins libéraux (généralistes et spécialistes). Elle a montré que 52 % des répondants boivent parfois plus de 4 verres par occasion, que 7 % d'hommes boivent plus de vingt et un verres par semaine et que 6 % de femmes boivent plus de quatorze verres par semaine, seuils de risque définis par l'OMS [81].

Enfin, le médecin du travail peut avoir un déni du problème d'alcool chez les salariés. Il en résulte des contre-attitudes négatives de rejet avec refus de prendre en charge le risque alcool [64].

On peut au contraire constater des contre-attitudes positives avec connivence et désir irrésistible de soigner [64].

Le médecin du travail doit être capable de se remettre en question, de travailler en équipe, de connaître ses limites, de se donner le temps et la possibilité de croire à l'amélioration de la situation d'un salarié [64].

4.3. Faut-il évaluer l'alcool comme un risque professionnel ?

Je pense qu'il faut reformuler la question dans une optique globale : les addictions sont-elles un risque professionnel et faut-il les évaluer comme tel ?

Je développerai cette question car les avis des intervenants divergent sur cette question, alors que les autorités recommandent d'introduire la consommation d'alcool et de substances psychoactives dans l'évaluation des risques professionnels.

Pour le DRH de l'entreprise sollicitée, il est difficile de considérer l'alcool comme un risque professionnel pour plusieurs raisons : il n'y a pas d'alcool sur le lieu de travail (ou on y tend) ; la consommation est souvent cachée ou a lieu avant le travail ; il existe une «bienveillance» nationale à l'égard de la consommation d'alcool ; il existe dans certaines entreprises une tradition de «pots» ; enfin, le sujet reste tabou.

Le responsable de l'évaluation des risques professionnels de l'entreprise ne considère pas le risque alcool comme professionnel car il n'y a pas d'alcool sur le lieu de travail.

Le livret d'accueil 2008 remis aux nouveaux embauchés de l'entreprise ne mentionne pas le risque alcool et le risque alcool n'est pas évalué dans le document unique d'évaluation des risques.

4.3.1. Définition du risque

La définition du risque varie selon les sources et les contextes, et la notion de risque reste floue [82].

Je retiendrai deux des définitions de l'encyclopédie Larousse : «possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage» et «danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé» [83].

L'INSERM définit les risques comme des «comportements jugés négatifs, et leurs dangers».

L'OMS propose comme définition la «probabilité d'un événement sanitaire défavorable, suivi de sa conséquence qui est principalement une morbidité ou une mortalité» [84].

En Santé Publique, le risque désigne un «danger bien identifié, associé à l'occurrence d'un événement ou d'une série d'événements, parfaitement descriptibles, dont on ne sait pas s'ils se produiront mais dont on sait qu'ils sont susceptibles de se produire» [68].

Ainsi, on trouve à la fois des notions de probabilité de danger, d'exposition et de comportements. Ces notions peuvent s'appliquer à la consommation d'alcool, comportement dont les conséquences exposent à une augmentation de la probabilité de dommages, en particulier par une augmentation de l'exposition à certaines situations dangereuses.

4.3.2. Définition du risque professionnel

L'évaluation des risques professionnels est une obligation réglementaire instaurée par les articles L.4121-1 à L.4121-3 du Code du Travail, précisée par le décret n° 2001-1016 et la circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002. La liste des risques professionnels n'y est pas exhaustive et reste à l'appréciation de l'employeur.

Selon l'ANPAA, l'article L.4121 du Code du Travail reconnaît le risque addictions comme un risque professionnel [75].

L'INRS ne mentionne pas le risque addictions dans la réédition 2008 du guide d'aide à l'évaluation des risques professionnels [85], mais le considère comme un risque professionnel dans son dossier web sur les addictions [58].

Pour l'équipe ayant réalisé le guide *L'alcool sur les lieux de travail. Guide pratique*, l'alcool doit être considéré comme un facteur aggravant du risque professionnel [28].

Pour B. SALENGRO, président du Conseil d'Administration de l'INRS en 2002, la représentation des risques professionnels est devenue «essentiellement causale» [86]. Cette approche permet d'envisager à la fois une action sur la cause de l'accident, et la possibilité de plusieurs causes. C'est ainsi que la consommation alcool peut être considérée comme cause d'accidents en tant que facteur aggravant, parfois déclenchant.

Il faut distinguer les risques situationnel et quantitatif. Le risque situationnel est lié aux propriétés de la molécule, au poste de travail, et à la personnalité sous-jacente : il est du domaine de décision du médecin du travail. Le risque quantitatif se rapporte aux effets délétères de l'alcool sur la santé en général, qui n'ont pas toujours d'impact au poste de travail [45].

Il ne faut pas oublier d'évaluer les interactions entre l'alcool et certains toxiques industriels, dont les effets peuvent s'ajouter et présenter un danger pour la sécurité [87, 88].

4.3.3. Perception du risque

Il faut rappeler qu'il existe une discordance entre un risque perçu et sa réalité [82]. Selon des spécialistes en Santé Publique, l'exposition à un danger «n'est pas le facteur déterminant dans le sentiment d'insécurité et de risque. Il faut donc faire prévaloir les représentations par rapport à l'analyse rationnelle lorsque l'on parle de risque.».

Il apparaît donc important de comprendre et concilier les différentes perceptions du risque, préalablement à une action de prévention.

Le niveau de risque se résume à une approche épidémiologique (ou probabiliste), tandis que la perception du risque est influencée par des facteurs sociaux, culturels et économiques [84]. Cela contribue à limiter l'efficacité de stratégie de lutte contre un risque, y compris dans les stratégies de promotion de la santé. C'est ici que les sciences humaines, en définissant les notions de risque subjectif et de perception du risque, permettent d'améliorer les stratégies de lutte contre les risques.

Une étude menée en 1980 a permis de classer les risques pour la santé selon leur degré de crainte et le type de risque [84]. L'alcool y apparaît comme un risque connu et peu craint.

L'acceptation du risque, comme sa perception, dépend de plusieurs facteurs [84]. Parmi ceux-ci, on citera le degré de liberté par rapport au risque, les expériences antérieures liées au risque et ses conséquences, les possibilités de contrôler le risque et l'influence de la publicité et des médias.

Les modèles psychosociaux considèrent que l'adoption de comportements de prévention résulte principalement de la combinaison d'une perception du risque élevée, et de la prise de conscience des bénéfices à retirer du changement de comportement [84]. Cette prise de conscience est donc la condition primaire à l'adoption de comportements de prévention, et doit être développée dans les actions de prévention de type promotion de la santé.

Ainsi, l'approche proposée dans une action de prévention du risque alcool devra tenir compte de ces différents facteurs.

4.3.4. Evaluation du risque professionnel

Eu égard à la définition des risques, au risque accidentogène lié à la consommation d'alcool, je pense qu'il faut évaluer ce risque comme un risque professionnel, à la fois comme facteur aggravant du risque professionnel, mais aussi comme risque favorisé par certaines conditions de travail.

Il faut donc encourager l'employeur à en faire l'évaluation, mais le SST doit aussi l'adopter dans sa démarche de prévention. Je pense donc qu'il faut inclure le risque «substances psychoactives» dans la fiche d'entreprise établie par le médecin du travail (article D.4624-37 du Code du Travail). Les actions tendant à la réduction du risque y seront précisées selon l'arrêté du 29 mai 1989.

La fiche d'entreprise utilisée dans les services de Santé au Travail de la MSA de Touraine a été réactualisée en 2009, mais ne mentionne pas le risque. Elle peut être adaptée selon l'entreprise mais je pense que le modèle standardisé devrait l'incorporer, afin d'en systématiser l'évaluation.

4.3.5. Définition du risque routier

Le risque routier encouru par le salarié en mission fait partie intégrante des risques professionnels. Il doit être évalué comme tel dans le cadre du Document unique instauré par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, dans le but d'engager des actions de prévention.

En 2003, un groupe de travail dirigé par le Professeur Alain DOMONT a retenu comme définition de la conduite professionnelle : «tout poste ou tout travail comportant dans sa totalité, ou en partie, une activité de conduite de quelque véhicule que ce soit, dans le cadre d'une activité de transport de marchandises, de voyageurs ou d'une activité nécessitant des déplacements professionnels» [89].

Ce groupe a remis un rapport sur les contre-indications médicales à la conduite automobile, dans lequel il propose d'impliquer les médecins du travail dans l'évaluation des capacités médicales à la conduite des salariés qui utilisent leur permis pour un usage professionnel et/ou pour les trajets domicile/travail [89].

Les pratiques addictives font partie de la «liste des affections médicales potentiellement dangereuses, car susceptibles de dégrader les capacités médicales à la

conduite et pouvant imposer une interruption de la conduite ou donner lieu à la délivrance de permis de conduire modulé», dans la classe IV (neurologie-psychiatrie).

Le médecin du travail a comme mission de participer à l'évaluation du risque routier. Il peut aider à faire comprendre au salarié et à l'employeur que conduire fait partie du travail. Il doit questionner sur la consommation d'alcool dans le cadre d'évaluation du risque routier d'un salarié [90].

Le DRH de l'entreprise concernée dans ce travail a encouragé la mise en place de bus entre le siège social et le lieu de rencontre lors de l'assemblée annuelle de l'entreprise, mais il n'a pas de prise sur le retour à domicile avec le véhicule personnel. Une sensibilisation au risque routier permettrait ici d'amorcer un dialogue responsabilisant avec l'ensemble du personnel.

4.4. Faut-il dépasser les exigences législatives ?

Le respect de la réglementation n'est qu'un préalable à la réalisation d'actions plus approfondies. Pour le docteur LOIR [91], l'absence de politique claire concernant l'alcool en entreprise et de sanction disciplinaire en cas de non-respect des règles favorisent l'installation d'une «culture annexe de consommation».

Plusieurs arguments plaident en faveur de l'interdiction complète de l'alcool sur le lieu de travail. Premièrement, la réglementation de l'offre et de la disponibilité de boissons alcoolisées est une des mesures les plus efficaces et les plus financièrement rationnelles pour limiter les méfaits de l'alcool [24].

Ensuite, la nature des tâches inhérentes au travail justifie une alcoolémie nulle dans un certain nombre de cas.

Enfin, si l'on considère l'alcool comme un risque professionnel, il faudrait, selon les principes généraux de l'évaluation, l'éviter (directive cadre européenne du 12 juin 1989).

L'employeur a la possibilité d'interdire totalement la consommation d'alcool dans l'entreprise, dans le cadre du règlement intérieur (article L.1321-1 du Code du Travail). L'application effective de cette interdiction est ensuite à vérifier.

Dans l'entreprise choisie pour ce travail, bien que la consommation d'alcool soit interdite, elle reste possible sur le lieu de travail, en l'absence de contrôle et dans les sites de restauration extérieurs à l'entreprise, mais le DRH pense que le risque de contrôle routier est maintenant bien ancré et limite cette consommation.

