



**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2007 –

**« DE LA PREVENTION DES CONDUITES  
ADDICTIVES EN MILIEU PROFESSIONNEL AU  
PLAN SANTE AU TRAVAIL »**

– Groupe n° 27 –

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| – MICHEL BARON        | – REGINE PAVAGEAU-PUAUD |
| – CHRISTINE BOUSSOUAK | – LYDIE ROLLAND         |
| – LAURENT GUTH        | – ALAIN TROADEC         |
| – JOSEPH MAGNAVACCA   | – LAURE-AMANDINE VOILIN |
| – FLORENCE NEGRE      | – MYRIAM ZARROUK        |

***Animatrice : Mme Martine VAL ADIE-JEANNEL***

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Etat des lieux épidémiologique et juridique en matière d'addictions .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Études épidémiologiques et enjeux de la prévention.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Données épidémiologiques .....	5
1.1.2 Conséquences des conduites addictives sur le collectif de travail.....	7
<b>1.2 Cadre juridique de la prévention des conduites addictives en milieu professionnel.....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Les politiques publiques en matière de prévention des addictions en milieu professionnel .....	9
1.2.2 Le cadre réglementaire .....	10
1.2.3 Le cadre jurisprudentiel.....	12
<b>2 Les stratégies des acteurs et les difficultés rencontrées.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Acteurs et politiques : de la diversité dans l'action.....</b>	<b>14</b>
2.1.1 Les acteurs impliqués dans la prévention des conduites addictives au travail .....	14
2.1.2 Les actions de prévention mises en place.....	16
<b>2.2 Les difficultés de mise en œuvre des politiques de prévention .....</b>	<b>17</b>
2.2.1 Le positionnement ambigu du médecin du travail .....	17
2.2.2 Interférences entre les sphères privée et professionnelle : le cas du dépistage systématique .....	19
A) L'encadrement du dépistage systématique par la jurisprudence française ....	19
B) Un cadre réglementaire et jurisprudentiel européen favorable au dépistage .	20
2.2.3 Les difficultés socio-économiques liées à l'alcool .....	21
A) Le poids économique de la filière alcool .....	21
B) Ambiguïtés des représentations sociales de l'alcool .....	21
<b>3 Pistes de réflexion pour une amélioration durable de la prévention.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Le Plan régional de santé au travail, un support innovant pour l'élaboration d'une politique de prévention commune.....</b>	<b>23</b>
3.1.1 Une innovation en Aquitaine : l'inscription d'un volet « addiction » dans le PRST.....	23

3.1.2	Les apports du PRST en matière de prévention des conduites addictives en milieu professionnel .....	24
3.1.3	Des pistes à explorer? .....	25
A)	Le stress, un élément causal à inscrire dans la politique de prévention des conduites addictives du PRST .....	25
B)	Le maintien dans l'emploi, outil de prévention tertiaire et axe possible d'action du PRST .....	26
<b>3.2</b>	<b>De nouvelles orientations proposées par la MILDT .....</b>	<b>27</b>
3.2.1	Renforcer le rôle du médecin du travail.....	27
3.2.2	Renforcer le rôle des réseaux, protocoles et actions concertées.....	28
3.2.3	Mieux cibler les types d'actions de prévention .....	29
A)	Une prévention centrée autour des risques professionnels et psychosociaux identifiés .....	29
B)	Privilégier la prévention primaire .....	29
C)	Cibler les actions de prévention selon les produits et les consommateurs.....	30
	<b>Conclusion.....</b>	<b>31</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>33</b>
	<b>Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe</b>	

---

# Remerciements

---

L'ensemble du groupe tient à remercier Mme Martine VALADIE-JEANNEL, Médecin Inspecteur de Santé Publique à la DRASS Aquitaine, de nous avoir guidé dans notre réflexion.

Nous remercions également l'ensemble des personnes qui ont bien voulu nous recevoir et nous faire part de leurs connaissances sur le sujet :

- Mme Nadia BACHI, Directrice adjointe du Centre d'hébergement et de réinsertion sociale Pauline Roland, Paris
- M. Philippe BESSIERES, Médecin Inspecteur régional du travail, Bordeaux
- M. Jean-François BLANCHEMAIN, Médecin du travail, Arcachon
- M. BOISSINOT, Directeur du foyer de l'enfance de Périgueux
- M. Alexandre BORDES, Consultant en communication et accompagnement de projet, spécialisé sur les questions de santé publique
- M. Richard CICHOWLAS, Médecin du travail, Périgueux
- Mme COURGEON, Médecin du travail, Rennes
- Mme Marie-Françoise DECHAUME, contrôleur du travail, Bordeaux
- M. Jean-Michel DELILE, Directeur du centre d'études de drogues et de toxicomanie, Bordeaux
- M. Alain DOMONT, Professeur de médecine, consultation de pathologie professionnelle à l'hôpital Coentim-Celton (AP-HP), Paris
- M. Bertrand FAUQUENOT, Chargé de mission formation, Association Nationale pour la Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)
- M. MEZZADRI Ange, Médecin du travail, Paris
- Mme Claire MILLINER, Directrice des ressources humaines, adjointe à la gestion des carrières et des conditions de travail au CHU de Brest
- M. Benoît ROLLING, Responsable ressources humaines à la Lyonnaise des eaux pour la région Grand Est
- M. Didier SCEOSOLE, Chargé des conditions de travail, AP-HP, Paris
- M. VERGER, Médecin inspecteur régional du travail et enseignant à la faculté de médecine de Rennes.

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AGEFIPH</b>	Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
<b>ANACT</b>	Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail
<b>ANPAA</b>	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
<b>ANPE</b>	Agence Nationale Pour l'Emploi
<b>ASDES</b>	Accès aux Soins, aux Droits et Education à la Santé
<b>AVP</b>	Accidents de la Voie Publique
<b>CCAA</b>	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
<b>CEDH</b>	Cour Européenne des Droits de l'Homme
<b>CEID</b>	Centre d'Etudes et d'Information sur la Drogue
<b>CGT</b>	Confédération Générale du Travail
<b>CHRS</b>	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
<b>CHSCT</b>	Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNIL</b>	Commission Nationale Informatique et Libertés
<b>GRAM</b>	Caisse régionale d'Assurance-Maladie
<b>GRAMTS</b>	Caisse Régionale d'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DDTEFP</b>	Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et de la Formation Professionnelle
<b>DESMS</b>	Directeur d'Etablissement Social et Médico-Social
<b>DESS</b>	Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social
<b>DRASS</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>DRTEFP</b>	Direction Régionale de l'Emploi, du Travail et de la Formation Professionnelle
<b>DRH</b>	Directeur des Ressources Humaines
<b>DRT</b>	Direction Régionale du Travail
<b>DS</b>	Directeur des Soins
<b>EDH</b>	Elève Directeur d'Hôpital
<b>IASS</b>	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
<b>INPES</b>	Institut National de Prévention et de l'Education à la Santé
<b>INRS</b>	Institut National de Recherche sur la Sécurité
<b>LSD</b>	Diéthylamide de l'Acide Lysergique
<b>MDPH</b>	Maison départementale des personnes handicapées
<b>MILDT</b>	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

<b>OFDT</b>	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORS</b>	Observatoire Régional de la Santé
<b>ORST</b>	Observatoire Régional de la Santé au Travail
<b>PDI-TH</b>	Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés
<b>PME</b>	Petite et Moyenne Entreprise
<b>PRSE</b>	Plan Régional de Santé-Environnement
<b>PRSP</b>	Plan Régional de Santé Publique
<b>PRST</b>	Plan Régional de Santé au Travail
<b>PST</b>	Plan Santé au Travail
<b>RPIB</b>	Repérage Précoce et Intervention Brève
<b>RQTH</b>	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
<b>SAM</b>	Stupéfiants et Accidents Mortels de la Circulation
<b>SNCF</b>	Société Nationale des Chemins de Fer
<b>TPE</b>	Très Petite Entreprise
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

# INTRODUCTION

## I. Perspectives méthodologiques

### *Objectifs et organisation du module interprofessionnel de santé publique*

Le module interprofessionnel de santé publique a pour ambition de permettre à des élèves issus de formations différentes, mais oeuvrant tous dans le domaine de la santé publique, de partager leurs savoirs et leurs approches afin de proposer des pistes de travail en vue d'améliorer la santé des populations.

Notre groupe se compose de dix participants issus de différentes filières : deux élèves directeurs d'hôpitaux, trois élèves directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux, un élève directeur d'établissement sanitaire et social, deux élèves directeurs des soins et deux élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale. Notre mission était de réaliser une étude sur la prévention des risques liés aux conduites addictives en milieu professionnel.

La première réunion du groupe a permis de constater la pluralité des parcours et la richesse des expériences de chacun. Cette diversité a été un facteur indéniable de mobilisation autour d'objectifs communs : concilier des approches multidisciplinaires dans un souci de cohésion autour d'un problème de santé publique. Le Docteur Martine Valadie-Jeannel nous a exposé de manière précise ses attentes sur le sujet et la manière de l'aborder. Elle nous a fourni un dossier documentaire nous permettant d'appréhender de manière globale le sujet. Elle a par ailleurs insisté sur l'importance des entretiens et de leur préparation, mais surtout sur la nécessité d'arriver à former un groupe de travail homogène. Elle nous a livré un certain nombre de contacts, tout en nous laissant le choix de joindre toute autre personne qui nous semblerait utile à l'avancée de notre recherche.

L'organisation du travail ainsi que la répartition des tâches a été chose aisée au sein de notre groupe. La première semaine (jeudi et vendredi) a été consacrée à la définition de la problématique et à la réalisation des premiers entretiens. La deuxième semaine a été l'occasion de poursuivre les entretiens et d'effectuer en sous-groupes des recherches documentaires : épidémiologiques, réglementaires et de politiques publiques. Cela nous a permis de concevoir le plan collectivement et de se répartir les différentes parties à explorer et rédiger. Chacun a pu, à cette occasion, exprimer son ressenti sur le début de l'expérience. La troisième semaine a été consacrée à la restitution et la mise en commun des travaux réalisés, ainsi qu'à la finalisation du document.

L'objectif d'homogénéité conseillé par le Docteur Martine Valadie-Jeannel a été atteint. Les craintes qui habitaient les membres de notre groupe avant la première réunion, quant

à la mise en commun de réflexions, en un temps très court et dans un but de production d'un document cohérent, ont été rapidement dissipées par le respect des avis, l'écoute de chacun et le soutien des uns envers les autres.

### *Documentation et entretiens*

La grande majorité des documents accessibles traitant du sujet nous a été fournie par les acteurs du secteur sanitaire (Observatoires régionaux, associations de prévention, ministères de la santé et du travail). Il s'agit de comptes-rendus, de rapports ou encore de documents institutionnels. Les données provenant directement d'entreprises sont quant à elles beaucoup plus difficiles d'accès du fait du tabou qui règne autour du problème des conduites addictives en milieu professionnel. S'il existe des études concernant les grandes entreprises, il n'existe que peu d'éléments sur les petites et moyennes entreprises. L'apport de ces sources reste donc limité et doit être regardé avec prudence.

On dispose par ailleurs d'un faible niveau de connaissances concernant les dispositifs existant en matière de prévention de ces conduites dans les entreprises, les collectivités territoriales ou la fonction publique, du fait notamment de l'absence de système de veille portant sur ces pratiques. C'est pourquoi une démarche de terrain est apparue indispensable pour définir les stratégies des acteurs, croiser les points de vue et les représentations, et déterminer les facteurs de promotion d'une prévention durable. Notre étude se fonde ainsi sur une série d'entretiens effectués auprès de différents intervenant dans la prévention des conduites addictives : médecins du travail, médecins inspecteurs de santé publique, dirigeants d'entreprises, acteurs du secteur associatif, consultants etc. (*Annexes 1 : Grille d'entretien ; et 2 : Sélection d'entretiens : Dr Cichowlas, Dr Blanchemain et B. Fauquenot*)

## **II. Perspectives analytiques**

L'usage de substances addictives n'a pas toujours été considéré comme responsable de graves désordres médicaux et psychologiques. Dans certaines sociétés, il était considéré comme un phénomène quasi naturel, sans aucune connotation d'interdit. Cet usage s'est cependant transformé au fil du temps, jusqu'à devenir au XX<sup>e</sup> siècle un phénomène de société préoccupant, lié à l'utilisation de drogues nouvelles. Aujourd'hui, des produits addictifs de toutes sortes se sont infiltrés dans la vie quotidienne de beaucoup, aussi bien dans la rue que sur le lieu de travail ou dans les soirées privées.

