

Alcool et travail

AUTEUR :

P. Hache, département Études et assistance médicales, INRS

EN RÉSUMÉ

En France, la consommation de boissons alcoolisées est l'une des pratiques addictives la plus répandue dans la population générale et chez les travailleurs. Pourtant, il semble exister un tabou sur ce sujet, alors que cette substance psychoactive peut être responsable de problèmes de santé et/ou d'accidents. Cet article fournit aux acteurs de santé au travail différentes données permettant de comprendre la consommation d'alcool, de l'évaluer et de proposer des mesures de prévention, tant sur le plan collectif qu'individuel.

MOTS CLÉS

Alcoolisme / addiction / substance psychoactive / toxicomanie / questionnaire



© K. Białasiewicz/123RF Banque d'images

ALCOOL : GÉNÉRALITÉS

Aux côtés du tabac, l'alcool est une des 2 substances psychoactives les plus consommées en France [1] (tableau I page suivante). La synthèse de plusieurs enquêtes, dont celle du *Baromètre santé 2014*, montre que 42,8 millions d'habitants consomment au moins une fois par an de l'alcool [1]. Parmi eux, 4,6 millions en consomment tous les jours (15 % des hommes, 5 % des femmes). Au sein des adultes âgés de 18 à 75 ans, 17 % ont connu un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante – au moins 6 verres en une seule occasion – au cours du mois écoulé. Cette donnée est stable par rapport à 2010. Enfin, 8 % des personnes sont des consommateurs à risque, qu'ils soient dépendants à l'alcool ou non.

L'éthanol, couramment appelée alcool, est rapidement absorbée par voie orale et par voie respiratoire. L'absorption cutanée est très faible, de l'ordre de 1 % [2]. La vitesse d'absorption varie en fonction des individus, du genre, de la vitesse d'ingestion, de la concentration de la solution ingérée, mais aussi de la prise concomitante ou non de nourriture. Une expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) [3] rapporte une étude de Lands (figure 1 page suivante) montrant que la présence d'aliments dans l'estomac réduit le pic plasmatique d'éthanolémie, mais n'influe pas la vitesse d'élimination.

L'éthanol se diffuse presque uniformément dans tout l'organisme en raison de son caractère hydrophile. Sa distribution est très rapide dans

➤ **TABLEAU I : ESTIMATION DU NOMBRE DE CONSOMMATEURS (EN MILLION) DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE PARMIS LES 11 – 75 ANS (d'après [1])**

	CANNABIS	COCAÏNE	ECTASY	HÉROÏNE	ALCOOL	TABAC	MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES
Expérimentateurs*	17	2,2	1,7	0,6	46,9	38,2	16
Dont usagers dans l'année**	4,6	0,45	0,4	–	42,8	16,0	11
Dont usagers réguliers***	1,4	–	–	–	8,7	13,3	–
Dont usagers quotidiens****	0,7	–	–	–	4,6	13,3	–

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

** Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année

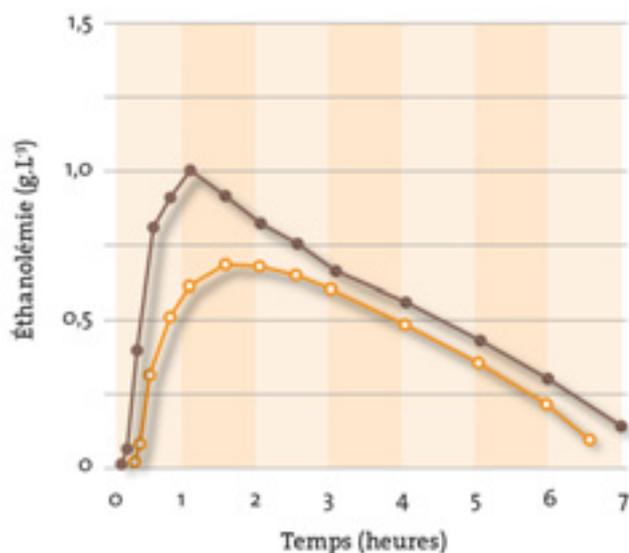
*** Usage régulier : au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien et au moins 10 consommations de cannabis au cours du mois

**** Usage quotidien : au moins une fois par jour

↓ **Figure 1**

Pharmacocinétique d'absorption de l'éthanol à jeun ou après un repas (d'après [3]. Valeurs obtenues chez un homme ayant consommé 0,80 g d'alcool/kg de poids corporel avant (●) ou après (●) le petit déjeuner.

Source : INSERM



les organes richement vascularisés comme le cerveau, les poumons et le foie. L'éthanol franchit également la barrière placentaire.

L'élimination de cette substance psychoactive est de l'ordre de 0,15 g.l⁻¹ par heure, ce qui correspond à 7 g d'éthanol par heure [3]. Il faut donc environ 1h30 pour éli-

miner un verre standard de 10 g d'alcool.

L'intoxication éthylique aiguë comprend différents symptômes en fonction du taux d'alcoolémie. L'euphorie initiale et la prise de risque font ensuite place à une phase d'incoordination (ataxie, somnolence, confusion, nausées,

modification de l'acuité visuelle...). Lorsque le taux sanguin d'alcool est très élevé, classiquement supérieur à 3 g.l⁻¹, un coma apparaît [4]. En matière d'accidentologie routière, le sur-risque d'être responsable d'un accident mortel lors de la conduite avec une alcoolémie non nulle est de 8,5 [5]. Lors de la conduite sous l'influence du cannabis, ce sur-risque est de 1,8.

La mortalité liée à cette substance psychoactive s'élève à 49 000 décès par an [6] : environ 30 % par cancers, 25 % par maladies cardiovasculaires, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladies digestives et 11 % pour d'autres causes. Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé l'éthanol présent dans les boissons alcoolisées comme agent cancérogène pour l'Homme (groupe 1) [7].

P. Kopp a évalué le coût social des drogues en France [8], en prenant en compte le coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) et le coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes

des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac). Les résultats de ce travail montrent que, pour l'année 2010, le coût social de l'alcool est supérieur à 120 milliards d'euros.

ALCOOL ET PRATIQUES ADDICTIVES

USAGE, ABUS, DÉPENDANCE OU TROUBLE ?