4.5. Quelle tenue du dossier médical ?

La réglementation prévoit la constitution d'un Dossier Médical en Santé au Travail (DMST) pour chaque travailleur. L'article D.4624-46 du Code du travail impose au médecin d'établir, à l'embauche, un dossier médical qui sera complété après chaque examen médical ultérieur. Le dossier est couvert par le secret professionnel : l'accès à ce dossier, sa circulation et sa transmission répondent à des règles particulières.

Le DSMT est tenu par le médecin du travail, mais consultable par le personnel infirmier collaborateur, avec l'accord du médecin, dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à l'exercice de sa mission [72].

La standardisation du contenu du dossier médical et la structuration de l'examen autour de ce contenu participent à l'harmonisation des pratiques médicales [72]. L'informatisation du DSMT est souhaitée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Le logiciel doit permettre une exploitation collective des données par le médecin du travail ou en coopération avec d'autres confrères en santé au travail.

Le DSMT a plusieurs objectifs. Il doit permettre en particulier d'apprécier le lien entre l'état de santé du salarié et les conditions de travail, de proposer des mesures de prévention et d'amélioration des conditions de travail, de statuer sur le maintien ou non dans l'emploi. Il doit aussi participer à la traçabilité des informations et conseils de prévention délivrés au travailleur, et doit aider le médecin du travail à participer à la veille sanitaire en santé au travail.

Ce dossier doit répondre à des règles précises d'organisation et rester simple d'utilisation [72]. La HAS recommande la structuration en plusieurs rubriques : informations socio-administratives ; informations concernant l'emploi et les activités professionnelles ; informations concernant la santé des travailleurs ; propositions et avis du médecin du travail.

La HAS recommande de recueillir des données actualisées sur la consommation de substances psychoactives dans la partie concernant la santé des salariés [72].

Les services de SST de la MSA utilisent un logiciel informatique pour la tenue du dossier médical. Ce logiciel est communément appelé "applicatif MT/MP" et a été créé par AGORA, centre informatique chargé de la création et de la maintenance de l'informatique institutionnelle de la MSA (<http://agora.msa.fr/>).

La base utilisée pour la gestion des fichiers de DSMT est régionale, mais chaque caisse ne peut accéder qu'aux données de son département ou de celles des départements fusionnés. Ainsi, l'exploitation des données épidémiologiques est limitée.

Je propose de travailler sur l'amélioration du logiciel de DSMT des caisses de MSA avec plusieurs objectifs. Il faudrait renseigner systématiquement les consommations de substances psychoactives à l'aide d'un outil informatique adapté. Il est possible de créer un item spécifique «consommation d'alcool», dont le remplissage binaire (oui/non) serait obligatoire, faute de quoi il serait impossible de poursuivre la consultation informatique. Une réponse positive pourrait ouvrir une fenêtre affichant la quantification de la consommation (CDA) et le test FACE.

En cas de repérage d'une consommation problématique, une alarme à l'ouverture du dossier pourrait être programmée lors des consultations suivantes.

Enfin, il faudrait pouvoir centraliser les données à des fins épidémiologiques, en respectant la confidentialité des informations.

Je pense que la systématisation du questionnement de la consommation a deux intérêts supplémentaires : elle permet de briser le tabou de l'usage d'alcool, et évite de stigmatiser les salariés suspects d'un problème d'alcool.

Il ne faut pas oublier le problème de la confidentialité et de la traçabilité du dossier médical en cas de litige ou d'accident [26].

4.6. Le médecin a-t-il les moyens et mission de réaliser le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) ?

Selon l'ANPAA, les consommateurs excessifs ne rentrent que tardivement dans un système de soins : la moyenne d'âge des consultants dans les CCAA est de quarante à quarante cinq ans, après une durée moyenne d'alcoolisation de dix à quinze ans [48]. Ainsi, les médecins du travail peuvent être les premiers professionnels de santé rencontrés par une partie des consommateurs excessifs, ce qui leur confère un rôle particulièrement important dans le dépistage des conduites à risque.

Or une étude récente a montré que seuls 30 % des salariés ont été interpellés par le médecin du travail sur leur consommation d'alcool lors de leur dernière visite annuelle, alors que plus de la moitié l'ont été sur leur consommation de tabac (et 15 % sur l'usage de drogues) [9].

Cette démarche de repérage est pour moi un élément essentiel d'une politique de prévention, bien que l'employeur n'y voit pas nécessairement d'intérêt : on se trouve ici à l'interface des besoins et ressources, sans qu'il y ait de demande. En effet, le DRH rencontré pour ce travail pense que le repérage ne présente pas d'avantage pour l'employeur s'il n'en est pas informé. Or dans une optique de prévention primaire, le repérage est la seule intervention ayant fait la preuve de son efficacité en milieu de travail sur la diminution des consommations excessives. Il n'est pas indispensable d'obtenir l'adhésion de l'employeur pour le repérage, d'autant plus qu'il est voué à se systématiser au cours de l'entretien singulier salarié-médecin.

L'INSERM recommande de développer les méthodes de repérage et d'accompagnement des buveurs excessifs sans alcoolodépendance en santé au travail. Il recommande que les médecins du travail soient formés à l'apprentissage du «relationnel permettant d'entrer en contact avec les personnes susceptibles d'avoir un problème avec l'alcool» [41]. Il conseille aussi la mise à disposition d'autoquestionnaires en salle d'attente afin d'encourager chaque consommateur d'alcool à évaluer sa propre consommation [41].

Une étude récente en milieu de travail [13, 31] a montré que l'utilisation d'un auto-questionnaire AUDIT sur la consommation d'alcool était facile et acceptable, et permettait le dépistage d'un mésusage d'alcool sans dépendance. Dans ces cas, la consultation était complétée par une intervention brève à laquelle les médecins du travail ont globalement adhéré. Cette intervention durait en moyenne neuf minutes et recevait un bon accueil du salarié. Cette étude montre l'intérêt d'un dépistage précoce des consommations à risque et problématique, à faible coût et avec une efficacité mesurée à douze mois par une réduction de la consommation d'alcool chez les sujets concernés. Sa reproductibilité est un atout supplémentaire.

Cependant, dans le contexte actuel d'insuffisance d'effectif de médecins du travail, augmenter le temps consacré à une consultation paraît difficile. Je pense qu'il est donc préférable d'utiliser le questionnaire FACE, bien qu'il n'ait pas encore été validé en milieu de travail. Sa systématisation lors des consultations permettra d'introduire un dialogue autour de l'alcool, préalable à un conseil de modération.

De la même façon, mener une intervention brève me paraît difficile. On peut s'inspirer des principes de l'intervention ultra-brève recommandée dans les Services d'Accueil et d'Urgence [76].

Celle-ci comprend un feed-back donné au patient sur sa consommation d'alcool, une explication sur la notion de verre standard et les seuils de risque, un encouragement à ne pas dépasser les seuils préconisés et la remise d'un livret d'aide. Les outils documentaires peuvent être fournis par l'ANPAA ou une structure départementale d'éducation pour la santé (ADES dans le Loir-et-Cher).

Les méta-analyses mettent en évidence qu'une intervention comportant un conseil bref sont plus efficaces que l'absence d'intervention pour réduire la consommation d'alcool [40].

Il faut rappeler que les autorités sanitaires françaises ont engagé une stratégie de diffusion à grande échelle du repérage précoce et de l'intervention brève chez les médecins généralistes [39]. On peut donc orienter un salarié vers son médecin traitant en cas de repérage d'une consommation excessive, mais sans pouvoir s'assurer de la réalité de cette consultation.

En conclusion, il me paraît pragmatique de renseigner systématiquement les consommations, de les préciser à l'aide du questionnaire FACE, de réalisation plus simple et plus rapide que l'AUDIT, et de conseiller simplement une diminution de sa consommation en cas de consommation à risque. Il faut déconseiller la consommation d'alcool pour les salariés occupant des postes à risque et avec conduite d'engins.

Les renseignements sur la consommation seront réactualisés à chaque nouvelle consultation.

4.7. Respect du secret médical

L'entretien avec le DRH a permis de mettre en évidence des éléments possibles de désaccord entre employeur et médecin, en particulier le respect du secret médical en cas de soins. Il apparaît comme un obstacle pour l'employeur qui aimerait connaître l'évolution d'un salarié dans sa démarche de soins, qui guide parfois le devenir dans l'emploi.

Le secret médical s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi (article R.4127-4 du Code de la Santé Publique et article 4 du Code de Déontologie). La violation du secret médical est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende (article 226-13 du Code Pénal). Selon l'article 9 du Code Civil, chacun a le droit au respect de sa vie privée.

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un organisme privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels, et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions (article R.4127-95 du Code de la Santé Publique et article 95 du Code de Déontologie).

Le médecin doit aussi s'assurer de la confidentialité des documents et informations médicaux, concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents (article R.4127-73 du Code de la Santé Publique).

Il pourrait être proposé au salarié de communiquer directement avec l'employeur sur son adhésion à une démarche de soins, lorsque celle-ci est d'évolution favorable. Cela reste difficile à envisager pour des salariés en situation d'échec thérapeutique, lorsque le maintien dans l'emploi est conditionné à la «guérison».

Comme la confidentialité des données médicales, celle des sanctions pénales en cas d'accident de la route pose problème à au DRH rencontré. En effet, qu'il s'agisse d'un accident de trajet ou de mission, l'employeur n'a pas accès aux informations qu'il juge

nécessaire, c'est-à-dire à l'alcoolémie éventuellement mesurée et aux sanctions pénales. En cas de retrait de permis, l'employeur n'est pas averti alors que le salarié peut être chauffeur ou utiliser un véhicule d'entreprise, et taire son infraction par peur de perdre son emploi.

4.8. Incompatibilité des fonctions du médecin du travail

La MILDT soulève une question épineuse : les fonctions de prévention, d'expertise et de contrôle du médecin du travail sont-elles compatibles ? Il apparaît nécessaire de redéfinir les missions du médecin du travail.

Selon l'article R.4127-105 du Code la Santé Publique, nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts d'un de ses patients, ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services. Ainsi, il n'a pas à réaliser un dépistage alcoolémique à la demande de l'employeur, bien qu'il soit admis qu'il puisse en réaliser dans le cadre d'une consultation, afin de déterminer l'aptitude.

La notion d'aptitude est précisée par les articles L.241-10-1 et R.241-51 du Code du Travail. L'aptitude concerne la capacité d'un salarié à occuper un poste précis ; elle est appréciée par le médecin du travail [71]. La responsabilité de celui-ci vis-à-vis de l'employeur peut être recherchée à la suite d'un accident liée à une conduite addictive, si un avis d'aptitude a été délivré sans avoir cherché une consommation des substances psychoactives [26].

Il faut garder en mémoire qu'un employeur pourra chercher à obtenir une inaptitude médicale pour un salarié qui pose problème, puisqu'il ne peut le licencier à cause de sa consommation d'alcool. L'inaptitude médicale pourrait servir de prétexte à une inaptitude professionnelle.