### *Définition : addictions et conduites addictives*

L'addiction se définit comme un « comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de



son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives.»<sup>1</sup>. Elle s'exerce à l'égard de produits consommables, tels que le tabac, l'alcool, la drogue ou les médicaments psychotropes, mais peut également s'entendre dans le sens plus large de cyberdépendance, de dépendance aux jeux ou encore de dépendance affective. Néanmoins, nous ne retiendrons dans cette étude qu'une définition étroite de la notion d'addiction, celles de la consommation de substances psycho-actives.

La communauté scientifique distingue quatre degrés de comportements addictifs (*Annexes 3 : Pyramide de Skinner ; et 4 : Typologie des consommateurs d'alcool selon leur degré de dépendance*) :

- l'usage : consommation qui reste acceptable pour l'individu et la société.
- l'usage à risque : consommation qui n'a pas encore eu de conséquences directes pour la personne mais qui laisse supposer des dommages à moyen terme.
- l'usage nocif : consommation répétée d'une substance entraînant des dommages sanitaires, professionnels, familiaux ou sociaux<sup>2</sup>.
- la dépendance : impossibilité de s'abstenir de consommer entraînant d'importants troubles du comportement et des dommages parfois irrémédiables.

Tandis que les trois premiers stades sont considérés comme des pratiques addictives, la dépendance est quant à elle considérée comme une conduite addictive.

### *Cadre d'étude*

Les premières études sur les addictions, menées en France dans les années 1990, constituent le point de départ d'un long processus de prise de conscience, d'abord au niveau national puis sur le terrain, de la nécessité de prévenir les conduites addictives. Il est en effet apparu que la consommation de produits psycho-actifs emportait des conséquences sanitaires et sécuritaires importantes. Alors que 30% de la mortalité précoce serait liée à des conduites addictives<sup>3</sup>, entre 10 et 20% des accidents du travail en résulteraient<sup>4</sup>.

Ce constat a conduit l'Etat à mettre en place, dès 1998, des politiques ciblées par produit et par catégorie de population, avant d'élaborer en 2004, sous l'égide de la MILDT, le premier plan gouvernemental de lutte contre les addictions. Il s'agit, à travers ces politiques, d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation des conduites

---

<sup>1</sup> GOODMAN A., Addiction : Definition and implications, British Journal of Addiction, 1990, in LEPINE J-P., MOREL A., PAILLE F., REYNAUD M., RIGAUD A., *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions : Un enjeu majeur de santé*, Rapport rédigé à la demande de X. BERTRAND, octobre 2006, p.13

<sup>2</sup> Classification internationale des maladies (CIM-10)

<sup>3</sup> MOREL A., PAILLE F., REYNAUD M., RIGAUD A, Op. Cit., p.22

<sup>4</sup> Observatoire de la santé au travail en Aquitaine, *Conduites addictives : alcoolisme, toxicomanie, et risque professionnel en Aquitaine*, octobre 2006, p.47

addictives et ainsi de contribuer à réduire les risques inhérents à de tels comportements. La prévention reste néanmoins inégale. Le tabac et l'alcool font l'objet de campagnes particulièrement visibles contrairement aux autres substances addictives (cannabis, drogues dures, psychotropes etc.), beaucoup plus difficiles d'accès. Par ailleurs, la logique curative reste privilégiée au détriment de la logique préventive.

Dans ce contexte, les dirigeants d'entreprises se sont vus imposer une obligation légale de prévention des risques professionnels. Un volet addiction a donc été inséré dans la plupart des dispositifs de prévention des risques. Certains médecins du travail se sont fait l'écho de ces préoccupations en impulsant un système de repérage précoce et d'intervention brève. Néanmoins, ces initiatives ne se sont pas toujours traduites par un dispositif cohérent et efficace de prévention du risque addiction. La normalisation des consommations d'alcool et de tabac sur le lieu de travail, notamment lors des « pots » organisés par l'entreprise, la difficulté à repérer les addictions à certaines substances, notamment aux drogues et psychotropes, de même que le positionnement incertain des différents acteurs impliqués, semblent en être la cause.

### *Lignes directrices de la recherche*

Se pose alors la question des stratégies de prévention. Il s'agit de comprendre comment les acteurs impliqués parviennent à s'organiser et structurer une démarche concertée de prévention du risque addiction en entreprise. Cette recherche vise ainsi à définir, à partir de l'identification des éléments facilitateurs et des freins à la mise en place d'une telle démarche, des pistes d'orientation pour une prévention durable et cohérente.

L'arrivée d'un nouveau risque lié aux conduites addictives en milieu professionnel repose sur une prise de conscience au plus haut niveau de l'Etat (1). La multiplication des études épidémiologiques a révélé l'importance du sujet en matière de santé et de sécurité (1.1) et a conduit à la mise en place de politiques de prévention ciblées (1.2).

C'est dans ce contexte que les acteurs de l'entreprise se sont saisis du problème, en développant différentes stratégies de préventions plus ou moins efficaces (2). Il ressort que la plupart des actions menées par les acteurs impliqués (2.1) ont fait l'objet de difficultés voire de blocages (2.2).

Ce constat interroge sur les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer durablement la prévention des risques liés aux conduites addictives en milieu professionnel (3). La mise en place d'un volet « addiction » dans le Plan régional de santé au travail en Aquitaine semble être un support innovant (3.1), de même que la mise en œuvre d'actions concertées et mieux ciblées, par des acteurs dont le rôle aurait été clarifié (3.2).

# 1 Etat des lieux épidémiologique et juridique en matière d'addictions

Les nombreuses études épidémiologiques menées depuis le début des années 1990 (1.1), ont conduit à développer conjointement un ensemble de politiques publiques et une réglementation spécifique pour prévenir les risques liés aux conduites addictives en milieu professionnel (1.2).

## 1.1 Études épidémiologiques et enjeux de la prévention

### 1.1.1 Données épidémiologiques

La prévention des conduites addictives au travail devient un enjeu de santé publique de plus en plus clairement affiché, ainsi que l'atteste la présence d'un volet « addictions » dans certains Plans régionaux de santé au travail (PRST), en Aquitaine notamment. Différents types de substances addictives peuvent être distingués : l'alcool et le tabac pour les drogues licites ; le cannabis, l'héroïne et la cocaïne<sup>5</sup> pour les drogues illicites ; enfin, les médicaments détournés de leur usage. (*Annexes 5 : Lexique épidémiologique et 6 : Statistiques concernant la consommation de substances psycho-actives*)

L'alcool constitue de loin la pratique la plus répandue en milieu professionnel, puisqu'on dénombre 13 millions d'usagers réguliers, dont 8 millions d'usagers quotidiens. L'alcool est interdit par le Code du travail<sup>6</sup> sur le lieu de travail, mais cette réglementation est la plupart du temps peu appliquée, puisque près d'un salarié sur quatre consomme régulièrement de l'alcool au travail avec ses collègues ou ses clients. Au final, 8 à 10% des salariés issus de toutes les branches professionnelles sont concernés par une consommation à risque ou problématique d'alcool<sup>7</sup>. Une enquête menée à partir d'un échantillon de 2060 salariés a conclu qu'un salarié sur 13 est un consommateur excessif d'alcool<sup>8</sup>. La consommation excessive et chronique d'alcool est directement à l'origine de certaines pathologies telles que la cirrhose du foie, la psychose alcoolique ou le syndrome d'alcoolisation foétale. Elle est également impliquée, à des degrés divers, dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages : cancers des voies aérodigestives,

---

<sup>5</sup> Les produits les plus répandus .

<sup>6</sup> Art. L232-2 « il est interdit d'introduire, de laisser introduire, de distribuer des boissons alcoolisées ou de laisser entrer ou séjourner des personnels en état d'ivresse sur le lieu de travail »

<sup>7</sup> FAUQUENOT B., « L'alcoolisation et la prévention dans les entreprises », in revue Toxibase n°16, 4e trimestre 2004

<sup>8</sup> INPES, *Risque alcool et santé au travail : étude de repérage et d'intervention auprès de 2060 salariés*, avril 2006

maladies de l'appareil circulatoire (coresponsabilité du tabac pour ces deux groupes de pathologies), cancer du foie, troubles psychiques. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 45 000.

Le tabac est une autre substance légale mais dont la consommation est de plus en plus encadrée<sup>9</sup>. Il comptabilise 13 millions d'usagers quotidiens. La tendance générale montre une diminution progressive de la consommation de tabac. Si celui-ci entraîne une forte dépendance, aucun effet « immédiat » n'est constaté, si ce n'est l'action psychostimulante de la nicotine. Néanmoins, environ 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf peuvent être attribués au tabagisme au début des années 2000. Les pathologies liées au tabac sont les cancers des bronches et des poumons, les cancers des voies aérodigestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires.

Les médicaments psychotropes tels que les benzodiazépines, les anxiolytiques, antidépresseurs ou neuroleptiques concernent près de 4 millions d'usagers réguliers, dont 2,4 millions d'usagers quotidiens. La consommation touche davantage les femmes que les hommes, les personnes âgées de plus de 40 ans et les classes moyennes (employés et cadres). Les effets notoires sont des troubles des capacités visio-motrices et de la mémoire, ainsi que des difficultés de concentration.

Parmi les drogues illicites, on peut établir une distinction entre le cannabis, drogue dite « douce », entraînant une dépendance modérée, et les drogues dites « dures », entraînant une dépendance psychique et physique dans certains cas très rapide et très forte. Les principales sont la cocaïne (stimulant psychique extrait des feuilles du cocaïer), l'héroïne (de la famille des opiacés, dérivé de l'opium), les hallucinogènes comme le LSD, et les dérivés des amphétamines, comme l'ecstasy.

Le cannabis compte 1,5 millions d'usagers réguliers, dont 850 000 usagers quotidiens. C'est de loin la drogue illicite la plus consommée. 7 millions de français l'auraient essayée au moins une fois. Les jeunes et les hommes sont les plus gros consommateurs : 18% des garçons de 17-18 ans sont des consommateurs réguliers, contre seulement 8% des filles. Les inactifs consomment plus que les actifs, même si d'une manière générale le cannabis s'observe dans tous les milieux socioprofessionnels, d'autant qu'il est souvent fumé en association avec le tabac. Il est recherché pour son effet euphorisant, mais a pour autre conséquence d'altérer la vigilance et la mémoire. On ne dispose pas de données permettant de mesurer l'impact de la consommation de cannabis. Il existe néanmoins une présomption d'implication du cannabis dans les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, certaines pathologies vasculaires et psychiatriques.

Les consommateurs de cocaïne représentent 2% de la population française, soit 200 000 usagers. Le profil type du consommateur de cocaïne est l'homme d'une trentaine d'années, bien intégré, d'un milieu généralement aisé. La cocaïne est un puissant stimulant, entraînant l'euphorie, une hyperactivité et la réduction du sommeil.

L'héroïne compte aussi 150 000 à 200 000 usagers mais touche un public plus large. C'est un euphorisant majeur, qui entraîne des « effets flash », et réduit l'anxiété (sédatif). Enfin les autres drogues touchent près de 200 000 usagers. Le LSD entraîne des hallucinations et des modifications spatio-temporelles, ainsi que des troubles de la perception. L'ecstasy augmente la vigilance, la sensation de puissance, entraînant euphorie et désinhibition.