Dans le concept des pratiques addictives, l'**usage** est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages [9]. Bien que non pathologique, cet usage n'est pas exempt de complications à moyen ou long terme.

Il existe plusieurs classifications de l'« alcoolisme » dont certaines évoluent avec les connaissances médicales. C'est notamment le cas dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, appelé couramment DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), de l'*American Psychiatric Association*.

La version IV du DSM, dit DSM IV, a été utilisée pendant 20 ans, jusqu'en 2014. Elle distinguait 2 types de consommation pathologique d'alcool qui peuvent être, de manière simplifiée, définies ainsi :

- l'**abus** (ou mésusage) : consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs, sociaux ou judiciaires, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société ;

- la **dépendance** : présence d'au moins 3 manifestations parmi les 7 suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- désir persistant accompagné d'efforts infructueux pour réduire

la consommation ou s'abstenir ;

- perte de contrôle ;

- temps passé à chercher, consommer de l'alcool, ou à récupérer des effets de l'alcool ;

- tolérance ;

- syndrome de sevrage ;

- abandon des activités (loisirs, travail, famille) au profit des seules préoccupations liées à l'alcool ;

- poursuite de l'alcoolisation malgré la connaissance de conséquences physiques ou psychiques.

La validation du DSM 5 s'est traduite par le remplacement de la distinction abus/dépendance, au profit d'un continuum de degré de sévérité appelé « trouble de l'usage d'une substance » (**tableau II**) [10]. Ce nouveau diagnostic reprend l'ensemble des anciens critères de définition de l'abus et de la dépendance, avec 2 exceptions :

- le critère « problèmes judiciaires », présent dans la définition de l'abus (DSM IV), a été supprimé ;

- le critère « *craving* » a été ajouté. Ce dernier correspond à un état temporaire où le patient présente

un désir intense de (re)consommer.

Au total, 11 critères sont utilisés dorénavant pour définir le trouble de l'usage de l'alcool. Le diagnostic est posé lorsque le patient en présente au moins 2 sur une période minimale d'un an. Ce trouble regroupe 3 niveaux de sévérité : faible (2 ou 3 critères), modéré (4 ou 5), sévère (à partir de 6 critères).

Un autre moyen de diagnostic est la *Classification internationale des maladies*, produite par l'OMS. La 10^e révision de la *Classification internationale des maladies*, dite CIM-10, comporte un chapitre « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » accessible par internet [11]. Actuellement, cette classification conserve la distinction entre 2 troubles :

- utilisation nocive pour la santé (ou abus) : mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent

➤ TABLEAU II : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DSM 5 – TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL (d'après [10])

CRITÈRES	INTERPRÉTATION
Désir persistant	2 ou 3 critères : trouble faible
Perte de contrôle	
Temps passé	
Tolérance	4 ou 5 critères : trouble modéré
Syndrome de sevrage	
Abandon des activités	6 critères ou plus : trouble sévère
Poursuite malgré les conséquences physiques et psychologiques	
Incapacité à remplir les obligations majeures	
Situations dangereuses	
Utilisation répétée malgré les problèmes sociaux	
<i>Craving</i>	

être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool) ;

- syndrome de dépendance : ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique. Le syndrome de dépendance peut concerner une substance psychoactive spécifique (par exemple le tabac, l'alcool ou le diazépam), une catégorie de substances (par exemple les substances opiacées), ou un ensemble plus vaste de substances psychoactives pharmacologiquement différentes. Il est à noter que la 11^e version de la CIM est en cours d'élaboration. Il est prévu que le nouveau document soit présenté en 2018.

La Société française d'alcoologie (SFA), quant à elle, distingue 5 catégories d'usage de l'alcool [12] :

- le non-usage ;
- l'usage simple (ou à faible risque) : consommation asymptotique et inférieure aux seuils recommandés en France (21 verres par semaine pour les hommes, 14 pour les femmes, 4 verres par occasion de boire) ;
- le mésusage, qui comprend 3 catégories :
 - l'usage à risque : consommation

pouvant entraîner à plus ou moins long terme des dommages. Ce risque est considéré de 2 manières : 1) risque différé et cumulatif lorsque la consommation est au-delà des seuils cités plus haut ; 2) risque immédiat puisque la consommation peut être nocive en cas de conduite de véhicule, de travail sur un poste de sécurité, d'association à d'autres substances psychoactives, de pathologie associée, de modification de la tolérance, de situations particulières : grossesse, dette de sommeil...

- usage nocif,
- usage avec dépendance (cf. *classifications DSM et CIM*).

Au total, plusieurs classifications co-existent, dont certaines sont proches, notamment pour les définitions de l'usage nocif et de la dépendance. Il est donc conseillé, lors des échanges entre praticiens de santé, de s'accorder sur la classification utilisée, tout en gardant à l'esprit l'évolution du DSM 5.

BASES DU TRAITEMENT : OBJECTIF ABSTINENCE ?

Historiquement, les objectifs à long terme du traitement étaient :

- l'abstinence ;
- la prévention des rechutes ;
- la réinsertion professionnelle ;
- l'amélioration de la qualité de vie.

Depuis quelques années, la réduction de la consommation est considérée comme une approche thérapeutique possible, complémentaire de l'abstinence [13].

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

En 2014, la SFA (Société française d'alcoologie), l'ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) et l'EUFAS (*European federation of addiction societies*) ont publié des recommandations de bonne pratique intitulée « *Mésusage de l'alcool : dé-*

pistage, diagnostic et traitement » [12]. Ci-dessous est présentée une sélection de données, issue de ces recommandations, pouvant être utile aux membres des équipes pluridisciplinaires de santé au travail.

L'abord de la consommation d'alcool avec un patient doit préférentiellement s'effectuer de manière ouverte, en évitant d'emblée les questions fermées qui limitent les informations spontanément fournies par le sujet (accord d'expert). Au cours de cette discussion, les éléments à rechercher en priorité sont ceux repris par les trois questions de l'AUDIT-C (cf. p. 40). En cas de repérage d'un mésusage, celui-ci doit être consigné dans le dossier médical du patient. De même, il est nécessaire de rechercher les comorbidités addictologiques, somatiques, cognitives, psychiatriques et sociales du mésusage.

Les principes généraux de l'intervention thérapeutique reposent sur l'établissement d'une relation de confiance avec le patient, permettant de définir en commun les objectifs du traitement, ainsi que la participation de l'entourage à la prise en charge.