4.9. Quelle attitude adopter en face d'un salarié soupçonné d'un mésusage d'alcool ?

L'histoire d'un salarié ayant un mésusage d'alcool en milieu de travail est souvent stéréotypée. Il existe au début de la consommation une tolérance liée aux effets positifs du produit et à la convivialité. Des troubles liés à la consommation vont apparaître progressivement malgré un déni de l'encadrement et des collègues (phénomène de co-dépendance [92]). S'ensuit un rejet progressif, jusqu'à la mise en garde qui peut déboucher sur des mesures disciplinaires. Le plus souvent, une aide n'a pas été proposée avant ce stade [42].

Selon une étude récente [9], les dirigeants d'entreprises tentent de résoudre les problèmes d'alcool par le dialogue avec le salarié concerné dans huit cas sur dix. Ils font volontiers appel au médecin du travail (dans 68 % des cas) et aux représentants du personnel (58 %). Ce dialogue s'accompagne fréquemment d'une sanction, l'avertissement étant mentionné par 58 % des directeurs des ressources humaines.

En cas de problème d'alcool dans l'entreprise, le médecin est un interlocuteur privilégié puisque près de 75 % des DRH évoquent son implication, le plus souvent suite à leur demande, et parfois à l'initiative du médecin lui-même. Les intervenants perçus comme

les mieux placés sont ensuite le CHSCT, le directeur des ressources humaines et enfin les salariés.

Cela confirme la place essentielle du médecin du travail, qui a donc tout intérêt à améliorer son approche des sujets concernés.

Les motifs évoqués pour envoyer un salarié au médecin du travail sont principalement de nature professionnelle : problèmes relationnels, comportement anormal, état d'ébriété, baisse de rendement, désadaptation socio-professionnelle (erreurs professionnelles, manque de ponctualité, absentéisme), ou risques pour la conduite [73]. Cela renvoie à l'importance de faire émerger un lien entre les troubles constatés et la consommation d'alcool.

En cas de signes faisant suspecter un mésusage d'alcool chez un salarié, il est recommandé de le convoquer d'abord pour un entretien avec son supérieur hiérarchique [28]. Cet entretien permet d'analyser la situation, de proposer au salarié de modifier son comportement pouvant être en lien avec une consommation d'alcool. Il est important de reconnaître la souffrance tout en insistant sur les conséquences dommageables au travail. Un dialogue permettra d'informer le salarié sur les aides possibles. Cet entretien devrait obligatoirement s'accompagner de l'obligation de rencontrer le médecin du travail. Un compte-rendu en trois exemplaires sera adressé au salarié, au médecin et au supérieur.

En cas de danger au poste de travail, le non retrait du poste du salarié constitue un délit de non-assistance à personne en danger [68]. L'employeur ou l'encadrement peut prendre la décision de mettre temporairement le salarié au repos ou de le faire raccompagner à son domicile. Il est également possible de faire appel au médecin du travail, qui conseillera l'employeur et appréciera l'aptitude au poste. Il peut décider d'une éventuelle inaptitude temporaire ou définitive. Dans ce dernier cas, l'employeur doit envisager un reclassement et, si celui-ci s'avère impossible, le salarié risque le licenciement [68].

Malgré le rôle primordial du médecin du travail, il me paraît indispensable de former les membres de l'encadrement à la communication pour pouvoir aborder une situation difficile avec un salarié. Cette formation pourrait même être proposée à tous les membres de l'entreprise.

Le DRH rencontré dit ne pas avoir de difficultés pour aborder un problème d'alcool avec un salarié de l'entreprise. Par contre, il pense que cela reste difficile pour certains membres de l'encadrement. Il pense que seul un intervenant extérieur (neutre) peut être facilitateur d'un dialogue sur l'alcool.

D'autre part, il juge que deux raisons peuvent empêcher un salarié de parler de ses problèmes d'alcool au sein de l'entreprise : la peur du licenciement et celle de la non-confidentialité de l'entretien.

Ceci confirme l'importance de ne pas systématiser la sanction et de mettre en place un système garant de la confidentialité des informations recueillies.

L'employeur peut juger que le comportement du salarié ne correspond pas à l'exécution normale du contrat et constitue une faute, comme le non-respect des règles de discipline fixées par le règlement intérieur ou les erreurs ou les négligences commises dans le travail [D16]. La faute peut être légère, sérieuse, grave (si elle cause des troubles sérieux et rend impossible le maintien du salarié dans l'entreprise) ou lourde (si par son comportement le salarié a eu l'intention de nuire à l'employeur ou à l'entreprise).

Dans un arrêt du 22 mai 2002 (n° 1788), la Cour de cassation admet que le contrôle positif d'une alcoolémie puisse déboucher sur une sanction, dont le motif est un manquement à l'obligation de sécurité [93].

Dans l'entreprise concernée par ce travail, la constatation d'une infraction (ivresse sur le lieu de travail) est suivie d'un entretien avec un responsable et le directeur des ressources humaines, qui débouche sur une sanction immédiate (avertissement ou mise à pied). Celle-ci est systématiquement accompagnée de l'obligation d'un entretien avec le médecin du travail et d'un engagement dans une démarche de soins avec une structure extérieure. Le responsable est alors tenu de s'assurer de l'effectivité de cette démarche.

En cas de récidive, le licenciement est quasi-systématique, bien que cela aggrave alors probablement la situation du salarié. A noter que chez un chauffeur, la première découverte d'une alcoolémie positive aboutit dans 90 % des cas à un licenciement.

Pour le DRH, le but de l'entretien avec un membre des Ressources Humaines est de faire comprendre au salarié qu'il doit mettre en œuvre des actions s'il espère garder son emploi. Cet entretien peut aussi contribuer à mettre en place une aide, notamment par l'incitation à une information de l'entourage proche.

Le DRH de l'entreprise a déjà constaté des améliorations lors d'une démarche curative instituée après une première faute, mais il constate aussi que les rechutes sont fréquentes.

Je remarque qu'ici la sanction semble être perçue comme moteur de changement, ce qui me paraît contradictoire avec les travaux de PROSCHASKA et DICLEMENTE sur le changement [55]. En effet, un salarié se trouvant dans le stade pré-intentionnel ou intentionnel ne pourra pas s'investir dans une démarche thérapeutique [52].

Il me semble intéressant de présenter les théories de changement et de motivation dans le cadre d'une démarche de prévention. Cela pourrait faciliter l'approche des salariés en difficulté et éviter à l'employeur d'exiger l'entrée dans une démarche de soins lorsqu'un salarié n'est pas prêt. Cependant, l'employeur se trouverait alors dans une situation difficile où il n'a pas d'autre choix que de tolérer un comportement à risque. Alors, est-il acceptable pour un employeur de continuer à faire travailler un salarié présentant un tel comportement ?

Cependant, si le salarié est dans un stade ultérieur, l'obligation de soins peut être un élément moteur. Dans ce cas, le SST peut avoir un rôle primordial dans l'orientation et le maintien dans l'emploi.

Il est intéressant d'utiliser un questionnaire proposé par la HAS pour évaluer la motivation à l'arrêt de la consommation [76]. Il comprend la question : «*Laquelle de ces propositions décrit le mieux votre situation actuelle ?*».

Les réponses possibles sont les suivantes, chacune correspondant à un stade de changement du modèle trans-théorique :

- ✓ *Je consomme des produits, et je n'ai pas l'intention d'arrêter dans les 6 prochains mois* (stade de la pré-intention).
- ✓ *Je consomme des produits, mais j'ai sérieusement l'intention d'arrêter (ou de changer) dans les 6 prochains mois* (stade de l'intention).
- ✓ *Je consomme, mais j'ai décidé d'arrêter ou de modifier sérieusement ma consommation dans le mois qui vient* (stade de la préparation).
- ✓ *J'ai modifié (ou arrêté) ma consommation depuis moins de 6 mois* (stade de l'action).
- ✓ *J'ai modifié (ou arrêté) ma consommation depuis plus de 6 mois* (stade de maintien).

L'évaluation du stade permettra d'adapter le discours et les propositions faites au salarié.

Il faut rappeler qu'une attitude moralisatrice est et à éviter car contre-productive [76].

4.10. Place du dépistage, de la fouille et de la vidéosurveillance

La place du dépistage alcoolémique par éthylotest a été progressivement précisée par la loi et la jurisprudence (arrêts CORONA du premier février 1980 et RNUR du Conseil d'Etat du 9 octobre 1987, circulaire du 15 mars 1983 du Ministère de l'Emploi) [93].

L'éthylotest doit avoir pour unique but de prévenir et faire cesser une situation dangereuse, et non de permettre à l'employeur de constater une faute disciplinaire. Il est réservé à des postes de sécurité pour les salariés manipulant des produits dangereux, occupé à une machine dangereuse ou conduisant des véhicules [52]. Les conditions et modalités de sa réalisation doivent être notifiées sur le règlement intérieur, en précisant la liste des postes ou des produits concernés (arrêt du 17 octobre 1985 du Conseil d'Etat). Le dépistage simple suffit sans recourir aux analyses et examens médicaux, cliniques et biologiques (Conseil d'Etat du 29 décembre 1989, GANTOIS) [93].

Il faut noter que la coresponsabilité de l'employeur et des autres salariés est de plus en plus souvent établie dans la jurisprudence.

Selon l'article R.4228-21, en cas de situation dangereuse, pour des salariés affectés à des postes de sécurité, seuls le chef d'entreprise, son représentant ou un agent habilité peut pratiquer un dépistage par alcootest ou éthylomètre, mais le règlement intérieur n'a pas à indiquer quels sont les agents habilités à procéder à un contrôle d'alcoolémie (circulaire européenne du 9 octobre 1987, n° 72.220) [94].

La présence de témoins est recommandée pour éviter toute contestation ultérieure (note du 16 mai 1983) [93].

Le salarié doit pouvoir faire appel à un médecin de son choix pour réaliser une contre-expertise, sans que cela soit précisé dans le règlement intérieur (note du 16 mai 1983, circulaire européenne du 12 novembre 1990, n° 96.721) [93, 94]. La jurisprudence confirme que le contrôle alcoolémique doit être prévu par le règlement intérieur et que le salarié doit avoir la possibilité de contester le contrôle (arrêt de la Cour de Cassation du 22 mai 2002) [75].

Le contrôle systématique de dépistage d'alcoolémie est autorisé pour autant que la liste des postes de travail concernés, le rythme et les conditions de pratique des contrôles soient inclus dans le règlement intérieur.

La note du 16 mai 1983 précise qu'il appartient à l'employeur, qui met en cause l'état d'un salarié, de prouver ce qu'il avance [93]. Cependant, dans certains cas d'ivresse manifeste, l'employeur peut prendre immédiatement une mesure de mise à pied conservatoire en application de l'article L.232-2ème alinéa.

D'autre part, la preuve n'a pas beaucoup d'utilité pour la prévention, contrairement à ce que reconnaît consommer le salarié [65]. Le dépistage ne me paraît donc pas utile dans la mise en évidence d'un mésusage. Il peut par contre être utile dans le cadre de l'appréciation de l'aptitude, dans le respect du secret médical et réalisé par le médecin [68].