Concernant ces drogues dites « dures », les risques principaux sont liés au mode d'administration (la voie intraveineuse entraîne un risque d'infection par le VIH ou le virus de l'hépatite) et aux surdoses.

### **1.1.2 Conséquences des conduites addictives sur le collectif de travail**

La consommation de substances psycho-actives présente, outre un risque sanitaire pour le consommateur, un risque collectif qui recouvre des conséquences induites : accidents du travail, accidents de la circulation, violences, désorganisation du travail. Les relations entre addictions et travail sont cependant complexes et parfois mal connues. Elles font également le plus souvent l'objet d'un déni au sein de l'institution.

Les membres de l'entreprise s'exposent d'abord à un risque de violence, physique ou verbale, quelle que soit la substance consommée. En effet, l'ensemble de ces substances peut entraîner une perte de contrôle et faciliter le passage à l'acte, notamment par leur effet désinhibiteur. En outre, les salariés ont longtemps été exposés à un risque sanitaire « par ricochet » du fait du tabagisme passif qui cause 6000 morts par an<sup>10</sup>. Ce problème semble cependant réglé par l'interdiction de fumer sur son lieu de travail depuis 2007.

Le risque d'accidents de la route augmente également avec la consommation de substances psycho-actives. Ainsi, l'alcool est impliqué dans 28,6% des accidents de la route mortels (SAM)<sup>11</sup> pour la population générale. Lorsqu'il est associé au cannabis, le risque d'accidents de la route<sup>12</sup> augmente de 4,6 %. Concernant les drogues opiacées, les traitements de substitution favorisent également les accidents de la route.

---

<sup>9</sup> Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Depuis le 1er janvier 2007, il est interdit de fumer sur le lieu de travail.

<sup>10</sup> Revue de presse toxico drogues au travail, 18 janv. 2007.

<sup>11</sup> « Plan santé au travail en Aquitaine », Comité de pilotage du 12 janvier 2007

<sup>12</sup> Observatoire Régional de la santé au travail Aquitaine, Op. Cit.

Outre les conséquences pour les salariés, les conduites addictives ont des répercussions sur l'organisation du travail. Elles entraînent une augmentation des risques de querelles, d'absentéisme, et de délits. Pour l'ensemble des addictions, on observe les difficultés suivantes: flagrant délit de vol, réactions excessives aux critiques, risque de harcèlement et d'abus de pouvoir. On peut noter que les consommateurs occasionnels d'alcool sont plus dangereux car ils ont moins de tolérance physique à l'alcool. 70 à 80% des incidents dus à la consommation d'alcool sont le fait de consommateurs occasionnels<sup>13</sup>.

Les pratiques addictives nuisent aussi à la productivité, ne serait-ce que par le temps que les salariés concernés y consacrent (ex : la pause cigarette). La productivité est également affectée par la solidarité, généralement constatée, des équipes à l'égard de celui qui est en difficulté: dans un premier temps, elles couvrent souvent ses erreurs et remplissent ses tâches à sa place. Lorsque cette situation n'est plus tenable (fautes trop grosses, épuisement des collègues...), la productivité et la qualité du travail de toute l'équipe chutent. Les relations se dégradent et le salarié concerné fait l'objet d'un rejet. C'est surtout le cas pour l'alcool. Il faut rappeler qu'un verre ou deux suffisent à modifier la capacité de travail. Parmi les autres drogues, certaines sont incompatibles avec une activité professionnelle comme les drogues dites hallucinogènes car elles provoquent des bouffées délirantes. D'autres sont un frein à une bonne intégration sociale et donc à la pratique d'une activité professionnelle (cocaïne, LSD)<sup>14</sup>. Mais certaines agissent plutôt comme un stimulant pour le consommateur dans le but de pouvoir tenir un rythme de travail soutenu (amphétamines)<sup>15</sup>. Les chauffeurs routiers, par exemple, y recourent.

Enfin, les conduites addictives favorisent les accidents du travail. L'alcool est présent dans 10 à 20% des accidents du travail en général<sup>16</sup>, et dans 20% des accidents du travail à la SNCF<sup>17</sup>. Associé à un autre stupéfiant, il en provoque 20 à 25% et cause jusqu'à 30% des décès liés au travail<sup>18</sup> du fait d'altérations de la vigilance.

## **1.2 Cadre juridique de la prévention des conduites addictives en milieu professionnel.**

Les données épidémiologiques ont contribué à une prise de conscience des enjeux en matière de prévention des conduites addictives au travail. Ceci s'est traduit par la mise en

---

<sup>13</sup> Ibid

<sup>14</sup> CRESPIR R., « L'exemple américain peut-il éclairer la diffusion des tests de dépistage des drogues dans l'espace professionnel français ? », in *Drogues et travail, le New deal ?*, Toxibase n°15, 3ème trim 2004, p. 3

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> « Plan santé au travail en Aquitaine », Comité de pilotage du 12 janvier 2007

<sup>17</sup> Observatoire Régional de la santé au travail Aquitaine, Op. Cit

<sup>18</sup> Ibid.

place conjointe de politiques publiques et d'une réglementation spécifique, corroborée par le développement de la jurisprudence, notamment depuis les années 2000.

### **1.2.1 Les politiques publiques en matière de prévention des addictions en milieu professionnel**

Les politiques publiques en matière de prévention des addictions en milieu professionnel ont connu une évolution récente marquée par la volonté d'agir en amont par le dépistage et la prévention. Le dispositif actuel s'est historiquement construit à partir des produits : d'abord l'alcool, puis les drogues illicites dans les années 1970, le tabac à partir des années 1990 et plus récemment le cannabis. Les premières études sur le risque addictif, réalisées au début des années 1990, ont cependant constitué le point de départ de politiques de prévention plus globales. La prise en compte des risques endogènes sur le lieu de travail, et non plus seulement des risques exogènes, a favorisé la mise en œuvre d'actions de prévention ciblées sur le risque addiction et non plus sur un produit.

La loi de santé publique du 9 août 2004 élève la prévention au rang de priorité nationale et affirme la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique. Pour atteindre les cent objectifs fixés par cette loi, cinq plans stratégiques nationaux ont été élaborés pour la période 2004-2008, dont un plan pour limiter l'impact sur la santé des violences, comportements à risque et conduites addictives. Ce plan s'articule avec d'autres plans ou programmes nationaux, tels que le plan gouvernemental contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, qui s'appuie sur le rapport de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT) de décembre 2006. Ce rapport interministériel, qui résulte de l'audition de différents acteurs (syndicalistes, employeurs, médecins du travail et experts) décline cinq orientations en termes de prévention des conduites addictives en milieu professionnel. Ces orientations visent à :

- lever le déni en ce qui concerne les conduites addictives en milieu professionnel,
- intégrer les dimensions sanitaire, sécuritaire et réglementaire de ces conduites dans le monde du travail (en s'assurant que l'entreprise n'est pas « addictogène »),
- construire une politique de prévention globale,
- inclure le dépistage dans la politique globale de prévention,
- coordonner les rôles et responsabilités de chacun des acteurs.

Le plan découlant de la loi de santé publique s'articule également avec les dispositifs régionaux, en particulier les Plans régionaux de santé publique (PRSP)<sup>19</sup> et les Plans régionaux de santé au travail (PRST). Elaborés par les représentants de l'Etat en région,

---

<sup>19</sup> Circulaire n°DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004.

ils comportent un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels. Les PRST sont la déclinaison régionale du Plan Santé au Travail (PST) 2005-2009, conçu par le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Le PST engage pour les cinq ans à venir, une nouvelle dynamique afin d'améliorer durablement la prévention des risques professionnels. Il vise à faire reculer ces risques et à encourager la diffusion d'une véritable culture de prévention dans les entreprises. Outre ces orientations, les PRST peuvent comporter des problématiques spécifiques. La thématique des conduites addictives en milieu professionnel a par exemple été intégrée au PRST d'Aquitaine.

### 1.2.2 Le cadre réglementaire

Parallèlement au développement de politiques publiques, on observe une modification de la réglementation en matière de prévention des risques au travail. Elle concerne trois acteurs principaux :

- L'entreprise a tout d'abord une responsabilité pénale, civile, disciplinaire et réglementaire. Au regard de la directive européenne n° 89/391/CEE sur la protection des travailleurs, transposée en droit français par la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991, elle est tenue de prévenir les risques professionnels, accidents, dommages corporels et autres dangers. Le Code du travail dans son livre II, et la circulaire DRT n° 2002 du 18 avril 2002 aux articles L230-1 à L231-1, donnent aussi obligation de prévention des risques professionnels. La non application des textes entraîne des sanctions pénales définies à l'article R 263-1-1 du Code du travail.
- Le médecin du travail a une obligation de résultat en termes d'information, et une obligation de moyens en termes de prévention. La médecine du travail est assurée par des services spécialisés dénommés services médicaux du travail. Le Code du travail, article R 231-30, suivi par le décret n°2004-760 du 28 juillet 2004, précise les devoirs du médecin du travail. Il doit agir « dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs ». La circulaire n° 90/13 du 9 juillet 1990 prévoit l'information du salarié par le médecin du travail, sur la nature, l'objet et les conséquences du test biologique qu'il va subir. Par ailleurs, le Code de déontologie médicale dans son article 95 précise que le médecin « doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ». Il étudie les actions à mener sur le milieu de travail et propose des actions correctrices. Il doit y consacrer un tiers de son temps<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Article R.241-47 du Code du travail



- Enfin, le salarié a des droits, des obligations et une responsabilité vis à vis de lui, d'autrui et de l'entreprise. Il est tenu de respecter le règlement intérieur de l'entreprise. De plus, s'il est appelé à conduire un véhicule, il est tenu par la réglementation du Code de la route, notamment en matière de conduite sous usage de stupéfiants, ou sous l'empire d'un état alcoolique.

Les risques en milieu professionnel étant différents selon le type d'addiction, nous avons choisi d'aborder la réglementation sous la forme d'une typologie.

\* Substances légales : alcool et tabac

La prévention du risque alcool est réglementée par le Code du travail :

- L'article L232-2 interdit d'introduire, de laisser introduire, de distribuer des boissons alcoolisées autre que vin, bière, cidre, poiré et hydromel, ou de laisser entrer ou séjourner des personnels en état d'ivresse sur le lieu de travail.
- L'article L232-3 interdit, au titre d'avantages en nature, l'attribution de boissons alcoolisées et leur paiement dans des débits de boissons.
- Les articles R.232-3° et L231-31 prévoient la mise à disposition d'eau potable et fraîche par l'employeur, et dans des conditions particulières – besoins fréquents de se désaltérer – une boisson non alcoolisée.

Le Code de la route, par les décrets n° 2003-642 du 11 juillet 2003 et n° 2003-293 du 31 mars 2003, punit également le fait de conduire un véhicule sous l'empire d'une concentration d'alcool dans le sang supérieure à 0,50 gr/l.

Il existe aussi des recommandations de la Société française d'alcoologie pour la médecine du travail, visant à développer le repérage des conduites d'alcoolisation – échanges avec le salarié sur sa consommation déclarée d'alcool, auto questionnaires pour ouvrir le dialogue, recherche de signes ou d'anomalies biologiques orientant vers des alcoolopathies – et à s'inscrire au sein des réseaux de prévention et de soin.

La prévention du risque tabac, initiée par la loi Veil du 9 juillet 1976, et définie par la loi Evin du 10 janvier 2001, pose le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif, notamment le lieu de travail. Dans le but d'intensifier la lutte contre le tabagisme passif, le décret du 15 novembre 2006, applicable depuis le 1er février 2007, fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans ces lieux.

\* Substances illégales : drogues douces et drogues dures

La législation en matière d'usage de drogues est suffisamment explicite. Le Code pénal précise par la loi sur les stupéfiants du 31 décembre 1970, que « toutes substances addictogènes, parmi lesquels le cannabis, sont illicites ». En vertu de l'article L628 du

Code de la Santé Publique, tout usage de drogue est interdit, et par conséquent répréhensible, en tout lieu et notamment sur le lieu de travail.