Il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet (abstinence ou réduction de la consommation) (grade B). L'abstinence est l'objectif de consommation le plus sûr pour la plupart des personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool, et pour celles ayant un mésusage de l'alcool associé à une comorbidité physique ou psychiatrique significative (par exemple une dépression ou une maladie du foie liée à l'alcool) (accord d'expert). Si elles ne souhaitent pas s'engager vers l'abstinence, il faut envisager un programme orienté et un accompagnement vers la réduction des dommages (accord d'expert). Pour

les sujets avec une consommation nocive ou une dépendance peu sévère, sans comorbidité significative, et si le soutien social est adéquat, il faut envisager l'objectif de réduction de la consommation, à moins qu'ils ne préfèrent l'abstinence ou qu'il y ait d'autres raisons de recommander l'abstinence (accord d'expert).

L'arsenal thérapeutique regroupe :

- **les interventions psychosociales** où les interventions brèves, les entretiens motivationnels et les thérapies cognitivo-comportementales bénéficient d'un niveau de preuve satisfaisant :

- les interventions brèves consistent à évaluer la consommation d'alcool afin de repérer un mésusage, informer le sujet des risques encourus et définir le niveau de consommation adéquat, stimuler la motivation du sujet pour changer son comportement de consommation. Elles sont efficaces chez les personnes ayant un usage à risque ou un usage nocif pour réduire leur consommation à un niveau de faible risque (grade A). Un exemple de contenu de l'intervention brève est donnée dans l'**encadré 1** ;

- l'entretien motivationnel est un style d'intervention directive, centrée sur le patient et fondée sur l'exploration et la résolution de l'ambivalence, visant à faciliter le changement de comportement. L'entretien motivationnel a un style empathique, fondé sur une écoute non jugeante, caractérisé par une acceptation inconditionnelle de la situation, à la fois du point de vue du patient et de son propre point de vue. L'entretien motivationnel est à adopter par les professionnels spécialisés dans le traitement du mésusage de l'alcool ;

- **les interventions pharmacologiques** doivent s'envisager en asso-

↓ Encadré 1

> EXEMPLE DE CONTENU DE L'INTERVENTION BRÈVE (d'après [14])

- Restituer le score du questionnaire et sa signification
- Informer sur le verre standard
- Informer sur le risque alcool
- Demander au patient les bénéfices qu'il pourrait tirer d'une baisse de sa consommation
- Résumer la première phrase de l'entretien
- Proposer des objectifs et poser une question-clé
- Décrire le menu des méthodes existantes pour réduire sa consommation
- Proposer une brochure de l'INPES : « *Alcool - Pour faire le point* » ou « *Alcool - Pour réduire sa consommation* »
- Proposer un rendez-vous d'évaluation

L'intervention décrite ci-dessus dure environ 10 minutes.

ciation avec une intervention psychosociale :

- les benzodiazépines restent le traitement médical de première intention du syndrome de sevrage alcoolique (grade A), en privilégiant les molécules à demi-vie longue (accord d'expert) ;

- l'acamprosate et la naltrexone visent à réduire le *craving* et sont proposés en première intention pour une durée respective de 12 et 3 mois (niveau de preuve 1) ou tant qu'il existe un bénéfice (accord d'expert) ;

- le nalméfène est le premier médicament autorisé dans la réduction de consommation (niveau de preuve 1, grade A). Il doit être associé à un accompagnement psychosocial adapté ;

- le baclofène (niveau de preuve 4, grade C) et le gamma-hydroxybutyrate (GHB) (niveau de preuve 1, grade B) sont des médicaments gabaergiques en cours d'évaluation dans le maintien de l'abstinence. Le baclofène est aussi étudié dans la réduction de la consommation (niveau de preuve 4, grade C). Il est l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation, avec déclaration et suivi en ligne des patients ;

- **le traitement des comorbidités** (autres addictions, comorbidités psychiatriques et/ou somatiques) doit être mis en œuvre ;

- **le sevrage** : lorsque celui-ci est décidé, sa réalisation en milieu ambulatoire est à privilégier. Les indications du sevrage en milieu résidentiel sont : *delirium* ou crises comitiales au moment de l'évaluation ; antécédent de *delirium* ou de crises comitiales ; consommation associée de substances psychoactives à doses élevées, notamment prises quotidiennes, anciennes et à fortes doses de benzodiazépines (accord d'expert). Certaines circonstances doivent également faire envisager au cas par cas un traitement en résidentiel : importance du syndrome de sevrage, échec de sevrages ambulatoires itératifs, comorbidité sévère ou instable, fragilité liée à l'âge, demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire, grossesse (accord d'expert) ;

- **la prévention de la rechute** correspond à la phase thérapeutique faisant suite au sevrage. La rechute après un sevrage était anciennement définie par la reprise du pre-

mier verre. Maintenant, la rechute est définie par la reprise de fortes consommations ;

- **les ateliers thérapeutiques** à médiation corporelle, d'expression et de créativité, et les activités sociothérapeutiques sont souvent considérés comme efficaces chez les patients souffrant d'un mésusage sévère d'alcool ;

- **les associations d'entraide** : la participation régulière à des associations d'entraide peut améliorer le pronostic addictologique de certains patients (grade C).

STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

En dehors du médecin généraliste, plusieurs structures de prise en charge existent.

Les structures hospitalières comportent 3 niveaux : de proximité (consultation hospitalière d'addictologie sans hébergement), de recours (services d'hospitalisation bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge spécifiques) et de référence (pôles hospitalo-universitaires d'addictologie).

Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) accueillent gratuitement toutes les personnes souffrant d'une addiction liée, ou non, aux substances psychoactives. Ils assurent l'anonymat du patient qui le demande. La prise en charge dans les CSAPA est à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative. L'entourage du patient peut également être reçu dans ces centres, de même que toute personne qui se pose des questions sur sa propre consommation.

En 2010, selon un Focus de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) [15], 268 000 personnes ont été reçues dans les

419 CSAPA répartis sur toute la France. Parmi ces sujets, 38 % ont un emploi.

Les adresses de ces structures sont notamment disponibles sur les sites **Drogues info service** (www.drogues-info-service.fr) et **Alcool info service** (www.alcool-info-service.fr).