La MILDT recommande que le dépistage alcoolémique en milieu de travail soit effectué par le médecin du travail [26]. Elle recommande pour cela d'introduire dans le code du travail la circulaire DRT n° 90/13 du 9 juillet 1990 qui confie aux seuls médecins du travail la responsabilité de la réalisation d'un test de dépistage. Or, selon la loi, le contrôle alcoolémique ne peut être pratiqué par le médecin du travail dans le cadre du contrôle (réponse Ministérielle n° 33269 - JO AN 20 mars 2000). Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 a pour objectif de promouvoir le dépistage comme l'un des outils du médecin du travail, dans sa démarche d'élaboration d'une politique globale de prévention au service de la santé et de la sécurité de l'entreprise et des personnes [95].

Par ailleurs, l'employeur a le droit de solliciter les services de police ou de gendarmerie pour constater un niveau d'alcoolémie sans qu'il soit nécessaire de faire figurer la possibilité d'une telle démarche dans le règlement intérieur (cour de Cassation Sociale du 9 juillet 1992, n° 91-42.040) [94].

Dans l'entreprise choisie pour ce travail, le dépistage alcoolémique est notifié dans le règlement intérieur, mais non effectif. Le DRH pense qu'il serait utile de le réaliser régulièrement auprès des chauffeurs routiers, et de temps en temps auprès des salariés utilisant un véhicule d'entreprise, bien que sa réalisation puisse être perçue négativement.

Les règles de la fouille à la recherche d'une détention d'alcool ont été précisées par l'arrêt du 11 juillet 1990 (n° 86-022, syndicat CGT de la Société Griffine-Maréchal, LEBON). La fouille des armoires individuelles est possible en cas de nécessité, pour les salariés occupés à l'exécution de certains travaux ou à la conduite de certaines machines, en ayant informé le travailleur qu'il pouvait s'opposer à un tel contrôle et exiger la présence d'un témoin, dans les conditions définies dans le règlement intérieur. Elle doit préserver la dignité et l'intimité de la personne [93].

Le DRH de l'entreprise envisage la fouille des vestiaires et réfrigérateurs par un ingénieur sécurité embauché prochainement. Il sera alors indispensable de définir les conditions prévues dans le règlement intérieur, afin d'éviter la fouille systématique qui serait hors-la-loi.

L'installation d'une vidéosurveillance est soumise à un régime d'autorisation préalable donnée par le préfet, après avis d'une commission départementale, consultation des représentants du personnel et information des salariés [61].

4.11. Place de la sanction

Il est recommandé d'informer tous les salariés sur les procédures disciplinaires en cas d'alcoolisation problématique [54]. Ces procédures seront différentes selon le type de poste.

Pour les postes à risque, aucune justification d'un état d'ébriété n'est admissible et entraîne un licenciement pour faute grave. Pour les autres postes, les sanctions peuvent être modulées, de l'avertissement au licenciement pour faute grave, en cas de mésusage ayant des conséquences dommageables sur l'emploi [54].

Dans un arrêt du 22 mai 2002, la Cour de Cassation a admis que le contrôle positif d'une alcoolémie, dont les modalités étaient prévues par le règlement intérieur, pouvait déboucher sur une sanction en se basant sur le manquement à l'obligation de sécurité que le salarié a pour sa propre sécurité et celle des autres (article L.4122-1).

Lorsque l'employeur envisage de prendre une sanction, il convoque le salarié en lui précisant l'objet de la convocation, sauf si la sanction envisagée est un avertissement ou une sanction de même nature n'ayant pas d'incidence, immédiate ou non, sur la présence dans l'entreprise, la fonction, la carrière ou la rémunération du salarié. Le salarié peut se faire assister par une personne de son choix appartenant au personnel de l'entreprise. Au cours de l'entretien, l'employeur indique le motif de la sanction envisagée et recueille les explications du salarié. La sanction ne peut intervenir moins d'un jour franc, ni plus d'un mois après le jour fixé pour l'entretien. Elle est motivée et notifiée à l'intéressé (article L.1332-2 du Code du Travail). Aucune sanction ne peut être prise à l'encontre du salarié sans que celui-ci soit informé, dans le même temps et par écrit, des griefs retenus contre lui.

Le mésusage d'alcool n'est pas un motif de sanction car il relève de l'état de santé du salarié, et un licenciement pourrait être jugé discriminatoire, sauf inaptitude constatée par le médecin du travail [68]. Si une inaptitude est prononcée, le médecin n'a pas à en communiquer les motifs à l'employeur.

Par contre, l'état d'ébriété peut être une cause admise de licenciement, seulement si les conséquences ont été particulièrement néfastes à la sécurité ou à l'image de marque de l'entreprise [58, 61]. Pour apprécier si le comportement du salarié est constitutif d'une faute sérieuse ou grave pouvant justifier un licenciement, les juges recherchent aussi si l'intéressé a déjà fait l'objet d'un avertissement ou d'une mise à pied pour des faits similaires [61].

4.12. Conduite à tenir en cas d'ivresse

Il n'existe pas de définition juridique de l'ivresse [96], et la définition médicale de l'ivresse n'est pas unanime.

Dans l'étude Baromètre Santé 2005, l'ivresse était définie comme une consommation intensive d'alcool, c'est-à-dire comme le «cumul d'au moins 6 verres au cours d'une même occasion de boire» [4].

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a tenté de définir l'ivresse ou Intoxication Ethylique Aiguë (IEA) dans une conférence de consensus, révisée en 2001 et 2006 [97, 98, 99]. Ainsi, «le diagnostic de l'IEA est le plus souvent le résultat d'un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques». L'IEA isolée et non compliquée est évoquée sur l'association d'une logorrhée, d'une incoordination motrice, de conjonctives injectées et d'une odeur de l'haleine caractéristique.

Ces signes ne donnent un diagnostic par excès que dans 2 % des cas, mais ne permettent pas de reconnaître l'IEA dans 22 % des cas. Aucun signe ni aucun tableau n'est pathognomonique de l'IEA. Le diagnostic d'IEA nécessite donc anamnèse et examen clinique complets, permettant d'éliminer hypoglycémie, lésion intracérébrale, intoxication, encéphalopathie et infection.

Bien que certains experts recommandent de réaliser une confirmation biologique de l'intoxication, la SFMU ne la conseille qu'en cas de doute diagnostique. Sa quantification fait

appel à deux méthodes directes : la mesure de l'éthanol sanguin (éthanolémie) et la mesure de l'éthanol expiré (éthylométrie). La détermination de l'éthanolémie est la méthode la plus utilisée en milieu hospitalier, mais l'éthylométrie permet d'apprécier rapidement l'éthanolémie à moindre coût, et avec une fiabilité suffisante car le rapport entre concentration dans l'air expiré et dans le sang est constant [44]. La corrélation entre l'alcoolémie, les signes cliniques et la gravité est médiocre.

L'IEA peut se compliquer d'inhalation bronchique, de convulsions, de traumatisme, d'infection, d'hypothermie, de trouble du rythme supra-ventriculaire, d'hypoglycémie, d'acidocétose, de syndrome de Mallory-Weiss, d'hépatite alcoolique aiguë, d'accident vasculaire cérébral ischémique, de troubles de la vigilance ou de signes liés à une intoxication associée. Une alcoolémie positive serait aussi un facteur de risque de méconnaître certains traumatismes lors de l'examen initial.

La SFMU recommandait donc en 1992 d'hospitaliser les patients avec un tableau d'IEA, même simple, avec une surveillance régulière jusqu'à régression des signes (trois à six heures). Le personnel des Services d'Accueil et d'Urgences (SAU) ne peut se contenter du diagnostic d'ivresse car il s'agit d'une intoxication par ingestion aiguë «qui réclame la même prise en charge que toute autre intoxication».

D'autre part, l'intoxication éthylique aiguë doit être considérée un mésusage de l'alcool : 90 % des patients arrivant aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë ont une consommation pathologique d'alcool. Malheureusement, une prise en charge n'est proposée qu'à 2 % d'entre eux.

L'HAS recommande d'instaurer, après dégrisement, une prise en charge adaptée à l'aide d'intervenants extérieurs au SAU : selon les cas, équipe d'addictologie, équipe psychiatrique, CCAA, et/ou médecin traitant [76]. Une évaluation sociale sera proposée.

Tout refus de prise en charge ou sortie prématurée devrait s'accompagner d'une remise de documentation et/ou de l'envoi d'un courrier au patient, rappelant les structures de proximité et proposant un contact avec le médecin traitant [76].

Dans tous les cas, il est recommandé d'informer, «au mieux par courrier, le médecin traitant, avec l'accord du patient, en lui signalant l'admission du patient aux urgences pour IEA et en lui faisant part du type de prise en charge effectué. Ce courrier doit rappeler les coordonnées des structures de proximité susceptibles d'aider le patient» [76].

On rappellera les procédures en cas d'Ivresse Publique et Manifeste, définies par les textes incorporés par la loi du 15 juin 2000 au Code de la Santé Publique, sous les articles L.3341-1 et R.3353-1, et les circulaires du Ministère de la Santé des 16 juillet 1973 et 9 octobre 1975 [96]. Un rapport remis en 2008 recommande d'améliorer la procédure par plusieurs mesures : objectiver l'ivresse par éthylotest lors de l'interpellation, rendre obligatoire un examen médical afin d'éliminer un diagnostic différentiel et des complications, fournir les coordonnées des structures pouvant assurer un suivi sanitaire et favoriser celui-ci par une exemption de peine en cas de prise en charge prouvée [96].

Le chef d'entreprise est responsable de l'organisation des secours dans son établissement (art. R. 4224-14, R. 4224-15 et R. 4224-16 du Code du Travail). Il prend l'avis du médecin du travail pour définir les mesures adaptées, en liaison notamment avec les services de secours d'urgence extérieurs à l'entreprise. Les mesures sont consignées dans un document tenu à la disposition de l'inspecteur du travail. En cas d'accident, tout retard ou défaut d'organisation pourrait être fatal pour la ou les victimes et entraîner une sanction pénale (article 121-3 du Code Pénal).

Je pense qu'il faut appeler les secours systématiquement en cas de suspicion d'ivresse sur le lieu de travail. D'abord, il existe une carence de la législation à propos de l'état d'ivresse : il est interdit de faire pénétrer un salarié en état d'ébriété, mais l'employeur peut être condamné pénalement en cas d'accident sur le trajet du retour au domicile.

Ensuite, les risques de diagnostic erroné et de complications justifient une hospitalisation, dont les modalités de transport seront adaptées à l'état du salarié.

Enfin, l'employeur doit prouver que le salarié est en état d'ébriété, selon la note du 16 mai 1983 faisant suite à la circulaire du 15 mars 1983 : «Il appartient à l'employeur, qui met en cause l'état d'un salarié, de prouver ce qu'il avance.». Bien que le dépistage simple suffise (Conseil d'Etat du 29 décembre 1989, société GANTOIS), tous les employeurs ne disposent pas d'éthylomètre permettant un contrôle alcoolémique dans l'entreprise [59].