La circulaire n° 90/13 du 9 juillet 1990 indique que « rien ne justifie un dépistage de la toxicomanie organisé de manière systématique dans l'entreprise ». Toutefois, pour certains postes à risque, un dépistage peut être justifié. Le Code de la route, par le décret n° 2001-751 du 27 août 2001, et les lois n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 et n° 2003-87 du 3 février 2003 instituent également une recherche systématique de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel ou corporel. Certains soulignent<sup>21</sup> que cette législation peut favoriser la prévention des conduites addictives.

### **1.2.3 Le cadre jurisprudentiel**

La question des conduites addictives en milieu professionnel a fait l'objet d'une jurisprudence mettant en cause la responsabilité du salarié ou celle de l'employeur.

En ce qui concerne le salarié, les conduites addictives, en particulier l'alcoolodépendance, peuvent justifier un licenciement. Ainsi, un salarié a pu être licencié car il avait persisté, en dépit de plusieurs avertissements, dans des habitudes d'intempérance qui mettaient en danger la sécurité des autres salariés de l'entreprise<sup>22</sup>. En outre, le fait pour un salarié affecté, en exécution de son contrat de travail, à la conduite de véhicules automobiles, de se voir retirer son permis de conduire pour des faits de conduite sous l'empire d'un état alcoolique, même commis en dehors de son temps de travail, se rattache à sa vie professionnelle<sup>23</sup>. Un chauffeur routier peut donc voir son permis de conduire suspendu pour conduite en état d'ivresse, même en dehors de son temps de travail, au regard du danger réel qu'il présente pour lui-même et pour les autres usagers de la route.

En ce qui concerne l'employeur, les dispositions d'un règlement intérieur permettant d'établir sur le lieu de travail l'état d'ébriété d'un salarié en recourant à un contrôle de son alcoolémie sont licites dès lors, d'une part, que les modalités de ce contrôle en permettent la contestation, d'autre part, qu'en égard à la nature du travail confié à ce salarié, un tel état d'ébriété est de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger, de sorte qu'il peut constituer une faute grave<sup>24</sup>. Les pouvoirs de l'employeur sont cependant encadrés : l'éthylotest ne peut être pratiqué de façon systématique sur l'ensemble du personnel, la généralité d'une telle mesure étant trop attentatoire aux libertés de la

---

<sup>21</sup> cf. entretien mené avec le Dr VERGER

<sup>22</sup> Cour de Cassation, Chambre sociale, 22 octobre 2003

<sup>23</sup> Cour de cassation, Chambre sociale, 2 décembre 2003

<sup>24</sup> Cour de Cassation, chambre sociale, 22 mai 2002, Pourvoi 99-45.878. Sté Piani c/Vaisseau

personne. L'exercice de ce contrôle est donc à réserver à des conditions de travail particulières (postes de sécurité)<sup>25</sup>.

L'obligation de prévention des risques professionnels, en particulier liés à l'alcoolisation, est renforcée par la jurisprudence du travail depuis 2002. Ainsi, le tribunal correctionnel de Nevers a condamné, le 15 octobre 2002, un président de Comité d'entreprise qui avait laissé un salarié invité à un repas « arrosé » repartir en état d'ébriété en voiture, provoquant un accident mortel. La responsabilité de l'employeur est importante car celui-ci a une obligation contractuelle de résultat en matière de sécurité<sup>26</sup>. La survenue d'un accident du travail suffit à constater le manquement à cette obligation de sécurité. Cela constitue une « faute inexcusable de l'employeur » et entraîne la réparation intégrale du préjudice, si l'employeur a conscience du danger et/ou si les mesures nécessaires à préserver ses salariés n'ont pas été prises<sup>27</sup>. Ceci permet donc d'affirmer que l'employeur n'a plus le droit de ne pas agir en matière d'addiction. L'obligation de sécurité et de résultat de l'employeur est d'une portée générale. L'absence de faute n'exonère pas l'employeur<sup>28</sup>. La prévention est donc de mise quel que soit le risque.

L'instauration de politiques publiques de prévention au niveau national et l'évolution de la réglementation en la matière, ont contribué à une prise de conscience à tous les niveaux des méfaits de la consommation excessive de substances psycho-actives et de la nécessité de prévenir sa survenue.

## **2 Les stratégies des acteurs et les difficultés rencontrées**

Les politiques publiques de prévention menées aux niveaux national et local ont des implications directes pour les entreprises. Il s'agit dès lors de déterminer les stratégies mises en œuvre par les acteurs de terrain impliqués dans la prévention des risques liés aux conduites addictives en milieu professionnel (2.1), et de comprendre pourquoi ces stratégies restent encore peu efficaces (2.2).

---

<sup>25</sup> CE, 01/02/1980, Corona : règlement intérieur disposant, après avoir rappelé l'interdiction de pénétrer ou de séjourner dans l'établissement en état d'ébriété, que "la direction se réserve de faire soumettre les cas douteux à l'épreuve de l'alcootest", et que "le refus de se soumettre à cette épreuve vaudra refus d'obéissance et reconnaissance implicite de l'état d'ébriété". Eu égard à l'atteinte qu'elles portent aux droits de la personne, ces dispositions ne pourraient être justifiées qu'en ce qui concerne les salariés occupés à l'exécution de certains travaux ou à la conduite de certaines machines. Elles ne trouvent pas leur justification dans l'article L.232-2 du code du travail, relatif à l'interdiction faite aux chefs d'entreprise de laisser entrer ou séjourner dans l'établissement des personnes en état d'ivresse, qui n'autorise aucun contrôle de cet état. Lorsque le chef d'entreprise exerce les pouvoirs qui lui sont reconnus par les dispositions du code du travail relatives au règlement intérieur pour assurer l'hygiène et la sécurité sur les lieux de travail, il ne peut donc apporter aux droits de la personne que les restrictions qui sont nécessaires pour atteindre le but recherché

<sup>26</sup> Cour de cassation, 28 .02. 2002

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Cour de Cassation, chambre sociale, 21 juin 2006.

## **2.1 Acteurs et politiques : de la diversité dans l'action**

« On dit généralement que la prévention est l'affaire de tous, mais si elle implique effectivement les citoyens et l'ensemble des trois pôles du dispositif d'addictologie, il est indispensable de déterminer ce que fait chacun et de coordonner l'ensemble des acteurs. Cela exige de décliner les différents axes stratégiques et de déterminer les acteurs et leurs articulations entre eux. »<sup>29</sup>

### **2.1.1 Les acteurs impliqués dans la prévention des conduites addictives au travail**

Il ressort des différents entretiens qu'il existe un grand nombre d'acteurs impliqués dans les actions de prévention des conduites addictives en milieu professionnel. Pour autant, deux acteurs semblent prépondérants : le médecin du travail et l'employeur.

Le médecin du travail a vu ses rôles enrichis au profit d'une action centrée sur la santé globale des salariés, en lien avec les objectifs de santé publique. Les motivations principales invoquées par le médecin du travail lors des entretiens font référence à la volonté de réduire les problèmes sociétaux engendrés par les conduites addictives, et le souci de ne pas laisser se développer ce type de conduite pour éviter la marginalisation des salariés pouvant se traduire par une perte d'emploi.

Le médecin du travail doit mettre en place une politique générale de prévention incluant la prévention des risques liés aux conduites addictives. Se pose alors la question de la compatibilité entre les missions de prévention, d'expertise et de contrôle. Conformément aux articles R. 241-48 à R 241-51 du Code du travail, le médecin du travail peut donner à l'employeur des avis quant à l'activité professionnelle du salarié ou à son évolution, sans évoquer sa pathologie : « le médecin détermine l'aptitude tout en respectant le secret médical. Il s'aide de certaines réglementations et utilise si nécessaire des examens complémentaires utiles à la détermination de l'aptitude au poste de travail et notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication au poste. » Dans le cadre de services d'entreprises autonomes ou de services interentreprises, il a un rôle majeur en matière d'information et de sensibilisation sur les risques professionnels liés aux addictions. Les entretiens menés confirment ce rôle clé.

L'employeur a quant à lui le droit et le devoir d'intervenir auprès des salariés lorsque ceux-ci consomment des substances psycho-actives. Il dispose à cet égard de pouvoirs d'organisation, de direction, et disciplinaires. Il peut sanctionner et résilier un contrat, prévoir des tests de dépistage dans certains cas, et inscrire dans le règlement intérieur

---

<sup>29</sup> MOREL A., PAILLE F., REYNAUD M., RIGAUD A, Op. Cit., p.23. Les trois pôles sont le pôle « ville » d'intervention de premier niveau, le pôle « médico-social spécialisé », et le pôle « hospitalier ».

l'interdiction d'introduire ou de consommer des substances psycho-actives au sein de l'établissement. Sa responsabilité en matière de sécurité est de trois ordres :

- Responsabilité pénale : le manquement à l'obligation de résultats en termes de sécurité des travailleurs peut être considéré comme une « faute inexcusable ». Sont reconnus le « délit de mise en danger d'autrui » à l'article 223-1 du Code pénal, et les infractions relatives aux « atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité physique ».
- Responsabilité civile : l'employeur est civilement responsable de la réparation, à charge pour lui de se tourner ensuite contre le salarié dès lors que ce dernier provoque un accident dans le cadre d'une mission en entreprise et qu'il peut être prouvé qu'il était sous l'emprise de stupéfiants.
- Responsabilité disciplinaire : l'employeur est responsable des dommages que les salariés peuvent causer à des tiers au regard de l'article 1384 du Code civil.

Depuis la loi n° 92-1414 du 31 décembre 1991, l'employeur a obligation de mettre au point et de garder à disposition un document d'évaluation des risques professionnels : « le document unique ». Ce document doit comporter un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail. Pour ce faire, l'employeur peut s'appuyer sur différentes sources d'information disponibles dans l'entreprise. Le document doit être mis à jour au moins une fois par an sous peine de sanctions pénales, ce qui n'est pas toujours le cas en pratique. Le document unique répond à trois exigences :

- La cohérence : elle découle du regroupement, sur un seul support, des données issues de l'analyse des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés ;
- La lisibilité : en réunissant les résultats des différentes analyses des risques, ce document doit faciliter le suivi de la démarche de prévention dans l'entreprise ;
- La traçabilité de l'évaluation des risques : elle est garantie par un report systématique des résultats.

Ces différents éléments montrent que s'il souhaite s'impliquer, l'employeur peut être un acteur décisif de la prévention des risques liés aux conduites addictives dans l'entreprise.

On constate cependant la présence d'autres acteurs dans le dispositif de prévention :

- Le salarié engage sa responsabilité personnelle. 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 missions au travail, conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur dans les conditions prévues au règlement intérieur.
- Le médecin généraliste a connaissance de la situation environnementale et familiale du salarié. Il peut donc être un relais précieux dans le cadre d'une prise en charge.
- Les partenaires sociaux et les membres du CHSCT ont leur place, en participant à l'élaboration du règlement intérieur et à l'identification des risques professionnels.

- Certaines associations, telles que l'ANPAA, ainsi que les DRASS et DDASS, peuvent aussi agir comme de véritables partenaires d'actions de prévention.

### **2.1.2 Les actions de prévention mises en place**

Du fait de la diversité des acteurs impliqués, il n'existe pas aujourd'hui un dispositif unique de prévention des risques liés aux conduites addictives en milieu professionnel, mais plutôt un ensemble de dispositifs éclatés et hétérogènes. Selon les logiques retenues, sanitaires, sécuritaires ou encore réglementaires, les actions menées par les différents acteurs interrogés sont très différentes. On peut néanmoins en répertorier trois grandes catégories: les actions de sensibilisation, les actions réglementaires et l'organisation de groupes de travail interprofessionnels sur les conduites addictives.

La sensibilisation aux risques que représente la consommation de substances psycho-actives sur le lieu de travail, apparaît comme un élément déterminant des actions menées. Elle prend deux formes bien distinctes : l'information et la formation.