LES DONNÉES EN MILIEU DE TRAVAIL

Orset et al. ont publié, en 2004, les résultats d'une enquête sur un échantillon randomisé de salariés de la Loire [16]. Mille quatre cent six hommes et femmes ont répondu à un questionnaire portant sur leurs consommations d'alcool, de cannabis, de médicaments psychotropes (antidépresseurs, hypnotiques ou anxiolytiques) et d'antalgiques. Les hommes représentent 56 % de cette population où l'âge moyen est de 37,1 ans (médiane : 37 ans). Les principales branches professionnelles représentées sont la gestion et l'administration (15,6 %), le tourisme et les transports (12,6 %), le service au particulier (10,9 %) et le BTP (10,2 %). Au sein de cette population, 81,6 % des salariés ont un usage de l'alcool, dont 8 % présentent une consommation à risque. La consommation de cannabis au cours de l'année écoulée concerne 10,2 % des travailleurs ayant répondu ; 25,9 % d'entre eux sont à risque de dépendance. Les médicaments psychotropes ont été consommés par 16,6 % des personnes dont 18,5 % sont à risque de dépendance.

Le *Baromètre santé 2010* [17] de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a interrogé 27 653 personnes âgées de 15 à 85 ans, dont 14 835 actifs

ayant un emploi. La taille de cet échantillon a permis d'analyser la consommation de différentes substances psychoactives (alcool, tabac, cocaïne, ecstasy et amphétamines) dans certains domaines d'activité professionnelles [17]. Il apparaît que tous les secteurs sont concernés par l'alcool avec, pour certains, une part plus importante d'usagers de substances psychoactives. Ainsi, l'usage quotidien d'alcool ou les consommations ponctuelles importantes (6 verres ou plus lors d'une même occasion) sont particulièrement fréquents dans les secteurs de l'agriculture et de la pêche (16,6 % d'usage quotidien contre 7,7 % parmi l'ensemble des actifs âgés de 16 à 64 ans) et de la construction (13,4 % d'usage quotidien). Ces secteurs sont également particulièrement touchés par les consommations ponctuelles importantes mensuelles (30,7 % dans le secteur de l'agriculture et de la pêche et 32,7 % dans le secteur de la construction, contre 19,2 % parmi l'ensemble des actifs), ainsi que les secteurs de l'industrie (26,2 %), de l'hébergement et de la restauration (26,9 %) (tableau III).

De plus, cette enquête de l'INPES rapporte que 16,4 % des actifs occupés (18,9 % des hommes et 10,3 % des femmes) ont consommé de l'alcool sur le lieu de travail (hors repas et pots) au moins une fois dans l'année. La consommation au moins une fois par semaine concerne 3,5 % des travailleurs [18]. L'INPES précise que les analyses par secteur d'activité sont à interpréter avec précaution, du fait du caractère fortement sexué de certains d'entre eux (par exemple le secteur de la construction compte 90 % d'hommes et la santé/action sociale 83 % de femmes) et des différences de consommation de certaines substances selon le genre. De plus, l'exercice d'une activité profession-

► **TABLEAU III : COMPARAISON DES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DES ACTIFS OCCUPÉS PARMI DIFFÉRENTS SECTEURS D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE (EN POURCENTAGE DES ACTIFS INTERROGÉS) (source INPES : *Baromètre santé 2010* [17])**

NAF*	CPI MOIS**	IVRESSE ANNÉE	TABAC QUOTIDIEN	CANNABIS ANNÉE	COCAÏNE VIE	ECSTASY AMPHÉTAMINES VIE
ENSEMBLE	19,2	21,1	33,5	6,9	3,8	3,3
Agriculture, sylviculture et pêche	30,7	24,2	31,5	6,2	2,9	2,8
Construction	32,7	33,2	43,8	13,0	5,6	3,8
Commerce	17,6	22,2	38,4	7,4	3,5	3,2
Transport, entreposage	24,2	23,0	34,3	5,0	2,7	2,5
Hébergement, restauration	26,9	27,2	44,7	12,9	9,2	7,9
Information, communication	22,6	29,5	26,8	10,7	6,9	5,5
Administration publique et défense	17,8	18,1	28,4	3,6	2,5	2,7
Enseignement	10,9	15,1	23,4	5,2	2,9	2,2
Santé humaine, action sociale	8,5	11,8	30,0	4,0	2,6	2,5
Arts, spectacle et services récréatifs	23,0	32,3	31,1	16,6	9,8	7,3
services des ménages	14,0	6,7	31,3	0,7	0,5	1,0

* NAF : nomenclature d'activités française (en 21 sections).

** CPI mois : consommation ponctuelle importante par mois : 6 verres ou plus lors d'une même occasion, au moins une fois par mois.

En violet les secteurs les plus concernés, **en bleu** les secteurs les moins concernés

nelle est un facteur de protection des conduites addictives, comparée à la situation de recherche d'emploi. Ainsi, au même titre que l'installation en couple ou la naissance du premier enfant, l'entrée dans le monde du travail semble être l'occasion d'un abandon des consommations de substances psychoactives pour une majorité des personnes consommatrices au cours de leur jeunesse. Ceci confirme le même résultat observé lors du *Baromètre santé 2005* [19].

CONSÉQUENCES

L'indicateur le plus étudié en termes de santé et sécurité au travail est l'accident du travail. En France, peu d'études existent sur la part attribuable de l'alcool sur ce type d'accident. L'INSERM a publié en 2003 une expertise collective sur les dommages sociaux de l'alcool [20]. Les auteurs soulignent que les études précises concernant l'implication de l'alcool dans les accidents du travail

font défaut. Ce travail rapporte que, selon l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), « *l'alcool serait directement responsable de 10 à 20 % des accidents du travail* ». Les auteurs de cette expertise collective rapportent également que la SNCF estime que « *l'alcool est présent dans 20 % des 13 500 accidents du travail qui surviennent chaque année, bien qu'il ait été constaté que la plupart des accidents concernaient des agents non dépendants à l'alcool* ».