En France, les urgences en dehors d'un établissement de soins sont habituellement gérées par le Centre de Réception et de Régulation des Appels, communément appelé SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente)-Centre 15 [74]. Il s'agit d'une structure départementale répondant à un numéro unique, le 15. Ce centre travaille en collaboration avec les autres services de secours que sont les Services D'Incendie et de Secours (SDIS) et la Police, ainsi qu'avec les établissements de soins accueillant le public.

Le SAMU a quatre fonctions essentielles (loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 et décret d'application n° 87-1005 du 16 décembre 1987). Il est chargé d'assurer une écoute permanente, 24 heures sur 24, de tous les appelants. Il doit ensuite «déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels».

Il doit réguler l'ensemble des moyens de secours à disposition ; enfin, il doit gérer l'hospitalisation éventuelle des patients vers des établissements de soins, c'est-à-dire organiser le transport vers la structure en mesure d'accueillir le patient.

Ainsi, le SAMU répond à ses missions en mobilisant un moyen de secours lors d'une alcoolisation aiguë sur le lieu de travail, afin d'orienter le patient vers un service de soins.

Le transport vers un établissement de soins sera assuré selon l'évaluation initiale de la gravité du tableau [74]. Le transport en ambulance simple sera proposé à un patient nécessitant une hospitalisation sans caractère urgent. Les pompiers interviendront sur demande du SAMU en cas de tableau avec notion de détresse ou nécessitant une prise en charge rapide. Exceptionnellement, les patients seront pris en charge par les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation en cas de détresse vitale.

Le DRH rencontré pour ce travail a émis des réserves sur l'appel systématique des secours en cas d'ivresse, ceux-ci pouvant refuser de se déplacer. Rien n'est actuellement écrit à ce sujet dans le règlement intérieur de l'entreprise.

Ainsi, je propose de codifier la prise en charge d'une ivresse sur le lieu de travail, et de notifier celle-ci dans le règlement intérieur.

Dans le département du Loir-et-Cher, la prise en charge paraît conforme à cette proposition, dans la mesure de la disponibilité des secours.

Selon le Dr GBADAMASSI, médecin du SAMU 41, les secours sont envoyés systématiquement pour une prise en charge hospitalière.

Dans l'expérience du Dr ANYS, chef de service des urgences du Centre Hospitalier de Blois, tous les patients pris en charge par le SAMU sont conduits au SAU. Lorsque l'admission est motivée par le constat d'une alcoolisation sur les lieux de travail, la prise en charge est identique à celle d'une IEA en dehors d'un contexte professionnel. Si le patient est hospitalisé, il y a réalisation d'un bilan médical, psychiatrique et social. En général, un

compte-rendu du bilan et de l'hospitalisation est transmis au médecin traitant. Par contre et sauf situation exceptionnelle, peu ou pas d'information n'est transmise au médecin du travail.

Si le patient n'est pas hospitalisé, il retourne en général à domicile (et non sur les lieux de travail), après contact avec l'équipe d'addictologie qui propose un suivi adapté. En principe, un courrier d'information et de communication avec le médecin traitant est remis au patient. Là aussi, sauf contexte exceptionnel, le médecin de travail n'est ni contacté ni destinataire d'un courrier. Il arrive qu'ultérieurement le médecin du travail se manifeste, l'urgentiste adapte alors la réponse en fonction de l'information demandée.

Je pense qu'il serait intéressant de travailler sur l'amélioration de l'information entre les intervenants hospitaliers et le médecin du travail, bien que le respect du secret médical rende cela difficile en l'absence d'accord du patient.

4.13. Délégation des tâches en santé au travail

Des infirmières de santé au travail sont présentes dans les établissements industriels de plus de deux cents salariés, et les autres établissements de plus de cinq cents salariés (article R.4623-51 du Code du Travail). Dans les autres établissements, un infirmier peut être recruté si le médecin du travail et le comité d'entreprise en font la demande (article R.4623-52 du Code du Travail). Il n'existe pas d'infirmière dans les Services de Santé au Travail de la MSA.

L'infirmier a notamment pour mission d'assister le médecin du travail dans l'ensemble de ses activités. Il est mis à la disposition du médecin du travail du service de santé au travail (article R.4623-54 du Code du Travail).

Le Groupement des infirmières du travail a défini les principales missions des infirmières de santé au travail [72].

Elles ont un rôle dans l'évaluation des risques professionnels en participant à la rédaction de la fiche d'entreprise, à la formation à la prévention des risques.

Elles participent aussi à la prise en charge des soins d'urgence et à l'organisation des secours dans l'entreprise.

Elles sont actrices du suivi médical des salariés aux différentes étapes : accueil et écoute, orientation vers l'interlocuteur adapté, repérage et dépistage des effets possibles de l'activité de travail et des risques professionnels sur la santé, réalisation d'examen complémentaires.

Enfin, elles ont un rôle à remplir dans le cadre d'actions de prévention en santé publique en participant au recueil des indicateurs de santé de la population suivie, et aux campagnes de santé publique concernant les addictions.

Il est à mon avis important de donner toute leur place aux infirmières dans la mise en place d'une politique de prévention du risque alcool en entreprise grâce à la polyvalence de leur fonction. Je pense qu'il est intéressant d'envisager de les former au repérage précoce et à l'intervention brève, afin de diffuser ces pratiques en entreprise.

4.14. Evaluation d'une politique de gestion du risque alcool

L'action souhaitée dans ce travail est inspirée par les actions de Santé Publique en éducation pour la santé, avec une approche de type promotion de la santé.

Cela explique l'importance de la conception et de la définition des objectifs de l'action par les membres de l'entreprise et non par le service de Santé au Travail. Ainsi, le type d'objectifs définis pourrait être de nature à provoquer des changements organisationnels et environnementaux favorables à la santé, ainsi qu'à inciter à adopter des comportements favorables à la santé.

L'évaluation proposée ici est celle du déroulement du processus car une évaluation de l'efficacité est impossible.

En l'absence d'études épidémiologiques propres à l'entreprise et d'un échantillon insuffisant, l'efficacité d'une telle action en objectifs chiffrés (par exemple : réduction du nombre d'accidents de travail, du nombre de licenciements pour inaptitude, du nombre de jours d'interruption de travail) n'est pas mesurable. De plus, aucune action en dehors du RPIB n'a montré d'efficacité en milieu de travail jusqu'à présent.

Cependant, il est indispensable d'évaluer le déroulement de cette politique en termes de satisfaction par rapport aux attentes, et de respect de l'action proposée. Pour ceci, le comité de pilotage peut élaborer sa propre grille, en s'inspirant par exemple du modèle du test de lisibilité proposé par Jean-Pierre JEANNIN [42].

Cette évaluation, comme décrite dans la partie *Résultats*, sera réalisée à différents stades de la mise en place. L'évaluation précoce de la pertinence de l'action permet de procéder aux modifications nécessaires pour la poursuite de cette action.

4.15. Limites de l'action proposée

Les propositions faites dans ce mémoire ont comme limites leur intégration dans une politique globale. Il peut être intéressant d'envisager des actions ponctuelles, mais je pense que seule une démarche aboutie permettra d'envisager un changement en profondeur de la gestion du risque alcool.

Se pose évidemment le problème de la liberté individuelle, sur laquelle peuvent empiéter les actions de prévention.

4.16. Reproductibilité de l'intervention

Les lignes directrices seront les mêmes d'une entreprise à l'autre, mais l'adaptation à l'entreprise est indispensable à une politique pragmatique. Le schéma proposé dans ce mémoire peut être utilisé comme outil de travail.

5. CONCLUSION

De nombreuses recommandations permettent de proposer différentes actions de prévention du risque alcool en entreprise en France en 2009. Cependant, il apparaît nécessaire d'organiser ces actions en une politique de prévention globale et claire, prenant en compte les obligations réglementaires.

Par ailleurs, la prévention du risque alcool en entreprise ne concerne pas uniquement les conduites addictives mais s'inscrit dans une démarche intéressant tous les acteurs de l'entreprise, et passant par l'accord de tous les membres de représentatifs de l'entreprise.

Elle nécessite l'intervention de professionnels de la prévention apportant leur expertise à l'entreprise, qui devra ensuite s'approprier une politique de management propre afin de la pérenniser.

Un travail sur les représentations ainsi qu'un dialogue sur la consommation d'alcool sont des éléments indispensables de cette prise en compte du risque alcool.

Enfin, toute action de prévention du risque alcool ne peut être envisagée sans aborder la prévention des autres substances psychoactives (drogues illicites et médicaments psychotropes).

Le médecin du travail a différents rôles à jouer dans cet ensemble de mesures, à l'aide de différents outils et moyens.

L'informatique me paraît être un outil intéressant pour l'activité du médecin du travail. Le médecin pourrait améliorer ses pratiques professionnelles en questionnant systématiquement les consommations lors des visites systématiques et régulières des salariés, grâce à un logiciel informatique adapté. Ce repérage des consommations permettrait de conseiller une modération en cas de consommation excessive.

La conduite à tenir en cas d'alcoolisation sur les lieux de travail doit être définie collectivement et notifiée dans le règlement intérieur, en précisant les modalités du dépistage alcoolémique. Le recours à une hospitalisation brève me paraît nécessaire pour la prise en charge de l'ivresse sur les lieux de travail, et devrait être l'occasion d'une évaluation alcoologique. Le médecin du travail doit participer à l'élaboration de la conduite à tenir lors d'une ivresse.

Le médecin du travail a un rôle particulièrement important à jouer dans la prise en charge des salariés dépendants, quelles qu'en soient les conséquences au poste de travail.

Il peut être le professionnel de santé qui diagnostique la dépendance et propose une orientation adaptée au sujet, c'est-à-dire une prise en charge à la carte, spécialisée et multidisciplinaire, et surtout librement consentie.

Il doit participer au suivi dans la démarche de soins, et favoriser le maintien dans l'emploi par sa connaissance des postes dans l'entreprise, éclairé par les conseils des préventeurs ou IPRP.

Après une période de sensibilisation «diplomatique» et de discussion avec les membres représentatifs de l'entreprise, un protocole de maintien dans l'emploi des sujets dépendants doit être conçu. Il fait état de l'engagement du salarié dans les soins, mais aussi de

celui de l'employeur à trouver tout compromis, et de celui du médecin du travail dans son rôle d'accompagnement.

Cet engagement vise à réduire le risque professionnel en déterminant un objectif clair qui est «zéro» alcool au poste de travail, et à donner la possibilité au salarié de pouvoir accéder aux soins et au suivi, sans crainte d'une sanction pour abandon de poste.

Le médecin du travail a donc un rôle primordial dans la prévention, primaire et secondaire, du risque alcool en entreprise. Dans le contexte actuel de questionnement sur l'avenir de la médecine du travail, il me paraît important de redonner au médecin du travail son rôle privilégié d'aide sur le terrain.