L'information peut être collective. Elle se traduit alors sous forme d'affichage, de plaquettes, par l'intervention d'organismes extérieurs au cours de journées d'information ou encore par la nomination de référents internes pour les conduites addictives. Mais elle peut également être individuelle et être directement inscrite dans les fiches de poste – notamment pour les postes à risque – ou être délivrée oralement lors des entretiens d'embauche. Certaines personnes<sup>30</sup> soulignent l'importance d'associer les représentants syndicaux à ces actions. Ils peuvent en effet faciliter la circulation de l'information.

Pour être pertinente, l'information nécessite d'être ciblée. A cet égard, il ne peut y avoir d'information sans formation préalable des intervenants. Les dirigeants, les instances sécuritaires, comme les référents internes ont besoin d'être formés sur les produits et les risques qui leur sont liés. Les médecins du travail et les organismes extérieurs ont quant à eux besoin de connaître la culture de l'entreprise et les facteurs susceptibles d'impacter positivement ou négativement les conduites addictives dans ce contexte. Pour harmoniser les actions menées entre les différentes entreprises, il existe également des conférences de consensus qui visent à donner à l'ensemble des acteurs une même ligne de conduite.

Un certain nombre d'acteurs<sup>31</sup> soulignent néanmoins le fait que l'information seule n'est pas un gage d'efficacité de la politique de prévention. Le personnel doit sentir que des actions concrètes peuvent être entreprises en cas de constat d'abus liés à la consommation de substances psycho-actives. L'information est donc directement

---

<sup>30</sup> cf. entretien mené avec Claire Milliner

<sup>31</sup> cf. entretiens menés avec Nadia Bachi, Claire Milliner, Benoît Rolling

rattachée à la mise en place d'actions de prévention plus fermes, voire « répressives »<sup>32</sup>, qui se fondent sur des outils réglementaires. Il s'agit de la législation elle-même, du document unique et du règlement intérieur. Ces documents ne visent pas à supprimer l'usage de substances psycho-actives sur le lieu de travail, mais à l'encadrer et le restreindre, à l'exception du tabac et des drogues pour lesquelles l'interdiction est ferme. Certains établissements ont instauré un système d'autorisation par la DRH lors de l'organisation de manifestations festives. D'autres travaillent en partenariat avec les médecins du travail qui mènent des actions de dépistage précoce ou d'intervention brève.

Enfin, un dernier type d'actions de prévention est mené. Il s'agit de l'organisation de groupes de travail sur les conduites addictives en milieu professionnel. Le Centre d'action sociale de la ville de Paris nous en offre un exemple avec la mise en place de groupes de lutte contre l'alcool au travail<sup>33</sup>. Inspirée d'une politique anciennement menée à la Mairie de Paris, cette action s'organise autour de différents groupes de travail ouverts à l'ensemble du personnel sur la base du volontariat. Ces groupes sont animés par un prestataire de service, une psychologue et un ancien alcoolique. Ils visent à promouvoir la lutte contre l'alcool auprès de l'ensemble du personnel en ouvrant la parole sur un sujet souvent tabou. Pouvoir parler librement du sujet, c'est déjà prévenir.

Parmi la grande variété d'actions menées, il faut noter que la plupart concerne l'usage d'alcool, du fait du nombre important de personnes concernées mais également de sa visibilité. Au contraire, peu de choses sont actuellement faites pour prévenir l'usage des drogues licites ou illicites, de même que l'usage de médicaments psychotropes.

## **2.2 Les difficultés de mise en œuvre des politiques de prévention**

Malgré la diversité des actions menées, on retrouve un point commun : toutes rencontrent des difficultés lors de leur application. La première réside dans la coexistence d'un ministère chargé du travail et d'un ministère chargé de la santé qui empêche le médecin du travail de remplir pleinement sa mission de prévention. La seconde provient de l'importance accordée au respect de la vie privée et des libertés individuelles. La dernière est liée à la culture française marquée du vin et de l'alcool.

### **2.2.1 Le positionnement ambigu du médecin du travail**

Dans le domaine d'application du Code du travail, le médecin du travail est un salarié indépendant du chef d'entreprise pour tout ce qui relève de l'exercice de son art. Depuis

---

<sup>32</sup> cf. entretiens menés avec Nadia Bachi et Benoît Rolling

<sup>33</sup> cf. entretien mené avec Nadia Bachi

le décret du 20 mars 1979, il doit pratiquer des examens médicaux : examens d'embauche, visites périodiques, visites lors de la reprise du travail<sup>34</sup>. (cf. annexe 7 : *Réglementation relative à la médecine du travail*) Ne pouvant se substituer au médecin traitant, son rôle médical se limite toutefois au constat et à la prévention. Son intervention vise à éviter toute altération de la santé du fait du travail, s'assurer du respect des conditions d'hygiène et de sécurité et éviter tout risque de contagion dans l'entreprise<sup>35</sup>. Dans les organisations régies par le Code du travail, ce médecin pourrait donc constituer la cheville ouvrière d'une politique de prévention des conduites addictives, notamment parce que pour de nombreux salariés, il est l'unique interlocuteur médical consulté dans l'année.

Il en est autrement dans la réalité. Deux écoles s'opposent sur les missions du médecin du travail, chacune se fondant sur une interprétation possible de la réglementation. La première milite pour une médecine du travail axée sur les principes de santé publique, dont la prévention. La seconde, *a contrario*, limite ses missions de prévention à tout ce qui a directement trait à l'activité professionnelle, encadrant ainsi plus strictement les possibilités d'action du médecin du travail en matière de prévention<sup>36</sup>. Cette opposition résulte de la rédaction ambiguë de l'article R.241-41 du Code du travail, et notamment de l'alinéa 6 sujet à interprétation en ce qu'il limiterait ou non la prévention des conduites addictives à « la prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ». Pour les tenants de la vision restrictive de la prévention, le médecin du travail ne peut mener une politique de prévention que s'il peut établir un lien de causalité entre une pratique addictive et l'activité professionnelle.

L'action préventive du médecin du travail est ainsi « victime » de l'existence de deux départements ministériels : travail et santé. Le premier organise l'intervention du médecin du travail au sein de l'entreprise (article R.241-41-6° du Code du travail), le second mène la politique de santé publique. Or l'action du médecin du travail s'inscrit dans le cadre strict du droit du travail. Il ne peut le dépasser qu'avec l'accord du chef d'entreprise. A l'inverse, ce dernier ne peut pas le contraindre à faire de la prévention puisqu'elle ne fait pas partie intégrante de ses attributions *stricto sensu*. Dans ce contexte, la mise en œuvre d'une politique de prévention des conduites addictives en milieu professionnel devient largement « personnes-dépendante ». Selon l'entente entre le chef d'entreprise et le médecin du travail, la prévention sera plus ou moins poussée. Le positionnement des acteurs et la mise en place d'actions coordonnées doivent donc être considérés comme des enjeux majeurs d'une politique de prévention efficace.

---

<sup>34</sup> Articles R.241-1 à 58 du Code du travail

<sup>35</sup> BEN BRIK E. et DOMONT A, « Les différents rôles du médecin du travail », Loisir Expo, Paris, 17/09/1998

<sup>36</sup> cf. entretien mené avec le Dr A. Mezzadri



## 2.2.2 Interférences entre les sphères privée et professionnelle : le cas du dépistage systématique

Une deuxième difficulté réside dans le fait que les conduites addictives mêlent intimement sphère privée et sphère professionnelle. Dans bien des cas, il est complexe de déterminer si l'addiction trouve sa source dans l'une ou dans l'autre. Toute politique de prévention peut donc paraître attentatoire à la vie privée, à la liberté individuelle et aux droits fondamentaux de la personne, notions « sacrées » en droit français. C'est en considération de cette difficulté que l'article 2 du Code de déontologie médicale, suivi par la jurisprudence<sup>37</sup>, prohibe le recours au dépistage systématique dans le cadre de la prévention des conduites addictives.

Certains considèrent pourtant que les risques que les conduites addictives font encourir à l'individu, à son entourage et à la société sont des motifs suffisants pour développer des dépistages auprès de l'ensemble des salariés. C'est ainsi qu'en 1994, un organisme municipal parisien a cherché à procéder au dépistage systématique du cannabis pour certains emplois<sup>38</sup> : « Face à la montée et à la banalisation de l'usage de drogues illicites, les entreprises doivent se prémunir contre le danger qu'il y a à confier des postes à risque à des usagers de drogues. La médecine du travail admet aujourd'hui que les exigences de sécurité et de maîtrise du comportement inhérentes à ces postes justifient le dépistage de la toxicomanie. ». Ce texte a fait l'objet de nombreuses controverses. Ainsi, pour Denis Troupenat, responsable du secteur « Liberté, droit, action juridique » de la CGT, « si les employeurs utilisaient ce type d'argumentation, ils feraient un usage abusif de cette possibilité déjà exorbitante qu'ils ont de restreindre les libertés publiques et les libertés individuelles au nom de la sécurité et des exigences de production »<sup>39</sup>.

### A) L'encadrement du dépistage systématique par la jurisprudence française

Si l'on se place sur le terrain de la prévention, considéré d'un point de vue sanitaire, la question à se poser est la suivante : peut-on admettre que tout candidat à un emploi quelconque dans une entreprise puisse être systématiquement soumis à un test de recherche de dépendance ? La réponse est non.

Si l'on se place sur le terrain du droit du travail, il faut alors se demander s'il y a des emplois pour lesquels l'usage de substances psycho-actives présente un risque particulier justifiant la mise en œuvre de tests de dépistage. Dans ce cas, la réponse est oui.

---

<sup>37</sup> Conseil d'Etat, 1980, Corona.

<sup>38</sup> DARNE R., *La ville de Paris préconise un dépistage de l'usage du cannabis*, L'Humanité, 3 février 1994

<sup>39</sup> Ibid.

Le principe posé par la jurisprudence de la Cour de cassation en 1973<sup>40</sup>, est qu'un employeur ne peut demander à un candidat par entretiens, questionnaires ou tests divers, que des renseignements présentant un lien direct et nécessaire avec l'emploi auquel il postule. Il ne lui appartient pas de rechercher des informations sur l'état de santé du candidat. En revanche, il existe dans certaines entreprises, des activités pour lesquelles l'usage de drogue peut créer des risques, que ce soit pour ceux qui exercent ces activités, pour d'autres salariés de l'entreprise, ou pour des tiers. Il paraît alors normal que les candidats à ces emplois et les salariés déjà en poste fassent l'objet d'examens systématiques tendant à déceler l'usage de drogues de nature à justifier leur inaptitude à l'emploi postulé ou exercé<sup>41</sup>. Afin de limiter les abus, la liste de ces emplois est établie, pour chaque entreprise, par une autorité publique après avis de l'employeur, des représentants du personnel, du médecin du travail, et, le cas échéant, d'un Comité d'éthique, dans le cadre de directives générales fixées par le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels. L'intéressé doit toujours être averti individuellement du test auquel il est soumis et qui ne saurait être effectué à son insu.

Conformément aux principes régissant la profession médicale et aux règles propres à la médecine du travail, les résultats des dépistages sont soumis au secret médical. Le médecin du travail doit se borner à faire connaître l'aptitude ou l'inaptitude partielle ou totale du candidat à l'embauche ou du salarié. Il ne doit, en aucun cas, révéler, même à l'employeur, un renseignement confidentiel tel que le diagnostic, la nature ou l'origine de l'inaptitude. L'introduction de politiques de prévention dans le monde du travail repose donc aujourd'hui sur une prise de conscience individuelle et une attitude volontariste de la part du salarié comme de l'employeur et du médecin du travail.

#### B) Un cadre réglementaire et jurisprudentiel européen favorable au dépistage

L'article 8 de la Convention européenne de droits de l'homme prévoit le droit au respect de la vie privée et familiale : « Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à [...] la protection de la santé [...], ou à la protection des droits et libertés d'autrui ».