L'enquête du *Baromètre santé 2010* a également porté sur les accidents du travail parmi les actifs occupés [21]. Les influences de la consommation de substances psychoactives et de la présence de troubles du sommeil ont été testées, mais ne se sont pas révélées significativement associées à la survenue d'un accident du travail. Le projet SAM (Stupéfiants et accidents mortels) a étudié la part attribuable à l'alcool dans les acci-

dents routiers mortels [5]. Dans le domaine professionnel, ceux-ci constituent la première cause d'accident mortel du travail. De 2001 à 2003, 10 748 conducteurs impliqués dans 7 458 accidents routiers mortels ont bénéficié de dosages biologiques à la recherche d'alcool ou de cannabis. Au sein de cette population, 1 845 conducteurs sont accidentés au travail. Parmi eux, 4,2 % présentent un taux d'alcoolémie supérieure au seuil légal de 0,5 g.l⁻¹. À titre de comparaison, lors des déplacements privés, ce taux est de 27,4 %. Les auteurs concluent que la conduite professionnelle sous l'emprise d'alcool augmente le risque d'être responsable d'un accident mortel par 8,5, ce qui est comparable à la conduite dans un cadre privé. Pour le cannabis, ce risque est multiplié par 1,8. Dans ce contexte de données incomplètes ou imprécises, hormis le contexte routier, le Plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addic-

tives [22] a prévu, entre autres, d'améliorer la connaissance des effets de la consommation de drogues et d'alcool sur la sécurité et la santé au travail ainsi que sur les relations de travail.

LIENS ENTRE CONSOMMATION ET TRAVAIL

Les pratiques addictives en milieu de travail ont 3 origines principales [23] :

- **L'importation** : consommation de la vie privée débordant sur le travail ;
- **L'acquisition** : consommation à l'occasion des pots d'entreprise, des repas d'affaires, et inscrites dans la culture du métier, facilitant initialement le lien social et la production ;
- **L'adaptation** : stratégie pour tenir au travail.

Le *Baromètre santé 2010* [17] rapporte que 9,3 % des consommateurs d'alcool et 13,2 % des consommateurs de cannabis, déclarent avoir augmenté leurs consommations du fait de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours des 12 derniers mois.

L'expertise collective de l'INSERM relative aux dommages sociaux de l'alcool [20] rapporte les résultats de différentes études sur les circonstances favorisant la consommation d'alcool. Parmi elles, peuvent être citées : le stress, les exigences liées aux postes de sécurité, certains rythmes de travail dont le travail posté, les habitudes de consommation dans l'entreprise (la non-consommation peut parfois être une cause d'exclusion), les repas d'affaire.

La cohorte GAZEL [20] a permis d'étudier pendant plus de 20 ans les modes de vie et les problèmes de santé de 20 000 agents d'EDF-GDF. De 1989 à 1992, les consommations

de boissons alcoolisées ont été colligées. Il en ressort que certaines contraintes de travail augmentent la consommation d'alcool. C'est le cas, entre autres :

- du travail en plein air plus de la moitié du temps de travail (OR = 1,32 ; IC 95 % : [1,18-1,48]) ;
- des postures pénibles (OR = 1,28 ; IC 95 % : [1,11-1,48]) ;
- du port de charges lourdes (OR = 1,22 ; IC 95 % : [1,06-1,40]) ;
- des déplacements longs, fatigants ou rapides (OR = 1,23 ; IC 95 % : [1,11-1,36])
- de l'exposition aux secousses et vibrations (OR = 1,29 ; IC 95 % : [1,10-1,52]).

Au-delà des secteurs d'activité, des différences de consommation existent suivant les catégories socioprofessionnelles. Les données de la cohorte NutriNet-Santé ont permis d'analyser la consommation d'alcool chez 29 566 volontaires [24]. Chez les femmes, la consommation augmente chez les cadres, les artisans, commerçantes, chefs d'entreprise ; elle est moins élevée chez les professions intermédiaires et employées. Chez les hommes, la consommation d'alcool est plus élevée chez les cadres que chez les professions intermédiaires, employés et ouvriers. Enfin, quel que soit le genre, la consommation d'alcool augmente avec le revenu.

Orset et al. montrent, dans leur étude sur 1 406 travailleurs, que le statut d'intérimaire favorise la consommation d'alcool et/ou de cannabis [16]. En effet, pour les auteurs, le risque de dépendance pour un intérimaire est multiplié par 1,3 par rapport aux salariés disposant d'un autre type de contrat de travail.

Enfin, Le Gal, au travers d'une enquête auprès de 1 153 apprentis, a montré que les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis

sont augmentées par rapport aux autres personnes du même âge [25].

Il est intéressant de connaître le ressenti vis-à-vis du travail de salariés dépendants à l'alcool. Dans ce cadre, Prévost et Dally ont mené une enquête sur un échantillon de 50 salariés hospitalisés pour sevrage alcoolique [26]. Chez ce type de patient, la consommation de cette substance psychoactive peut être vécue comme source de stress en raison de ses effets physiologiques (état d'ébriété, crises convulsives, syndrome de sevrage) et psychologiques à long terme (anxiogène et dépressogène), mais aussi par ses conséquences au niveau social (perte d'emploi, isolement, mauvaises relations au travail).

Les 36 hommes de l'échantillon étudié présentent une moyenne d'âge de 45,5 ans et une durée d'alcoolisation moyenne de 15 ans. Quarante-sept pour cent d'entre eux considèrent que leur usage d'alcool est lié au travail. Les 14 femmes de l'enquête ont une moyenne d'âge de 46 ans et une durée moyenne d'alcoolisation de 13 ans. Soixante-cinq pour cent d'entre elles estiment que leur consommation d'alcool est en rapport avec le travail. Les résultats de l'étude montrent qu'un lien significatif ($p < 0,05$) entre souffrance au travail et consommation d'alcool existe chez les femmes qui présentent un niveau de stress perçu supérieur à 20 (échelle de stress de Cohen). Les auteurs estiment toutefois que ce résultat est à prendre avec précaution compte tenu de la faible taille de l'échantillon et en raison du biais de sélection. En effet, les salariés hospitalisés pour sevrage sont probablement fortement dépendants ou présentent d'importantes comorbidités par rapport aux autres consommateurs. De plus,



© P. Marcinski/123RF Banque d'images

les auteurs rapportent que l'interaction entre souffrance au travail, stress et consommation d'alcool dépendrait du type de souffrance (harcèlement, *burnout*, surcharge, horaires décalés), du contexte, de l'entourage (présent, soutenant ou non, absent), de la personnalité et des stratégies utilisées pour faire face aux envies de consommer (*coping*).