Ses compétences allouées l'autorisent à régler des situations souvent difficiles voire conflictuelles. Il n'est pas conciliateur de justice et encore moins représentant prud'homme. Il est avant tout médecin humaniste, qui privilégie l'écoute et l'action partagée à la prévention et à la thérapeutique. Sa neutralité est un sauf-conduit entre la défense des intérêts du salarié «malade» et la bonne marche de l'entreprise, sous couvert d'une législation parfois imprécise sur un sujet «en zone franche», entre vie privée et professionnelle.

Il paraît essentiel d'intégrer le risque alcool dans la fiche d'entreprise, surtout si l'entreprise comporte des postes à risque comme la conduite automobile ou d'engins, ou des travaux en hauteur.

La MSA doit développer la reconnaissance du risque alcool dans la démarche de prévention SST. Elle doit aussi accompagner entreprises et salariés dans la formalisation du risque à travers les documents d'évaluation, avec des formations ciblées à la clef.

L'efficacité d'une politique de gestion du risque alcool en entreprise reste actuellement difficile à évaluer. Il est cependant indispensable d'en évaluer son déroulement.

Le coût économique d'une telle action devra être défini initialement. Le rapport coût/bénéfices reste difficile à évaluer en l'absence d'indicateurs précis.

Les impacts positifs attendus sont multiples : diminution des accidents de travail, de l'absentéisme, diminution des situations conflictuelles, amélioration de la productivité et de la qualité de la production, et amélioration de l'état de santé de la population ciblée.

Ce modèle de prévention d'un risque en entreprise pourrait-il servir de modèle pour la prévention d'autres risques professionnels ?

En termes de santé publique, il est ensuite possible d'envisager des actions sur l'environnement du travail ; on pourrait par exemple proposer aux restaurants «ouvriers» de ne plus inclure le vin dans le menu.

Les travaux récents sur les relations entre consommation d'alcool et souffrance au travail ou modèles organisationnels laissent entrevoir des pistes d'action complémentaires des mesures proposées dans ce travail. Tout dépistage de conduite addictive doit être considéré comme un indicateur, pour repérer des conditions de travail pouvant favoriser ce type de comportement [45]. Comme dans toute opération de promotion de la santé, il apparaît important d'associer des actions ciblées sur les changements de comportements individuels et des actions visant à modifier l'environnement social et physique dans lequel les populations évoluent [100].

BIBLIOGRAPHIE

1. CADET-TAIROU (A.), CANARELLI (T.), PALLE (C.). - 2006, Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France. *BEH*, 34-35, 253-255.
2. ARWIDSON (P.), GUILLEMONT (J.), LEON (C.). - 2006, Consommation annuelle d'alcool déclarée, France, 2005. *BEH*, 34-35, 255-258.
3. COSTES (J.-M.). - 2005. Drogues et dépendances, données essentielles, éd Par COSTES (J.-M.), LA DECOUVERTE, PARIS, 202 p.
4. BECK (F.), LEGLEYE (S.). - 2007. *Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation.*
In : Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé, éd. Par BECK (F.) et al., INPES, SAINT DENIS, 113-168.
5. COM-RUELLE (L.), DOURGNON (P.), JUSOT (F.) et al. - 2008, Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? *Questions d'économie de la santé*, 129, 1-6.
6. BIECHELER (M.-B.), GADEGBEKU (B.), LAUMON (B.) et al. - 2006, Alcool et insécurité routière : quelques enseignements de l'étude nationale SAM, France, 2001-2003. *BEH*, 34-35, 258-261.
7. Expertise collective INSERM. - 2003. *Consommations en milieu du travail.*
In : Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances, éditions INSERM, PARIS, 113-127.
8. DUPONT (L.). - 2005. *Quelles actions en entreprise ? Exemples dans le régime général.*
In : Conduites addictives et travail. Journées de l'Institut National de Médecine Agricole, éd. INMA, TOURS, XIV-1.
9. GARNIER (S.). - 2006. *Communiqué de presse. Alcool et substances psychoactives dans l'entreprise : salariés et DRH s'expriment*, INPES, PARIS, 4 p.
10. Institut de Recherches scientifiques sur les Boissons (IREB). - date de visite Mai 2009. *Observatoire 2008 : les français et l'alcool*, <http://www.ireb.com/activites/Observatoire%202008.pdf>.
11. GOMANT (F.). - 2008, Spécial sondage : les français et les pots en entreprise. *La lettre de l'association PRSE, décembre 2008*, 1-4.
12. BATEL (P.), DEMORTIERE (G.), PESSIONE (F.). - 2001, Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'auto-questionnaires : intérêt, faisabilité, limites. *Documents pour le médecin du travail*, 86, 193- 200.
13. DEMORTIERE (G.), KUNZ (V.), LOBBAN (G.) et al. - 2006, Risque alcool et santé au travail. Etude de repérage et d'intervention auprès de 2060 salariés. *Evolutions*, 1, 1-4.

14. FAVIER (A.-L.). - 2006,
Alcool, tabac... au travail. De bien mauvaises habitudes.
Travail et sécurité, 11, 29-36.
15. FAUQUENOT (B.). - 2004,
L'alcoolisation et la prévention dans les entreprises.
Toxibase, 16, 15-28.
16. DURAND (E.), FARGES (E.), GAYET (C.) et al. -2008,
Conduites addictives et travail.
Documents pour le médecin du travail, 115, 339-362.
17. MASSON-VACAVANT (N.). - 2005.
Conduites addictives et travail : enquête chez les chauffeurs en milieu agricole.
Mémoire de Médecine Agricole, INMA, 52 p.
18. FRIMAT (P.), NAKACHE (R.). - 2006.
Conduites addictives et travail.
In : 29^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail, Lyon, 30 mai-2 juin 2006
19. KLINGEMANN Harald. - 2001.
L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée, OMS (Bureau régional de l'Europe), COPENHAGUE, 16 p.
20. CNAMTS. - 2008.
Risque AT : indicateurs de sinistralité de l'année 2007 par élément matériel détaillé,
CNAMTS, PARIS, 19 p.
21. FONTAINE (B.), HUMBERT (L.), LABAT (L.) et al. - 2005.
Dépistage des conduites toxicophiles en entreprise. Aspects éthiques, législatifs, relationnels.
In: Conduites addictives et travail. Journées de l'Institut National de Médecine Agricole, éd. INMA, TOURS, atelier 2.
22. Le service public de la diffusion du droit. - mise à jour Mai 2009.
Legifrance. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique,
Journal officiel du 11 août 2004, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=>.
23. Santé et Sécurité en Agriculture. Mutualité Sociale Agricole. - mise à jour Juin 2008.
Plan d'action Santé-Sécurité au Travail 2006-2010,
http://references-sante-securite.msa.fr/front/id/SST/S_La-politique-de-prevention.
24. *Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS*, OMS,
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE, COPENHAGUE, 2006, 41 p.
25. Comité Régional de l'OMS pour l'Europe. - 2000.
Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000-2005, BUREAU REGIONAL DE
L'OMS, COPENHAGUE, 24 p.
26. JAYLE (D.). - 2006.
*Conduites addictives et milieu professionnel. Rapport établi dans le cadre du Plan
gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, éd.
Par JAYLE (D.), MILDT, PARIS, 31 p.
27. Etats généraux de l'alcool. - date de visite Janvier 2009.
*Le rapport de synthèse des Etats généraux de l'Alcool. Les recommandations des
jurys*, http://www.etatsgenerauxalcool.fr/images-blog/EGA_recos_%20jury.pdf.
28. GOURNAY (M.). - 2007.
L'alcool sur les lieux de travail. Guide pratique, éd. Par GOURNAY (M.),
ALLIGATOR'S, COULOMBS, 20 p.

29. Association AIDES alcool. - date de visite Mars 2009.
Alcool et psychotropes au travail. «Pour une démarche globale»,
<http://www.aidesalcool.org/PDF/brochure-AT-2007.pdf>.
30. BATEL (P.), BRAIN (E.), FACY (T.) et al. - 2007,
Risque alcool : une prévention défailante dans les PME.
Alcool actualités, 33, 6.
31. ARWIDSON (P.), CARRE (A.), DEMORTIERE (G.) et al. - 2008,
Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Premiers résultats de l'étude EIST.
Evolutions, 14, 1-6.
32. BONDEELLE (A.), FELLMANN (A.), VAUDOUX (D.). - 2007,
Drogues et travail. Un très mauvais ménage.
Travail et sécurité, 678, 16-28.
33. HISPARD (E.), NOIZAT (J.-J.). - 2004,
L'alcool au travail : oser en parler.
Recherche et alcoologie, 27, 1-2.
34. REYNAUD Michel, PARQUET Philippe J, LAGRUE Gilbert. - 1999.
Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives, 171 p.
35. Expertise collective INSERM. - 2003.
Traitements de l'alcoolodépendance.
In : Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances, éditions INSERM, PARIS, 317-338.
36. JEANDET-MENGUAL Emmanuèle. - 2005.
Rapport sur la perspective d'organisation d'États généraux de la lutte contre l'alcoolisme, tome 1, Ministère de la Santé et des Solidarités, PARIS, 51 p.
37. TRICHARD (A.). - 2005.
Mise au point en addictologie : terminologie, nouveaux usages.
In : Conduites addictives et travail. Journées de l'Institut National de Médecine Agricole, éd. INMA, TOURS, III-1.
38. Institut National de Médecine Agricole. - mise à jour Janvier 2009.
Documentations et téléchargements,
http://www.inma.fr/telechar/addicto/INMA_PRESENTATION_Alcool.ppt.
39. ABESDRIS (J.), ABRAMOVICI (F.), ARFAOUI (S.) et al. - 2004,
Repérage précoce du risque alcool : savoir faire «FACE».
La revue du praticien-médecine générale, 18, 201-205.
40. DIAZ-GOMEZ (C.), MILHET (M.). - 2006,
Alcoolisations excessives et médecine de ville.
Tendances, 47, 1-4.
41. Expertise collective INSERM. - 2003.
Recommandations.
In : Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances, éditions INSERM, PARIS, 441-452.
42. JEANNIN (J.-P.), HARZO (C.), VALETTE (J.-F.). - 2003.
Gérer le risque alcool au travail, éd. Par JEANNIN (J.-P.), CHRONIQUE SOCIALE, LYON, 29-68.
43. Expertise collective INSERM. - 2003.
Modèles animaux pour l'étude des relations entre consommation et stress.
In : Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances, éditions INSERM, PARIS, 367-379.