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) s'est prononcée, dans deux arrêts controversés, sur l'application de cet article à des tests de dépistage de la drogue en

---

<sup>40</sup> Cour de Cassation, Chambre sociale, 17 octobre 1973 in Comité Consultatif d'éthique, *Avis sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise*, 16 octobre 1989.

<sup>41</sup> cf. entretien mené avec le Dr A. Mezzadri.

milieu de travail. L'arrêt du 7 novembre 2002<sup>42</sup> affirme que l'obligation pour les membres d'équipage d'un ferry de fournir des échantillons d'urine afin de détecter l'usage de drogue constitue une ingérence d'une autorité publique au sens de l'article 8 justifiée par un objectif légitime, assurer la sécurité du ferry, et proportionnée à cet objectif. L'arrêt du 9 mars 2004<sup>43</sup> confirme ce positionnement. L'obligation pour les personnels d'entretien d'une centrale nucléaire de fournir des échantillons d'urine afin de détecter l'usage de la drogue constitue une ingérence au sens de l'article 8 justifiée par un objectif légitime et proportionnée à cet objectif, en raison du caractère discret et confidentiel des contrôles et de l'impossibilité de distinguer entre les différents membres du personnel.

Si l'article 8 de la Convention reconnaît la protection de la vie privée, il en limite néanmoins la portée par la nécessité de la protection de la santé ou des droits d'autrui. La jurisprudence de la Cour européenne dégage par ailleurs un principe de proportionnalité qui lève toute ambiguïté et contestation sur l'application d'un dépistage motivé par des motifs de sécurité de l'établissement concerné.

### **2.2.3 Les difficultés socio-économiques liées à l'alcool**

Les difficultés de prévention de la consommation d'alcool sont par ailleurs liées au poids économique de la filière alcool en France ainsi qu'à un certain nombre de représentations sociales et d'ambiguïtés.

#### **A) Le poids économique de la filière alcool**

La filière alcool représentait près de 500 000 emplois en France en 2000, qu'ils soient directs ou indirects. C'est un secteur qui contribue très fortement au solde du commerce extérieur : près du tiers du chiffre d'affaire est réalisé à l'étranger, la France se plaçant dans les premières positions d'exportation de vin, de spiritueux et de bières. La filière alcool alimente aussi les finances publiques. En 2003, les recettes fiscales hors TVA sur l'alcool étaient estimées à 2,8 milliards d'euros. Ce phénomène contribue à faire du lobby alcoolier un puissant groupe de pression capable d'infléchir les politiques de prévention que les pouvoirs publics voudraient mettre en œuvre.

#### **B) Ambiguïtés des représentations sociales de l'alcool**

La consommation d'alcool fait partie de la culture française, à tel point que celui qui n'en consomme jamais paraît « anormal »<sup>44</sup>. S'il arrive que l'alcool soit associé au malheur –

---

<sup>42</sup> Méthodologie « document de travail du PRST Aquitaine », novembre 2006

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> cf. entretien mené avec Nadia Bachi.

solitude, perte d'emploi, deuil, stress ou harcèlement professionnel étant des situations qui peuvent conduire à «boire pour oublier»<sup>45</sup> – la plupart du temps, les représentations liées à l'alcool sont positives. Il est largement associé à la fête, à la convivialité en famille ou entre amis. Pour beaucoup, il fait partie intégrante de la culture alimentaire. Ces représentations se transmettent au sein du cercle familial : seuls 13% des Français de 15 à 65 ans signalent que leurs parents ont cherché à limiter leur consommation d'alcool, alors que 32% ont subi une interdiction de fumer<sup>46</sup>. Ainsi, si les conséquences de l'excès d'alcool (tapage, violences, conduite en état d'ivresse) sont dénoncées, sa consommation habituelle et sa nocivité progressive ne sont pas véritablement mises en cause<sup>47</sup>. La seule représentation vraiment négative est « l'alcoolisme » (alcoolo-dépendance).

La difficulté de prévenir la consommation d'alcool s'accroît encore avec la distinction faite par le public entre les alcools forts et les autres. Seule la consommation des premiers présenterait des risques alors que cela dépend en réalité de la quantité consommée. La croyance collective attribue également aux vins des effets bénéfiques sur la santé.

L'ensemble de ces éléments contribue à rendre l'approche préventive extrêmement complexe pour ce qui est de l'alcool. Ainsi, dans la majorité des cas, la mise en place d'une action de prévention est la réaction à un cas particulier de consommation problématique d'alcool (absentéisme, problèmes de management, risques juridiques, problèmes de comportement) : la logique de prévention est rarement « première »<sup>48</sup>.

Les différents entretiens menés nous ont finalement permis de constater l'existence d'un dispositif de prévention des risques liés aux conduites addictives en milieu professionnel, hétérogène et se heurtant à de nombreuses difficultés. Les actions mises en place résultent davantage de réponses pratiques à des cas concrets que d'une véritable politique de prévention, réunissant l'ensemble des acteurs autour d'une connaissance commune du problème et d'une démarche d'intervention concertée. Cela interroge sur les outils à mettre en place pour favoriser l'élaboration d'un dispositif cohérent et efficace.

### **3 Pistes de réflexion pour une amélioration durable de la prévention**

Un certain nombre d'évolutions semblent nécessaires pour parvenir à l'élaboration d'une prévention durable et cohérente des risques liés aux conduites addictives. L'introduction

---

<sup>45</sup> Inserm. *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. 2003

<sup>46</sup> DREES, Op. Cit.

<sup>47</sup> DREES, Études et résultats, n°78, août 2000. [www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er078.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er078.pdf)

<sup>48</sup> ORS Rhône-Alpes, 2003 : <http://www.ors-rhone-alpes.org/Lettre/lecture.asp?Numer=38&Article=03>

d'un volet « addiction » dans les Plans régionaux de santé au travail, à l'exemple de l'Aquitaine, apparaît comme une perspective intéressante (3.1). Elle doit néanmoins se conjuguer avec la clarification du rôle des acteurs et la mise en place d'une démarche concertée de prévention (3.2).

### **3.1 Le Plan régional de santé au travail, un support innovant pour l'élaboration d'une politique de prévention commune.**

#### **3.1.1 Une innovation en Aquitaine : l'inscription d'un volet « addiction » dans le PRST**

Le plan santé au travail 2005-2009 définit un certain nombre d'orientations générales concernant la prévention des risques en milieu professionnel. Il vise notamment à développer les connaissances des dangers et des risques au travail, à renforcer l'effectivité du contrôle, à refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail, et à encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail. Ce plan vise principalement à rassembler les énergies et à fédérer l'ensemble des acteurs autour d'objectifs communs, qui sont ensuite déclinés au niveau régional en fonction des caractéristiques propres à chacun des territoires. Les Plans régionaux intègrent également les objectifs et les actions relevant des volets « travail » des PRSP et PRSE.

C'est ainsi que la région Aquitaine, particulièrement touchée par les conduites addictives, a inclus un volet « addiction » dans son Plan régional de santé au travail. La région présente en effet un taux de consommation d'alcool parmi les plus élevés de France : 9% des personnes font état d'ivresses régulières contre 6,6% de moyenne nationale<sup>49</sup>. Il en va de même avec la consommation de drogues : près de la moitié de la population aquitaine a consommé du cannabis au cours de l'année<sup>50</sup>. Or, ces consommations se répercutent directement sur la vie des entreprises. C'est à ce titre et à la suite de la tenue des Etats généraux sur l'alcool, que la DRASS et la DRTEFP ont réuni conjointement un ensemble d'acteurs dans le but de réaliser un document opérationnel de prévention des risques liés aux conduites addictives en milieu professionnel.

Actuellement en cours d'élaboration, ce document s'intègre dans une démarche globale de protection et de promotion de la santé au travail et vise à articuler les préoccupations d'ordre sécuritaire, réglementaire et sanitaire des différents acteurs impliqués. Il se fixe à cet égard plusieurs objectifs :

---

<sup>49</sup> PRST Aquitaine 2007/épidémiologie-JMD-CEID/OFDT

<sup>50</sup> Ibid.

- Mieux connaître la réalité des consommations et les risques associés en situation de travail,
- Mieux informer et sensibiliser les acteurs sociaux en milieu de travail ou en phase de formation professionnelle,
- Construire une politique de prévention concertée du « risque addiction » en milieu professionnel validée par les acteurs,
- Animer un suivi et un partenariat autour de la mise en œuvre du volet addiction.

### **3.1.2 Les apports du PRST en matière de prévention des conduites addictives en milieu professionnel**

L'inscription d'un volet « addiction » dans le Plan régional de santé au travail présente plusieurs avantages.

Les acteurs interrogés, et notamment les employeurs, déplorent bien souvent un manque de connaissances concernant la réalité des conduites addictives dans le monde du travail. Or, l'élaboration d'une politique de prévention efficace ne peut se faire sans une analyse précise des causes et des conséquences pour les « préventeurs » comme pour les consommateurs. L'inscription du volet « addiction » dans le PRST – support de travail important pour les entreprises – est donc apparue comme un moyen de donner une visibilité nouvelle à la question en terme de risques pour la sécurité mais aussi pour la santé de l'individu. Il apporte les connaissances nécessaires aux acteurs par la diversité des approches utilisées, de même que par sa mise à jour régulière.

Le volet « addiction » permet également de fédérer les politiques de prévention menées par les différents acteurs impliqués, autour d'objectifs communs. Le PRST facilite ainsi la mise en place d'actions concertées et le développement de réseaux de prévention, tout en favorisant la libération de la parole sur un sujet tabou dans l'entreprise.

Enfin, il ressort du discours des acteurs que beaucoup d'entreprises se trouvent démunies et souhaiteraient avoir un document pratique pour la mise en oeuvre des objectifs fixés par la DRTEFP ou la DRASS. Or, être opérationnel est un des objectifs principaux du PRST. Cette volonté de passer des objectifs à l'action pourrait ainsi trouver un prolongement dans l'élaboration d'un guide méthodologique à destination des entreprises.

Un constat s'impose néanmoins. L'inscription d'un volet « addiction » dans le PRST se fait très rare. Seules la région Rhône-Alpes et la région Centre disposent d'un PRST finalisé et aucune des deux n'a pris en compte explicitement la problématique des addictions. Les avantages que représente l'inscription dans le PRST d'un volet « addiction » devraient pourtant inciter au développement de cette pratique. A l'exemple de ce qui se fait en Aquitaine, ce document pourrait ainsi devenir un support clé pour la mise en place d'une

politique de prévention durable et cohérente, de même que pour le développement d'une culture de prévention et de promotion de la santé dans les entreprises.

### 3.1.3 Des pistes à explorer?

A) Le stress, un élément causal à inscrire dans la politique de prévention des conduites addictives du PRST

L'article L 241-2 du Code du travail énonce que le médecin du travail doit « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Cette réglementation soulève la question du stress en milieu professionnel et des moyens de le contrer. Si l'enjeu est d'abord humain – réduire par une politique accrue de prévention primaire la morbidité liée au stress au travail – le stress constitue également un enjeu majeur de santé publique. La France est en effet « championne du monde »<sup>51</sup> en matière de consommation de psychotropes. On peut alors se demander dans quelle mesure le stress au travail est incriminé dans cette consommation, et plus largement dans quelle mesure il intervient dans la consommation de l'ensemble des substances psycho-actives.

Le stress correspond à une physiopathologie complexe dont beaucoup - y compris au sein du corps médical - ignorent l'ensemble des mécanismes. Son origine peut être très variable. La question se pose alors de savoir si le stress constaté en milieu de travail provient de l'organisation du travail ou de facteurs extérieurs à l'entreprise. La hiérarchie admet difficilement que le stress puisse provenir des conditions de travail. Pour elle, il s'agit d'un élément propre à chaque individu, issu de causes externes. Dans ce contexte, il est difficile pour le médecin ou le salarié de faire reconnaître le stress comme inhérent à l'activité de l'entreprise. Cela pose des difficultés pratiques à tous les médecins du travail.