QUEL RÔLE POUR LE SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL ?

L'article L. 4622-2 du Code du travail énonce les missions des services de santé au travail. Parmi ces dernières, il convient de citer :

- le rôle de conseiller auprès des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires, notamment afin de :
 - prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail,
 - prévenir ou réduire la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs,
- la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers.

Cette mission de prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail a été introduite par la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. En 2010, l'INPES, l'INRS et la Société de médecine du travail de l'Ouest-Île-de-France (SMTIOF) ont réalisé une enquête auprès de 750 médecins du travail afin de connaître leur approche des conduites addictives au travail [14]. Les résultats montrent que, dans l'année précédant l'étude, 92 % des praticiens interrogés ont été contactés par un directeur des ressources humaines pour un problème d'alcool chez un salarié. De même, 40 % des médecins du travail déclarent avoir été sollicités par un représentant du personnel.

ACTIONS À VISÉE COLLECTIVE

CONSEILLER SUR LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL... ET DES AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

L'article R. 4228-20 du Code du travail dispose qu'aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur

le lieu de travail. Ce même article dispose également que, si cette consommation d'alcool est susceptible de porter atteinte à la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur prévoit dans le règlement intérieur, ou à défaut par note de service, les mesures permettant de protéger la santé et la sécurité des salariés et de prévenir tout risque d'accident. Celles-ci peuvent être de limiter, voire d'interdire, cette consommation et sont proportionnées au but recherché.

L'employeur peut prendre conseil auprès du service de santé au travail afin de l'aider à évaluer l'atteinte à la sécurité et à la santé physique et mentale liée à la consommation de boissons alcoolisées. En effet, les membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail peuvent fournir des données issues des études des postes de travail, des données scientifiques publiées et/ou de la synthèse anonyme des éléments recueillis lors des visites médicales et des données concernant l'analyse de l'organisation et des conditions de travail favorisant une consommation d'alcool (et d'autres substances psychoactives).

Il est toutefois conseillé que les actions de prévention ne se limitent pas aux boissons alcoolisées. En effet, plusieurs substances psychoactives sont consommées par un grand nombre de personnes en population générale et en milieu de travail. Ces comportements, occasionnels ou répétés, représentent des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. Ceci peut se traduire notamment par la survenue d'accidents du travail. Les salariés de tous les secteurs d'activité sont concernés, y compris l'encadrement et les travailleurs occupant des postes de sûreté et de sécurité.

De plus, certains facteurs liés au travail peuvent favoriser les pra-

tiques addictives (cf. plus haut). Il est donc nécessaire d'inscrire le risque lié aux pratiques addictives dans le document unique et de mettre en place une démarche de prévention [27].

La première étape de la démarche de prévention consiste à la mise en place d'un comité de pilotage représentatif de l'ensemble du personnel. Il est constitué en accord avec les acteurs de prévention de l'entreprise, est piloté par la direction et comprend au minimum des membres de l'encadrement et du service des ressources humaines, des représentants du personnel, des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et des membres du service de santé au travail. L'objectif de ce comité est d'élaborer en concertation la démarche de prévention.

Il est fortement conseillé que les membres du comité de pilotage bénéficient auparavant d'un apport de connaissances sur les conduites addictives et d'un accompagnement dans l'élaboration de la démarche de prévention. Cela permet à chacun de corriger les idées fausses et de faire tomber les tabous sur ce sujet. Le service de santé au travail peut participer à la formation des membres du comité de pilotage et/ou au choix des intervenants extérieurs.

Les actions de prévention peuvent porter sur [27] :

- l'information des salariés sur :
 - les risques, pour la santé et la sécurité, liés aux conduites addictives ;
 - la réglementation en vigueur ;
 - le règlement intérieur de l'entreprise ;
 - la procédure à suivre face à un salarié dans l'incapacité d'assurer son travail en toute sécurité (cf. paragraphe « *Troubles du comportement* ») ;

- le rôle du service de santé au travail : conseil de l'employeur, des salariés et de leurs représentants en matière de prévention de consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail ; examen médical (périodique, de reprise, de pré-reprise ou à la demande) ; adaptation du poste de travail ; orientation vers un réseau de soins ; préparation du retour du travailleur... le tout dans le respect du secret médical ;

- le rôle des services sociaux ;

- le rôle de l'encadrement : diffusion des mesures de sécurité, aide à un salarié en difficulté (orientation vers le médecin du travail ou les services sociaux, respect de la procédure à suivre face à un salarié dans l'incapacité d'assurer son travail en toute sécurité...);

- le rôle des représentants du personnel ;

- les aides possibles en dehors de l'entreprise : médecin traitant, adresses de consultations spécialisées les plus proches (CSAPA, consultation en centre hospitalier...), sites internet, numéros verts... ;

- l'encadrement des pots d'entreprise et des repas d'affaire... (cf. paragraphe « *Organisation des pots et des repas d'affaire* ») ;

- la prévention des facteurs pouvant favoriser la consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives : travail en plein air, port de charges lourdes, exposition aux secousses et vibrations, risques psychosociaux (dont stress)... (cf. paragraphe « *Liens entre consommation et travail* ») ;

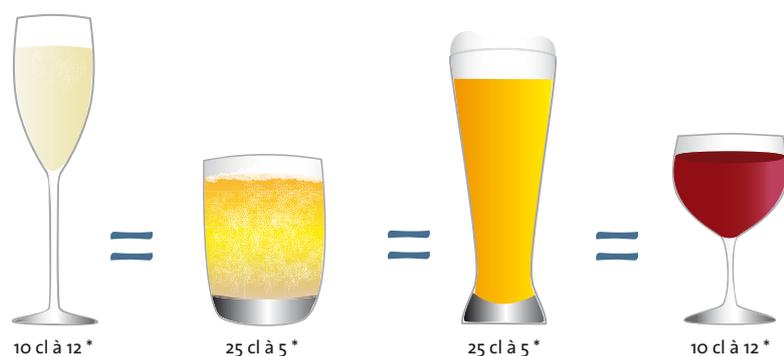
- la définition de signaux et indicateurs d'alerte et de suivi, afin de déceler une situation nécessitant d'intervenir et/ou d'évaluer l'impact de la démarche mise en œuvre. Il n'existe pas d'indicateurs ou de signaux universels spécifiques aux conduites addictives, cependant peuvent être cités : l'ab-

sentéisme répété de courte durée, les retards fréquents, la diminution de la qualité du travail et/ou de la productivité... Le médecin du travail peut communiquer, dans le respect du secret médical, des statistiques relatives aux consommations de substances psychoactives. Les travailleurs sociaux peuvent également fournir des indicateurs.