44. Expertise collective INSERM. - 2001.
Pharmacocinétique de l'éthanol.
In : Alcool : effets sur la santé, éditions INSERM, PARIS, 1-9.
45. FAURE (E.). - 2005.
Dopage, usage de substances psychoactives en milieu professionnel.
Mémoire de Médecine Agricole, INMA, 101 p.
46. Expertise collective INSERM. - 2001.
Effets de l'alcool sur le système nerveux.
In : Alcool : effets sur la santé, éditions INSERM, PARIS, 101-117.
47. *Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail.*
Recueil de directives pratiques, BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL,
GENEVE, 1996, 58 p.
48. Expertise collective INSERM. - 2001.
Maladies alcooliques du foie.
In : Alcool : effets sur la santé, éditions INSERM, PARIS, 35-65.
49. Expertise collective INSERM. - 2001.
Effets de l'alcool sur le système cardiovasculaire.
In : Alcool : effets sur la santé, éditions INSERM, PARIS, 175-203.
50. Expertise collective INSERM. - 2001.
Interactions entre alcool et médicaments.
In : Alcool : effets sur la santé, éditions INSERM, PARIS, 267-275.
51. Expertise collective INSERM. - 2003.
Cohorte Gazel : déterminants socioprofessionnels des consommations.
In : Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances, éditions INSERM, PARIS, 505-518.
52. FONTAINE (B.), FRIMAT (P.), TONNEAU (M.). - 2007.
Substance psychoactives et travail, Ed DOCIS, PARIS, 80 p.
53. YGUEL (Y.). - 2005.
Synthèse des conférences de consensus sur l'approche des conduites addictives.
Conduites addictives et travail.
In : Conduites addictives et travail. Journées de l'Institut National de Médecine Agricole, éd. INMA, TOURS, XI-1.
54. Bossons futé. - date de visite Mai 2009.
Fiche de risque : alcool, http://www.bossons-fute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=515-risque0024&catid=3-risques.
55. BENYAMINA (A.). - 2005.
Jeunes, cannabis et vigilance.
In : Conduites addictives et travail. Journées de l'Institut National de Médecine Agricole, éd. INMA, TOURS, atelier 1.
56. Expertise collective INSERM. - 2003.
Consommation dans différents pays.
In : Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances, éditions INSERM, PARIS, 3-32.
57. Expertise collective INSERM. - 2003.
Questionnaires et marqueurs biologiques d'alcoolisation.
In : Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances, éditions INSERM, PARIS, 281-299.
58. Institut National de Recherche et Sécurité. - date de visite Janvier 2009.
Dossier Addictions et travail, <http://www.inrs.fr/>.

59. DUBEDOUT (B.). - 2003.
L'alcool au travail en médecine agricole et sa législation : notre expérience en Béarn. Mémoire de Médecine Agricole, INMA, 219 p.
60. *Prévention du risque routier au travail*, CNAMTS, DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS, 2003, 3 p.
61. CRAM Aquitaine. - 2004,
Alcool et conduite, où en êtes-vous dans votre entreprise ?
Prév., 304, 1-6.
62. Etats généraux de l'alcool. - date de visite Janvier 2009.
Présentation des états généraux. Le mot du ministre de la santé et de la solidarité,
http://www.etatsgenerauxalcool.fr/images-blog/mot_ministre.pdf.
63. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. -
visite Juin 2009.
Travailler mieux. La santé et la sécurité au travail. Dangers et risques, addictions,
http://www.travailler-mieux.gouv.fr/spip.php?page=risque-risques&id_article=148.
64. RUIZ (J.F.). - 2005.
Prévention du risque alcool au sein d'une entreprise agricole.
In : *Conduites addictives et travail. Journées de l'Institut National de Médecine Agricole*, éd. INMA, TOURS, XIII-1.
65. INPES.- 2005.
Alcool et tabac : la prévention au quotidien. La prévention en entreprise,
http://www.inpes.fr/jp/cr/pdf/2005/ALCOOL_TABAC2.pdf.
66. CHOQUET (M.), THOMAS (J.-P.). - 1995,
Le travail de prévention en milieu professionnel.
Actualité et dossier en santé publique, 10, 13-14.
67. BLUM-BOISGARD Claudine, CHABAUD Francis, GAILLOT-MANGIN Jacqueline.
- 1995.
Evaluation d'une action de santé publique : recommandations, ANDEM, PARIS,
39 p.
68. DURAND (E.). - 2008,
Addictions et travail : quel enjeu pour les services de santé au travail ?
Santé publique, 20, 151-160.
69. Expertise collective INSERM. - 2001.
Evaluation des programmes d'éducation pour la santé.
In : *Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*, éditions INSERM,
PARIS, chapitre 5 (247 p).
70. Entreprise et prévention. - date de visite Février 2009.
Nos outils de prévention, http://www.preventionalcool.com/index.php?option=com_virtuemart&page=shop.browse&category_id=20&Itemid=8&vmcchk=1.
71. GAYET (C.). - 2005,
Aptitude, invalidité. Rôles respectifs du médecin du travail, du médecin-conseil et du
médecin traitant.
Documents pour le Médecin du Travail, 104, 441-447.
72. Haute Autorité de Santé. - 2009.
Recommandations de bonne pratique. Le dossier médical en santé au travail.
Consensus formalisé. Argumentaire, Ed. HAS, SAINT DENIS LA PLAINE, 96 p.
73. GOURNAY (M.), MATHIS (M.-T.). - 2000.
Alcoolisation en milieu de travail. Enquête en Basse-Normandie.
Documents pour le Médecin du Travail, 81, 43-48.

74. BIELEC (P.), CASSAN (P.), DESCATHA (A.) et al. - 2009,
Organisation des secours dans l'entreprise. Modifications apportées par les nouveaux programmes de formation au secourisme.
Documents pour le Médecin du Travail, 117, 19-37.
75. ANPAA. - 2009,
Dossier : les addictions se banalisent en entreprise.
Addictions, 25, 10-15.
76. DOSQUET (P.). - 2001.
Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Argumentaire, Par ANAES, SAINT DENIS LA PLAINE, 47 p.
77. INPES. - 2002.
Étude qualitative exploratoire. Hommes et alcool, éd. INPES, SAINT DENIS, 111 p.
78. CRAPLET (M.). - 2004,
La question alcool dans l'histoire de la France contemporaine.
Toxibase, 16, 1-5.
79. BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.). - 2003.
Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP 2002), OFDT, PARIS, 227 p.
80. Etats généraux de l'alcool. - date de visite Juin 2009.
Alcool : enjeux sanitaires et sociaux, Fiche thématique. Y a-t-il un paradoxe français ?, <http://www.etatsgenerauxalcool.fr/alcool-enjeux-sanitaires-et-sociaux/yatil-un-paradoxe-francais.php>.
81. *Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie*, Conseils Départementaux de l'Eure et Seine-Maritime de l'Ordre des Médecins, 14 p.
82. COPPIETERS (Y.), LAGASSE (R.), PARENT (F.) et al. - 2004,
Évaluation des risques, une approche pluridisciplinaire en santé publique.
Environnement, Risques & Santé, 1(3), 45-52.
83. Larousse. - date de visite Juillet 2009.
Encyclopédie Larousse,
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/nom-commun-nom/risque/88674>.
84. LOPEZ (A.), MURRAY (C.). - 2002.
Perception des risques.
In : Rapport sur la santé dans le monde, éd. Par LOPEZ (A.), MURRAY (C.), OMS, GENEVE, 31-50.
85. INRS. - 2008.
Evaluation des risques professionnels. Aide au repérage des risques dans les PME-PMI. ED 840, éd. CHIRAT, SAINT JUST LA PENDUE, 30 p.
86. DURAND (E.). - 2002,
Maîtrise des risques. Prévention et principe de précaution.
Documents pour le Médecin du Travail, 90, 175-180.
87. DALLY (C.). - 1993.
Interactions entre risques professionnels et facteurs individuels : influence du mode de vie.
In : Interactions entre risques professionnels et facteurs individuels non professionnels. Séminaire interne, INRS, VANDOEUVRE, 18-19 novembre 1993.

88. FALCY (M.), PILLIERE (F.). - 1997.
Diminution du taux légal d'alcoolémie : quelles incidences pour les salariés professionnellement exposés aux produits chimiques ?
Documents pour le Médecin du Travail, 69, 3-12.
89. DOMONT Alain. - 2003.
Rapport du groupe de travail relatif aux contre-indications médicales à la conduite automobile, ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS, PARIS, 97 p.
90. DURAND (E.), LAFON (D.). - 2004,
Prévenir le risque routier encouru par les salariés : pas seulement un problème d'aptitude.
Documents pour le Médecin du Travail, 99, 393-409.
91. LOIR (R.). - 2002.
Maladie alcoolique et médecine du travail.
Mémoire de Médecine Agricole, INMA, 63 p.
92. CFES. - 2001.
Alcool et travail. Prévention des risques liés à l'alcool en milieu professionnel.
Dossier de presse, INPES, SAINT DENIS, 30 p.
93. Fédération Française de Santé au Travail. - mise à jour 5 Mars 2009.
Publications. L'entreprise et l'alcool : réglementation, règlement intérieur, jurisprudence, <http://www.federationsantetravail.org/publications/m28Alcool.html#0>.
94. DUBRAC (M.-D.). - 2005.
Le règlement intérieur : définition, clauses, mise en place, DE VECCHI, PARIS, 96 p.
95. APAIRE (E.). - 2008.
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, LA DOCUMENTATION FRANCAISE, PARIS, 111 p.
96. BERTRAND (Y.), LE GALLOU (J.-Y.), MARION (M.) et al. - 2008.
Rapport d'évaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste (IPM),
Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale des Affaires Sociales,
Inspection Générale des Services Judiciaires, Inspection de la Gendarmerie Nationale,
179 p.
97. BLANC (P.-L.). - 1992.
L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgence. Deuxième Conférence de Consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences Médicales, éd. Par BLANC (P.-L.), SFMU, SAINT ETIENNE, 4 p.
98. BUSSEUIL (C.), FICARELLI (A.), LEBRIN (P.) et al. - 2003,
Actualisation des conférences de consensus. Les crises convulsives aux urgences (1991). L'ivresse éthylique aiguë aux urgences (1992).
JEUR, 16, 48-57.
99. CHARPENTIER (S.), FOUGERAS (O.), LE GALL (C.) et al. - 2006.
Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 "L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences", SFMU, 24 p.
100. Expertise collective INSERM. - 2001.
Education pour la santé des jeunes. Concepts, modèles, évolution.
In : Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes, éditions INSERM,
PARIS, chapitre 2 (247 p).