La reconnaissance du stress comme lien de causalité entre des conduites addictives et le poste de travail ou son environnement, permet en effet au médecin du travail d'intervenir en terme de prévention sur la consommation de substances psycho-actives. Cette intervention se fait aujourd'hui dans un cadre mal défini mais pourrait trouver à terme sa place dans les Plans régionaux de santé au travail. Le PST comporte en effet un volet sur la réduction de la souffrance mentale au travail, volet notamment repris par la région Centre dans la fiche action n°7 de son PRST. Il semblerait dès lors intéressant que les PRST ciblent de manière plus précise le stress en prévoyant notamment la recherche particulière de ses causes dans le milieu professionnel, et en définissant les moyens à mettre en œuvre pour y remédier.

---

<sup>51</sup> Rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, juin 2006

Il s'agirait notamment de promouvoir une étude de l'entreprise et des postes, une approche analytique de l'ergonomie organisationnelle et une implication des partenaires de l'entreprise. Il semble également important de prévoir des actions correctives sur le milieu du travail car une seule visite médicale par an serait peu efficace<sup>52</sup>.

#### B) Le maintien dans l'emploi, outil de prévention tertiaire et axe possible d'action du PRST

L'un des objectifs du PST est de repenser l'aptitude et le maintien dans l'emploi. Il serait intéressant d'utiliser ces orientations pour envisager, dans le cadre des PRST, une action ciblée vers les personnes dépendantes aux substances psycho-actives. (cf. *Annexe 9 : L'expérience d'un axe de maintien dans l'emploi pour les salariés alcool-dépendants.*)

En 1991, le secrétaire d'Etat aux Personnes handicapées, Michel GILLIBERT, souhaite renforcer le dispositif d'insertion professionnelle en milieu ordinaire. Il met alors en place un Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDI-TH)<sup>53</sup>. Piloté par la Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et par l'AGEFIPH (Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées)<sup>54</sup>, ce programme rassemble les entreprises, les professionnels de l'insertion, les bénéficiaires de la loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés ainsi que diverses institutions (MDPH, CRAM, ANPE, etc.).

Le PDI-TH place le maintien dans l'emploi au cœur de sa politique. Il s'agit de prévenir, le plus tôt possible, le risque de licenciement des salariés pour des raisons d'inaptitude au poste ou des aggravations de l'état de santé, et ainsi d'éviter la rupture du contrat de travail et l'engrenage vers la dépendance qui peut en découler. Il cible à cet égard plus particulièrement la survenue de maladies professionnelles, d'accidents du travail ou l'aggravation d'un handicap. Il s'adresse à différents types de bénéficiaires : victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, titulaires d'une pension d'invalidité et personnes reconnues travailleurs handicapés par la MDPH. Cependant, toute personne ayant connaissance d'une situation dans laquelle un salarié est confronté à un problème de santé susceptible d'avoir des répercussions sur son emploi, peut avoir recours au programme. La plupart du temps, ce n'est pas le salarié lui-même qui fait les démarches, mais le médecin du travail, un de ses collègues, un assistant social, son employeur, son médecin traitant ou encore la MDPH.

---

<sup>52</sup> Cf. entretien mené avec le Dr A. Mezzadri

<sup>53</sup> ROSSIGNOL F., FOLLIOU D. *Handicap et médecine du travail*. Editions Masson, 1998

<sup>54</sup> [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr)



Cette démarche de maintien dans l'emploi passe par l'utilisation d'outils prépondérants : la visite de pré-reprise auprès du médecin du travail, la reprise à temps partiel thérapeutique ou la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH).

### **3.2 De nouvelles orientations proposées par la MILDT**

Le rapport MILDT, dans ses orientations, encourage une meilleure coordination des rôles et des responsabilités de chacun des acteurs, ainsi que la construction d'une politique globale de prévention. Ces éléments peuvent s'avérer facilitateurs dans la mise en place d'une politique efficiente de prévention des conduites addictives.

#### **3.2.1 Renforcer le rôle du médecin du travail**

Il est clairement ressorti des divers entretiens menés que le médecin du travail reste l'acteur de choix en matière de prévention des conduites addictives, mais que son rôle gagnerait à être clarifié, voire complété.

La réglementation actuelle pose quelques difficultés et ne permet pas une interprétation claire, puisque l'article R.241-41 du Code du travail, qui fixe les missions du médecin du travail, n'inclut pas explicitement la politique de prévention des conduites addictives. La reconnaissance de la prévention des conduites addictives dans les rôles confiés aux médecins du travail faciliterait grandement la mise en place de politiques de prévention dans ce domaine. Quelques médecins du travail utilisent déjà leurs tiers-temps pour faire des actions de prévention en la matière, mais cette pratique gagnerait à se généraliser. Le médecin du travail doit apparaître comme un éducateur de santé, placé au sein d'une synergie médicale, travaillant en collaboration étroite avec ses confrères : médecin traitant d'une part, spécialistes en alcoologie, tabacologie ou autres pratiques addictives d'autre part<sup>55</sup>. Il doit aussi s'inscrire dans une dynamique de collaboration avec l'employeur.

L'action du médecin du travail doit ainsi consister à promouvoir la santé au travail des salariés par une double approche : préventive d'une part, visant à lutter contre les facteurs de risque des conduites addictives afin de maintenir la santé des salariés ; curative d'autre part, visant à lutter contre les maladies, en collaboration avec le médecin traitant, afin de reconstruire la santé des salariés.

---

<sup>55</sup> Cette idée n'est pas nouvelle : dès 1991, dans le cadre d'Euromédecine, les professeurs Jean Lorient et Jean-François Caillard l'évoquaient. Cf. *Une synergie médecins traitants - médecins d'entreprises pour la réadaptation et le maintien au travail du salarié malade*, Eurométra, Montpellier, novembre, 1991

### **3.2.2 Renforcer le rôle des réseaux, protocoles et actions concertées**

Le déni est aujourd'hui une barrière à la mise en place d'une prévention efficace des conduites addictives. La mise en place d'une véritable stratégie de communication sur le sujet permettrait de lever les tabous et briser la loi du silence encore trop présente dans le monde du travail. Elle pourrait s'appuyer sur les leviers existant dans l'entreprise, comme le CHSCT. Elle doit cibler l'ensemble des acteurs de l'entreprise, personnel exécutant comme dirigeants, dans la mesure où les addictions touchent tous les publics.

Au delà de ce problème, le personnel encadrant se trouve souvent démuné lors de l'identification d'une situation d'addiction. L'ensemble des acteurs interrogés évoque le manque de repères en la matière. La formalisation et l'harmonisation des procédures au sein de protocoles et de guides méthodologiques semblent être un moyen de répondre à ce souci. La directrice adjointe aux ressources humaines du CHU de Brest évoque à ce titre la création d'un guide méthodologique sur l'alcoolisme. En libre consultation dans l'ensemble des services, il permet de déculpabiliser l'agent en lui rappelant son devoir d'alerte et indique la marche à suivre en cas de suspicion d'addiction. Ce dispositif pourrait être repris dans les différentes entreprises. La mise en place de référents clairement identifiés par le personnel favorise également la détection précoce et le suivi des personnes souffrant d'addictions. La réticence des salariés à aller consulter un médecin sur leur propre lieu de travail reste une barrière importante à l'effectivité des actions de prévention. Afin de contourner cette difficulté, les entreprises publiques et privées peuvent recourir à des référents plus neutres, recrutés dans leur service ou mis à disposition dans le cadre de partenariats de proximité.

Une prévention efficace des conduites addictives passe donc nécessairement par le décloisonnement du monde professionnel et par son ouverture sur son environnement médico-social. Elle peut se traduire au sein de réseaux de prévention. C'est ainsi que le réseau ASDES Ile de France assure une prévention globale envers l'ensemble de la population francilienne à travers des ateliers sur le bon usage des médicaments, la distribution de brochures ou encore l'élaboration de protocoles communs de lutte contre les addictions. Fondé sur une collaboration volontaire de professionnels de santé issus de spécialités différentes (médecins généralistes, médecins du travail, assistantes sociales, psychologues), le réseau reste un outil essentiel dans la mise en place d'une prise en charge globale axée sur la prévention dans une zone géographique donnée. Il permet une meilleure coordination des soins par une plus grande interaction entre les acteurs ainsi qu'une formation efficace des différents professionnels.

### 3.2.3 Mieux cibler les types d'actions de prévention

- A) Une prévention centrée autour des risques professionnels et psychosociaux identifiés

L'évaluation des risques, aboutissant à la rédaction du Document Unique d'évaluation, se situe dans le cadre d'une démarche de prévention, devenue obligatoire pour les entreprises depuis 2001<sup>56</sup>. Devenu incontournable, le document unique permet de recenser les différents risques liés au travail, conduisant *de facto* à une première sensibilisation de la Direction, qui pourra plus aisément cibler ses actions de prévention. Une fois les conduites à risque identifiées, il est important d'inscrire leur prévention dans le règlement intérieur des entreprises afin de donner une base réglementaire à l'information ou aux mesures qui pourront être prises<sup>57</sup>. Cela permet notamment de mettre en place des actions individuelles de dépistage, qui ne peuvent cependant être systématiques<sup>58</sup> et dont les résultats pourront être rendus de manière anonyme.

La prévention des conduites addictives en milieu professionnel serait d'autant plus efficace si elle incluait la prise en compte du risque psychosocial et une réflexion sur les conditions de travail (*Annexe 2. Entretien mené avec Jean-François Blanchemain*) En effet, certains métiers difficiles ou non reconnus peuvent générer un risque psychosocial et constituer un mode d'entrée dans l'addictologie. Il est donc important de s'interroger sur le pourquoi des conduites addictives: des situations professionnelles, personnelles ou familiales difficiles, peuvent favoriser ces conduites. Les personnes qui souffrent dans leur métier d'une perte d'autonomie (impliquant un travail machinal, dénué de sens), de conditions de travail pénibles (milieu bruyant, sale, etc.) ou dangereuses sont particulièrement concernées par le risque d'addiction, notamment l'alcoolodépendance. Ainsi le travail en milieu bruyant, est un facteur d'épuisement et l'épuisement psychologique est un facteur favorisant l'entrée dans l'addictologie. Ainsi, il est intéressant, notamment à travers des entretiens individuels, de rechercher avec la personne ce qui a pu l'amener vers l'addiction. La prévention peut également permettre à l'employeur de prendre conscience que l'organisation du travail peut entraîner un glissement vers la prise de drogue ou d'alcool.

- B) Privilégier la prévention primaire

La prévention primaire, qui s'adresse à toute personne avant même l'apparition d'une véritable dépendance, doit être privilégiée. En effet, laisser se développer des conduites

---

<sup>56</sup> FAUQUENOT B., « La prévention des risques professionnels », Fiche Technique A.N.P.A.A 2005

<sup>57</sup> cf. entretien mené avec Jean-François Blanchemain

addictives accroît le risque de marginalisation des personnes concernées, celles-ci ne pouvant plus être maintenues dans l'entreprise et perdant leur emploi<sup>59</sup>. Les conduites addictives étant de moins en moins tolérées dans les entreprises, il est important de les prévenir le plus tôt possible. Ainsi, les actions de prévention, qui étaient auparavant ciblées sur les personnes déjà dépendantes, devraient désormais s'adresser à tous et viser à prévenir les consommations excessives pouvant conduire à l'addictologie.