CONSEILLER SUR L'ORGANISATION DES POTS ET DES REPAS D'AFFAIRE

Dans l'hypothèse où l'employeur autorise la consommation de boissons alcoolisées lors des pots et/ou des repas d'affaire, il importe de mettre en place des mesures de prévention qui tiennent compte, entre autres, de la pharmacocinétique de l'éthanol [3]. De manière non exhaustive, il est conseillé de :

- prévoir un délai suffisant avant la reprise d'une activité dangereuse. Pour mémoire : un verre d'alcool fait augmenter l'alcoolémie de 0,2 à 0,25 g.l⁻¹ environ ; l'organisme met environ 1 h 30 pour l'éliminer ;
- rappeler les risques pour la santé et la sécurité liés à la consommation d'alcool, ainsi que les aides existantes au sein et à l'extérieur de l'entreprise ;
- rappeler qu'il ne faut pas insister face à un travailleur qui ne souhaite pas boire d'alcool ;
- limiter les quantités de boissons alcoolisées mises à disposition. S'assurer que le verre servi correspond à un verre standard d'environ 10 g d'alcool pur, soit pour une boisson à 5 ° : 25 cl, pour une boisson à 12 ° : 10 cl (figure 2).
- fournir systématiquement des boissons non alcoolisées ;
- mettre à disposition des salariés de quoi se restaurer, afin de limiter le pic d'alcoolémie ;
- mettre des éthylotests à disposition du personnel pour qu'ils



↑ **Figure 2** : Verres standard contenant 10 g d'alcool pur

puissent s'auto-évaluer de manière anonyme ;

- rappeler la procédure à suivre face à un salarié dans l'incapacité d'assurer son travail et/ou de conduire son véhicule en toute sécurité (cf. paragraphe « Conseiller sur la conduite à tenir en cas de trouble du comportement »).

Il convient toutefois de s'interroger sur la pertinence de la mise à disposition d'alcool lors de la présence d'apprentis et/ou de mineurs [28]. En effet, plus la consommation débute tôt dans la vie, plus le risque d'évoluer vers une consommation abusive ou dépendante est élevée [29]. D'autre part, l'absentéisme et les mauvais résultats scolaires concernent les élèves qui consomment régulièrement des boissons alcoolisées.

Enfin, il sera nécessaire de veiller à ce que la suppression des boissons alcoolisées ne se traduise pas par la suppression des moments de convivialité. En effet, ces derniers font partie des facteurs de prévention des risques psychosociaux.

CONSEILLER SUR LA CONDUITE À TENIR EN CAS DE TROUBLE DU COMPORTEMENT

L'employeur est responsable de l'organisation des secours dans son entreprise, conformément à l'article R. 4224-16 du Code du travail : « En l'absence d'infirmiers,

ou lorsque leur nombre ne permet pas d'assurer une présence permanente, l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades... ». Le terme « malades » couvre également les troubles du comportement.

Le médecin du travail, lorsqu'il donne son avis sur cette procédure, doit faire élargir le concept de « personne supposée en état d'ébriété » vers celui de « travailleur dans l'incapacité d'assurer son travail en toute sécurité » ou de « travailleur présentant un trouble du comportement ».

En effet, il existe plusieurs étiologies aux troubles du comportement, ces dernières pouvant être concomitantes à une intoxication éthylique aiguë. P. Hausfater a recensé les causes des états confusionnels et des états d'agitation. Parmi ces dernières, peuvent être citées [30] :

- les troubles métaboliques : hypoglycémie, hyponatrémie, hypercalcémie, insuffisance rénale... ;
- les causes neurologiques : traumatisme crânien, hématome sous-ou extra-dural, syndrome méningé, hémorragie méningée, épilepsie, accident vasculaire cérébral, tumeurs cérébrales... ;
- les intoxications : solvants organiques, monoxyde de carbone, insecticides organophosphorés,

alcool, cocaïne, cannabis, opiacés, médicaments (corticoïdes, anticholinergiques, benzodiazépines...);

- les causes cardiopulmonaires : infarctus du myocarde, hypertension artérielle maligne, oedème aigu du poumon, encéphalopathie respiratoire, embolie pulmonaire... ;

- le sevrage : alcool, benzodiazépines, anti-dépresseurs tricycliques, barbituriques ;

- les états infectieux.

Il est à noter que les forces de police réalisent chaque année 70 000 interpellations pour ivresse publique et manifeste (IPM). Un rapport publié en 2008 [31] signale la difficulté pour les policiers et gendarmes à définir l'existence d'une IPM ce qui justifie, pour les auteurs, le maintien d'une consultation médicale.

Aussi, les principes de la conduite à tenir en cas de trouble du comportement peuvent être les suivants :

- alerter l'employeur et le sauveur secouriste du travail ;
- retirer le travailleur de toute activité dangereuse ;
- demander un avis médical. Lors de la rédaction de la procédure, il conviendra de définir le praticien à contacter : médecin du travail, SAMU... ;
- suivre les prescriptions médicales. Elles peuvent porter sur les gestes de secours et/ou la surveillance à effectuer, le mode d'évacuation du travailleur vers une structure d'accueil des urgences (transport par une ambulance privée, les sapeurs-pompiers, une ambulance de réanimation ou un autre moyen), voire les modalités de l'éventuel retour du salarié à son domicile.

La réalisation, ou non de l'alcootest, peut être discutée. Toutefois, le résultat positif ou négatif de cet outil de dépistage ne modifie pas la nécessité de prendre l'avis d'un médecin.

Certaines entreprises bénéficient de la présence d'un ou plusieurs infirmier(s) conformément aux articles R. 4623-32 et 33 du Code du travail. Il est utile que le médecin du travail établisse un protocole à l'attention de ce personnel paramédical, spécifique à la prise en charge d'un salarié présentant un trouble du comportement. En effet, l'article R. 4311-14 du Code de la Santé publique dispose que « *En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.*

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. ». Ces soins infirmiers sont couverts par le secret professionnel, conformément à l'article R. 4311-1 du Code de la Santé publique.