ANNEXES

ETAT DES LIEUX DANS L'ENTREPRISE

Extrait de *L'alcool sur les lieux de travail. Guide pratique* [28]

Constat

Y a-t-il eu dans l'entreprise ces 12 derniers mois liés ou présumés en liaison avec l'alcoolisation :

- 1) Un constat de situations d'alcoolisation aiguë ? Oui Non
- 2) Un ou des accidents de travail ? Oui Non
- 3) Des incidents ? Oui Non
- 4) De l'absentéisme ? Oui Non
- 5) Le problème de l'alcoolisation a-t-il déjà été évoqué en CHSCT ou, plus généralement, dans l'entreprise ? Oui Non
- 6) Quelle est la fréquence des «pots de l'amitié» dans l'entreprise ?
hebdomadaire mensuelle semestrielle annuelle
- 7) Des boissons alcooliques (vin, cidre, bière) sont-elles consommées au restaurant d'entreprise ou au casse-croûte ? Oui Non
- 8) Existe-t-il dans l'entreprise des situations de travail qui pourraient favoriser la consommation d'alcool ? Oui Non

Réglementation intérieure

Le règlement intérieur de l'entreprise précise-t-il :

- 9) Les quantités ou la nature des alcools pouvant être introduits ou consommés dans l'entreprise ? Oui Non
- 10) Les conditions dans lesquelles le dépistage peut être effectué ? Oui Non
- 11) Un seuil de tolérance particulier à l'entreprise ? Oui Non
- 12) Existe-t-il un protocole de gestion des situations d'ivresse ? Oui Non

Les «pots de l'amitié» :

- 13) Sont-ils soumis à autorisation de l'entreprise ? Oui Non
- 14) La nature des boissons consommées est-elle réglementée ? Oui Non
- 15) Y a-t-il déjà eu une tentative de mise en place d'une politique « alcool » dans l'entreprise ? Oui Non

Accompagnement

- 16) Existe-t-il dans l'entreprise des mesures d'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool ? Oui Non

PROPOSITION DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Extrait de *L'alcool sur les lieux de travail. Guide pratique* [28]

A insérer dans Consignes Hygiène et Sécurité/hygiène/alcool et substances psychoactives illicites

1 - Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur ou le chef d'établissement, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail.

2 - Il est interdit à toute personne d'introduire ou de distribuer, et à tout chef d'établissement, directeur, gérant, préposé, contremaître, chef de chantier et en général à toute personne ayant autorité sur les ouvriers, employés, de laisser introduire ou de laisser distribuer dans les établissements et locaux pour être consommées par le personnel toutes boissons alcooliques. Les boissons énumérées à l'article R4228-20 du Code du Travail pourront éventuellement être distribuées et consommées dans l'enceinte du restaurant d'entreprise, et lors des réunions autorisées par la direction. L'introduction et la distribution de boissons alcooliques dans le cadre des attributions du comité d'entreprise doivent être précisées.

De même, il est interdit dans les mêmes conditions d'introduire ou de consommer toute substance psychoactive illicite.

3 - Tout «pot de l'amitié» doit avoir reçu une autorisation préalable du chef d'établissement mentionnant l'horaire et le lieu de la manifestation et rappelant l'interdiction de boissons alcooliques.

4 - Il est interdit à toute personne d'introduire ou de distribuer, et à tout chef d'établissement, directeur, gérant, préposé, contremaître, chef de chantier et en général à toute personne ayant autorité sur les ouvriers, employés, de laisser entrer ou séjourner dans les établissements des personnes en état d'ivresse. Un état d'ivresse est suspecté lorsque plusieurs signes sont constatés tels que troubles de l'élocution, de l'équilibre, du comportement (excitation ou prostration), refus des règles de sécurité, odeur spécifique de l'haleine alcoolisée, détention ou consommation d'alcool ou de substances psychoactives (licites tels que médicaments ou illicites).

En cas de suspicion d'une ivresse d'origine alcoolique, un alcootest peut être pratiqué :

- à toute personne affectée à l'exécution de certains travaux dangereux, à la manipulation de matières et produits dangereux, à la conduite de véhicules (voir la liste des tâches, machines et travaux concernés en annexe).

- par le supérieur hiérarchique ou un responsable dûment mandaté par l'employeur ou le chef d'établissement.

NB - Le salarié sera informé de la possibilité qu'une tierce personne soit présente lors de l'alcootest et de la possibilité de procéder à une contre-expertise.

Les personnes ci-dessus énumérées devront veiller au respect des dispositions prévues par le protocole concernant la prise en charge des personnes en état d'ivresse.

5 - Tout salarié effectuant une activité à risque pour sa sécurité ou celle de tiers pourra être soumis à un contrôle d'alcoolémie par alcootest dans les conditions précitées. Ces contrôles sont réalisés dans le but d'assurer la sécurité des salariés présents sur le site.

6 - Si le protocole de prise en charge des états d'ivresse, quelle qu'en soit l'origine, est annexé au règlement intérieur, il doit faire l'objet des consultations réglementaires.

Questionnaire AUDIT

Un verre standard = 10 g d'alcool pur.

Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool de l'année écoulée. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et non pas les dernières semaines.

Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	
Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
Deux à quatre fois par mois	2
Deux à trois fois par semaine	3
Au moins quatre fois par semaine	4
Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	
Un ou deux	0
Trois ou quatre	1
Cinq ou six	2
Sept à neuf	3
Dix ou plus	4
Avec quelle fréquence buvez-vous 6 verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

<i>Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?</i>	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
<i>Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?</i>	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
<i>Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?</i>	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
<i>Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?</i>	
Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	1
Oui, au cours de l'année	2
<i>Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?</i>	
Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	1
Oui, au cours de l'année	2

L'OMS a retenu qu'un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool. Certains suggèrent qu'un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool [57].

Questionnaire DETA (CAGE)

Avez-vous déjà ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation d'alcool ?	Oui
	Non
Votre ENTOURAGE vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?	Oui
	Non
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buvez TROP ?	Oui
	Non
Avez-vous déjà eu besoin d' ALCOOL dès le matin pour vous sentir en forme ?	Oui
	Non

Le risque de problème passé ou présent avec l'alcool est jugé élevé dès l'obtention de deux réponses positives. Il faut noter qu'un problème passé est un fort prédicteur de risques ou de problèmes actuels [4].

Questionnaire FACE

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

A quelle fréquence vous arrive de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	
Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
Deux à quatre fois par mois	2
Deux à trois fois par semaine	3
Au moins quatre fois par semaine	4
Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous consommez de l'alcool ?	
Un ou deux	0
Trois ou quatre	1
Cinq ou six	2
Sept à neuf	3
Dix ou plus	4
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	
Non	0
Oui	4
Avez-vous eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	
Non	0
Oui	4
Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	
Non	0
Oui	4

Pour les hommes, un score de 5 à 8 est évocateur d'une consommation excessive, au-delà de 8, il fait suspecter une dépendance à l'alcool.
 Chez les femmes, un score de 4 à 8 évoque une consommation excessive, au-delà de 8, il fait suspecter une dépendance à l'alcool [39].

PROTOCOLE DE GESTION D'UN ETAT D'ALCOOLISATION DANS L'URGENCE

Inspiré de *L'alcool sur les lieux de travail. Guide pratique* [28]
et de *Bossons futé* [54]

Rôle du collègue ou de l'autorité hiérarchique directe :

- 1) Identifier les signes de troubles du comportement du salarié (voir fiche de constat). Informer le salarié de son état de santé incompatible avec un travail de qualité.
- 2) Prévenir le secouriste le plus proche.
- 3) Faire cesser la situation en refusant l'accès au poste ou en interrompant l'activité.
- 4) Et informer le responsable si cela n'a pas été fait avant.

Rôle de l'autorité hiérarchique directe ou du cadre responsable du service :

- 1) Accompagner la personne vers un lieu où les risques seront limités, utiliser éventuellement l'alcootest dans les conditions prévues dans le règlement intérieur et demander un avis médical auprès du centre 15.
- 2) Noter par écrit les indications du médecin contacté : reprise du travail ou hospitalisation par le SAMU.
- 3) Procéder aux mesures qui ont été prescrites.
- 4) Rédiger le constat.
- 5) Informer le médecin du travail si ce n'est déjà fait.
- 6) Dès la reprise d'activité, prévoir un entretien de la personne avec l'autorité hiérarchique pour rappeler les faits, et organiser une consultation avec le médecin du travail.

Si le salarié est violent, appeler la Police (Tél. 17).

FICHE DE CONSTAT

Extrait de *L'alcool sur les lieux de travail. Guide pratique* [28]

Copie à remettre au salarié

A établir par le cadre ou le supérieur hiérarchique en cas de troubles du comportement d'un salarié possiblement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives.

Identification :

Nom :

Prénom :

Service :

Description de l'état anormal (présence de plusieurs critères convergents) :

- | | |
|---------------------------|---|
| - difficulté d'élocution | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - gestes imprécis | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - propos incohérents | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - troubles de l'équilibre | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - désorientation | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - agitation | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - agressivité | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - somnolence | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - haleine alcoolisée | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Observations :

.....
.....
.....

Certification :

Constat effectué

- le (jour/heure/minutes) :

- lieu (précis) :

- par (nom/prénom/fonction/service) :

- témoin(s) (nom/prénom/services) :

Prise en charge :

- | | |
|------------|--|
| - appel(s) | <input type="checkbox"/> médecin du travail - Tél.... |
| | <input type="checkbox"/> 15 (SAMU) |
| | <input type="checkbox"/> 17 (Police ou gendarmerie) |
| - suivi | <input type="checkbox"/> maintien de la personne dans l'entreprise |
| | <input type="checkbox"/> évacuation vers l'hôpital par |
| | - <input type="checkbox"/> le SAMU |
| | - <input type="checkbox"/> ambulance adressée par le SAMU |

Fiche à transmettre pour information :

_ au médecin du travail (en cas d'absence de contact lors de l'incident le /.... /...)

_ à la Direction des Ressources Humaines.

RESUME

L'alcool en milieu de travail est une réalité, bien qu'il existe encore un tabou autour de son usage et de ses conséquences.

Des recommandations récentes et nombreuses ont permis de proposer des axes d'action dans le cadre d'une politique collective de gestion de ce risque.

A partir des recommandations et de la rencontre avec différents intervenants, je propose un ensemble de mesures s'intégrant dans une démarche globale.

L'évaluation des addictions, dont l'alcool, comme risque professionnel, semble un préalable à la prise en compte du risque, et favorise les actions de prévention.

L'outil informatique et le recours à des intervenants spécialisés dans la prévention en alcoologie me semblent indispensables dans l'amélioration des pratiques.

Enfin, le médecin du travail a un rôle primordial dans la prévention et le soin. Il devrait évaluer systématiquement l'usage d'alcool des salariés, et aider à définir la conduite à tenir en cas d'ivresse dans l'entreprise. Le recours à une hospitalisation brève me paraît nécessaire pour la prise en charge de l'ivresse, et devrait être l'occasion d'une évaluation alcoologique. Le médecin du travail devrait aussi participer à la prise en charge pluridisciplinaire des salariés dépendants.

Mots-clés :

Addictions

Risques professionnels

Santé au Travail

Urgences

ABSTRACT

In spite of reality of alcohol at work, speaking about its uses and consequences is still a taboo.

Many recent recommendations can help in the prevention and management of alcohol problems, as building a collective policy.

With these recommendations, I have met professionals who helped me to suggest actions for a global intervention.

To assess alcohol as an occupational risk is a preliminary. It might promote prevention.

Computing and specialists of prevention in alcohol are essentials to improve practical experience.

Finally, the medical practitioner has a leading role in prevention and care. He should screen for substance abuse in pre-employment examinations, and help to define the management of intoxication at work. Hospitalization is necessary to manage intoxication and can be followed by an examination for alcohol abuse. The medical practitioner should also take part in treatment of addictions.

Keywords :

Addictions

Occupational risks

Health at work

Emergency