Le médecin du travail peut effectuer des tests de repérage précoce afin de déterminer, à travers un certain nombre de questions, si une personne est un consommateur excessif et risque de tomber dans l'addictologie. Cela débouche sur « l'intervention brève » : le médecin du travail alerte les personnes à risque sur le caractère excessif de leur consommation d'alcool<sup>60</sup>. Le repérage précoce et l'intervention brève constituent une action individuelle de prévention et il est particulièrement intéressant de développer cette démarche dans les petites entreprises qui disposent généralement de peu de moyens à consacrer à la prévention. L'intervention brève permet d'éviter que des personnes en arrivent au mésusage des médicaments, de l'alcool, du tabac, en leur faisant prendre conscience des risques d'une consommation excessive et en les responsabilisant. (*Annexe 8 : Alcoolisations et médecine de ville, OFDT*)

### C) Cibler les actions de prévention selon les produits et les consommateurs

Enfin, il conviendrait de mieux cibler la prévention des conduites addictives. Il existe en effet plusieurs types d'addictions, dont les caractéristiques et les effets diffèrent. Les consommateurs ne représentant pas un groupe homogène, il est de la même façon difficile de toucher un seul et même public, celui-ci pouvant avoir des réactions très diverses. Il s'agirait donc de cibler clairement la substance contre laquelle se destine la prévention, puis d'adapter le discours en fonction du public touché, jeune ou âgé, féminin ou masculin. Si globalement la structure psychologique de toutes les personnes soumises à l'addictologie est la même, c'est-à-dire qu'il y a un manque et que l'addiction consiste à combler ce manque, il est quand même important, lors d'entretiens individuels, d'arriver à cibler les populations auxquelles on s'adresse, de manière à leur faire prendre conscience, si possible, de la problématique qui a pu les amener vers cette addiction<sup>61</sup>.

---

<sup>58</sup> Le dépistage de la toxicomanie est justifié dans des cas particuliers, notamment pour les postes à risque. Cf. Circulaire n°90/13 du 9 juillet 1990

<sup>59</sup> cf. entretien mené avec Philippe Bessières.

<sup>60</sup> cf. entretiens menés avec Philippe Bessières et Alexandre Bordes.

<sup>61</sup> cf. entretien mené avec Jean-François Blanchemain

## Conclusion

Les consommations de produits psycho-actifs constituent aujourd'hui une réalité reconnue par l'ensemble des acteurs intervenant dans l'entreprise : employeurs, médecins du travail, assistants sociaux, salariés etc. Pour autant, ces consommations restent encore très mal appréhendées. Les problèmes qu'elles engendrent en terme de santé et de sécurité pour le consommateur comme pour la collectivité sont clairement recensés mais peu de choses sont effectivement mises en place pour éviter leur survenue. Les entreprises, qui se sont pourtant vues confier des fonctions élargies en matière de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé des travailleurs, évoquent en effet un manque d'information et d'outils pour y parvenir.

Ce décalage entre des phénomènes attestés et leur prise en compte au sein de l'entreprise, justifie qu'une redéfinition des actions de prévention, impliquant l'ensemble des acteurs du milieu professionnel et médical, voit le jour rapidement. Les enjeux de la prévention imposent désormais une réflexion globale sur la santé et la sécurité au travail, ce qui devrait faciliter la construction de nouveaux modèles d'action réglementaires et incitatifs mieux adaptés. La place du médecin du travail et surtout son rôle méritent une définition claire pour lever toute ambiguïté sur les actions qu'il pourrait mener en tant qu'acteur de santé publique. De même, il convient de favoriser la communication et la concertation sur les moyens de prévenir les risques liés aux conduites addictives, sur le lieu du travail mais également au sein de réseaux de prévention clairement identifiés.

Cela ne peut se faire sans un support de travail commun à l'ensemble des acteurs. Or, il apparaît que si le Plan santé au travail de la région Aquitaine s'est lancé dans une démarche volontariste et innovante d'actions en faveur de la prévention des conduites addictives, cette orientation pourtant fondamentale n'ait pas été retenue par l'ensemble des plans régionaux élaborés à ce jour. Il serait donc opportun de favoriser l'instauration de volets « addiction » dans l'ensemble des plans régionaux de santé au travail et ceci afin de mener des actions concertées en fonction d'objectifs communs.

Il convient cependant de souligner que si la prévention des conduites addictives dans le cadre professionnel demeure un thème majeur de santé publique, cette dernière doit nécessairement être associée à une prévention plus en amont avant même toute entrée dans le monde du travail.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- ARBOUCH P., TRICLIN A., *Les tabous dans l'entreprise*, Paris, Eyrolles, 2006
- CAYOL V., CORCOS M., CLEROY P., SPERANZA M., *Grossesse et consommation de drogues psycho-actives*, Annuaire de médecine interne. 2000, 151pp. Suppl.B.pp B20-B26
- DUPREZ D., KOKOREFF, *Les mondes de la drogue*, Editions Odile Jacob, Paris, 2000
- HOVNANIAN L., *Le Rapport Roques. Critiques*, C.N.I.D. Saint-Gratien
- MEZZADRI A-M, CRISTOFINI P., *Médecine du travail et santé publique : quel avenir ?*, Editions de Santé, Paris, Mars 2001
- MILDT, INPES, Ministère de la Santé et des Solidarités, *Drogues et dépendance*, Editions INPES, État des connaissances en mars 2006
- ROQUES B., *De la dangerosité des drogues*, Edition Odile Jacob, Paris, 1999
- ROSSIGNOL F., FOLLIOU D., *Handicap et médecine du travail*, Editions Masson, 1998

## REVUES

- CHABROL A., Dr. KAHN-BENSAUDE I., Dr. RIGAUD A., *La prévention et la prise en charge des addictions*, Le bulletin de l'Ordre des médecins, n°3, mars 2007
- CRESPIEN R., « L'exemple américain peut-il éclairer la diffusion des tests de dépistage des drogues dans l'espace professionnel français ? », in *Drogues et travail, le New deal ?*, Toxicobase, n°15, 3e trimestre 2004
- DANIEL T., « Troubles addictifs ; aspects conceptuels et opérationnels », in *Conduites addictives et travail, journées de l'institut national de médecine agricole*, Lille, 6 et 7 octobre 2006, Document pour le médecin du travail, n°106, 2 trimestre 2006, p.203
- FAUQUENOT B., *L'alcoolisation et la prévention dans les entreprises*, Toxicobase n°16, 4e trimestre 2004, p. 15-17
- FONTAINE A., « Drogues et travail : des enjeux politiques, économiques et personnels », in *Drogues et travail, le New deal ?*, Toxicobase, n°15, 3e trimestre 2004
- *France : drogues au travail*, Toxicoquebec, 18 janvier 2007, p.1-2
- GOURNEY M., LE NEINDRE B., « Contrôles sur le lieu de travail », in *Conduites addictives et travail, journées de l'institut national de médecine agricole*, Lille, 6 et 7 octobre 2006, Document pour le médecin du travail, n°106, 2 trimestre 2006, p.211

- HAUTEFEUILLE M., « Drogue et monde du travail : le dopage au quotidien », in *Drogues et travail, le New deal ?*, Toxicobase, n°15, 3e trimestre 2004
- INRS, *Médicaments, psychotropes et travail, traitements de substitution aux opiacés*, Document pour le médecin du travail, n°108, 4e trimestre 2006, p.441-460
- KUNZ V., MICHAUD P., TOUBAL S., LOBBAN G., DEMORTIERE G., *Risque alcool et santé au travail, Etude de repérage et d'intervention auprès de 2060 salariés*, Evolutions n°1, avril 2006, 4pp
- KUNZ V., MICHAUD P., TOUBAL S., LOBBAN G., DEMORTIERE G., *Risque alcool et santé au travail, Repérage systématique à l'aide de l'AUDIT (étude EIST-f)*, Alcoologie et addictologie, décembre 2006, p.317-326
- LEGLEYE S., BECK F., « Différenciation des usages de produits psycho-actifs au sein de la population active en France », in *Drogues et travail, le New deal ?*, Toxicobase, n°15, 3e trimestre 2004
- MAXENCE J-L., TRARIEUX R., *Toxicomanies et milieu du travail : la prévention des drogues en entreprise*, Toxicobase, 1998, 11pp
- TRICHARD A., « Mise au point en addictologie : terminologie, nouveaux usages », in *Conduites addictives et travail, journées de l'institut national de médecine agricole*, Lille, 6 et 7 octobre 2006, Document pour le médecin du travail, n°106, 2 trimestre 2006, p.204
- VERKINDT P.Y., « Conduites addictives au travail : la responsabilité des entreprises et de l'individu », in *Conduites addictives et travail, journées de l'institut national de médecine agricole*, Lille, 6 et 7 octobre 2006, Document pour le médecin du travail, n°106, 2 trimestre 2006, p.204

## **ARTICLES DE JOURNAUX**

- DARNE R., *La ville de Paris préconise un dépistage de l'usage du cannabis*, L'Humanité, 3 février 1994
- PARQUET P-J., *L'interdiction du tabac s'inscrit dans une logique citoyenne*, Le Monde, 27 janvier 2007

## **RAPPORTS, ETUDES et DOCUMENTS DE TRAVAIL**

- ANPAA, *Nouveaux services de santé au travail et Intervenants en prévention des risques professionnels*, avril 2005, 4pp
- ANPAA, *Prévention des risques professionnels dans les entreprises, fiche technique anpaa*, 2005, 10pp
- Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, *La prévention des conduites addictives*, Mai 2006, 13pp

- DDASS de l'Aisne, *Plan départemental de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2008*, Février 2007, 134pp
- Etats généraux de l'alcool (consommation, mode de vie et santé), *Fiche thématique « Alcool et travail »*, <http://www.etatsgenerauxalcool.fr/enjeux-sanitaires-et-sociaux/alcool-et-travail.php>, 2006
- FONTAINE B., *Conduites addictives et travail, l'essentiel à savoir*, Groupe régional des conduites addictives et travail, 284pp
- FRAYSSE D., KUNZ V., TUMERELLE D., *Substances addictives et travail, Aide à la décision*, octobre 2006, 79pp
- GAGEY M., *Entreprises et alcool, Institut national de médecine agricole*, Tours
- Groupe de travail sur le plan régional de santé en Aquitaine, *Cadre de formalisation pour les fiches thématiques : prévention des conduites addictives en milieu professionnel*, 2007, 33pp
- Groupe régional toxicomanie et travail, *Etude de la prévalence de la consommation de produits altérant la vigilance chez des transporteurs routiers dans la région du Nord-Pas-de-Calais*, Institut de santé au travail du Nord de la France, Lille, 27pp
- INPES-A.N.P.A.A., *Approche des problèmes d'addictions en entreprises : enquête auprès de DRH et de dirigeants d'entreprises*, BVA, Rapport d'avril 2006
- LARCHE-MOCHEL M., *Quelles pratiques pour le médecin du travail ? Réglementation, éthique et réflexion*, Session Conduites addictives en entreprise, Société de médecine du travail et d'ergonomie de Lyon, mai 2006
- LEPINE J-P., MOREL A., PAILLE F., REYNAUD M., RIGAUD A., *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions : Un enjeu majeur de santé*, Rapport rédigé à la demande de X. BERTRAND, octobre 2006, 64pp
- MILDT, *Conduites addictives et milieu professionnel*, Rapport d'audition et relevés de conclusions, octobre 2006, 37pp
- MILDT, *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, décembre 2006
- Observatoire de la santé au travail en Aquitaine, *Conduites addictives : alcoolisme, toxicomanie, et risque professionnel en Aquitaine*, octobre 2006, 100pp

## **TEXTES REGLEMENTAIRES**

- Code du travail
- Code de la route
- Code de la déontologie médicale
- Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme



- Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail
- Loi de modernisation sociale n°2002-73 du 17 janvier 2002
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*
- MILDT, *Plan national 2007-2011 de prise en charge et de préventions des addictions*, mai 2006
- Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, *Plan santé au travail 2005-2009 : Les 23 actions et les 4 objectifs*, p.17

## **SITE INTERNET**

- Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie : [www.anpaa.asso.fr](http://www.anpaa.asso.fr)
- Etats généraux de l'alcool: [www.etatsgenerauxalcool.fr](http://www.etatsgenerauxalcool.fr)
- Institut national de prévention et d'éducation : [www.inpes.sante.gouv.fr](http://www.inpes.sante.gouv.fr)
- Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie : [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)
- Ministère de la santé et des solidarités : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement : [www.travail.gouv.fr](http://www.travail.gouv.fr)