La SFA et la Société française de médecine du travail (SFMT) ont publié, en 2013, des recommandations pour la pratique clinique intitulées « *Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel* » [32]. Les auteurs recommandent la mise en place d'une

gestion « post-crise » face à tout trouble du comportement. Celle-ci associe notamment :

- une traçabilité écrite et factuelle de l'événement, suivie de l'information du supérieur hiérarchique, de la direction des ressources humaines, du médecin du travail et de l'assistant(e) de service social ;
 - la réalisation d'une visite médicale à la demande de l'employeur, dans le cadre de l'article R. 4624-17 du Code du travail, afin de connaître l'aptitude du travailleur à reprendre son poste. Cette demande est accompagnée d'un courrier contenant des motifs écrits et argumentés. De même, l'employeur justifie sa demande face au travailleur ;
 - la préservation de l'image du salarié au sein de l'entreprise.
- Une analyse de l'événement permet de définir les actions de prévention à mettre en place.

ACTIONS À VISÉE INDIVIDUELLE

SUIVI MÉDICAL

Les différentes visites médicales (embauche, périodique, reprise...) sont l'occasion d'aborder la consommation d'alcool du travailleur, ainsi que des autres substances psychoactives. Ceci permet :

- d'évaluer le lien entre travail et conduite addictive, que ce soit à l'échelle individuelle ou au niveau collectif. Il est utile de connaître les habitudes de consommation du salarié, ainsi que son ressenti sur les modalités de consommation au sein de l'entreprise ;
- d'évaluer le niveau de consommation du travailleur et son impact en termes de santé et de sécurité ;
- de conseiller le salarié sur son usage de substances psychoactives et, si nécessaire, adapter son

poste de travail et/ou l'orienter vers une structure de soins.

En 2009, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations de bonne pratique relatives au dossier médical de santé au travail (DMST) [33]. Les « *données actualisées sur les habitus (alcool, tabac, autres addictions)* » font partie des informations à recueillir durant les examens médicaux et à colliger dans le DMST.

De même, la SFA et la SFMT recommandent d'interroger régulièrement le salarié sur l'ensemble des substances, y compris les médicaments psychotropes [32].

REPÉRAGE ET CONDUITE À TENIR

La consommation déclarée par le travailleur permet de recenser les substances psychoactives consommées, de caractériser les comportements de consommation, leurs modalités et les facteurs de vulnérabilité [32].

L'utilisation de questionnaires standardisés et validés peut faciliter l'abord de l'usage d'alcool. Ils complètent l'examen clinique et permettent de repérer le mésusage. Les outils actuellement recommandés sont [12, 32] :

- AUDIT (*Alcohol use disorders identification test*) : autoquestionnaire comportant 10 items relatifs aux 12 derniers mois (annexe 1). Il peut être rempli par le travailleur en salle d'attente. Il explore la fréquence et la quantité consommée, la dépendance et les problèmes liés à la consommation d'alcool. Un score supérieur ou égal à 6 chez la femme ou supérieur ou égal à 7 chez l'homme correspond à un mésusage probable de l'alcool. Un score supérieur ou égal à 13 est en faveur d'une alcoolodépendance ;
- AUDIT-C : version courte – 3 questions – de l'AUDIT (annexe 2). Un score supérieur ou égal à 3 chez la femme, ou supérieur ou égal à 4

chez l'homme, évoque un mésusage de l'alcool ;

- FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool) : questionnaire à utiliser en face à face comprenant 5 items (annexe 3). Un score supérieur ou égal à 4 chez la femme ou supérieur ou égal à 5 chez l'homme fait suspecter un mésusage.

Depuis 2015, l'HAS propose, pour les intervenants de premier recours, une stratégie simplifiée basée sur la consommation déclarée (nombre de verres standards par jour et par semaine, nombre de verres standards par occasion). En cas d'identification de consommation à risque, le questionnaire FACE est utilisé [34].

Cette gamme de questionnaires permet aux acteurs de santé au travail de choisir l'outil qui leur convient en fonction de leurs possibilités techniques mais aussi en fonction de leur aisance pour aborder ce sujet. Le FACE a l'avantage d'aborder la dépendance. L'AUDIT est le questionnaire le plus exhaustif.

À l'issue de cette phase de repérage, le salarié est informé de son niveau de risque.

En cas d'usage (socialement et médicalement acceptable), une information est donnée sur les risques liés à la santé et à la sécurité.

En cas de mésusage n'atteignant pas le stade de la dépendance, le travailleur bénéficie d'une intervention brève.

Cette technique de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB) a montré son efficacité en santé au travail, à travers l'étude EIST (Évaluation de l'intervention brève en santé au travail) [35, 36] publiée en 2008. Michaud P. et al. [35] ont organisé la formation de 147 médecins et 157 assistantes en santé au travail au RPIB dans le cadre de cette étude longitu-

nale randomisée contrôlée. Ces acteurs de santé au travail ont remis le questionnaire AUDIT à 33 488 salariés. Les scores de cette phase de repérage ont identifié 2 226 salariés comme ayant une consommation à risque, soit 7,1 %, tandis que 286 travailleurs (0,9 %) ont un résultat évoquant une dépendance. Parmi les salariés dits « à risque », 397 se sont vus remettre une brochure de l'INPES par l'assistante et 390 autres ont bénéficié d'une intervention brève délivrée par le médecin du travail. Une évaluation a été réalisée à un an avec, cependant, 44,7 % de perdus de vue. Sur les 435 dossiers examinés, les auteurs concluent que les effets des interventions brèves sont supérieurs à la remise d'un livret qui présente toutefois une efficacité. D'autre part, des dosages sanguins de γ GT et VGM (volume globulaire moyen) ont été réalisés au cours de cette étude. Les résultats montrent que le questionnaire AUDIT est plus sensible que ces marqueurs biologiques pour repérer les consommations dangereuses d'alcool.

Le RPIB peut être confié par le médecin du travail à un(e) infirmier(e) en santé au travail, dans le cadre d'un protocole [32].

En cas de dépendance, le travailleur bénéficie d'une information sur les risques encourus pour la santé et la sécurité. Il est dans le même temps orienté vers une structure de prise en charge addictologique, en coopération avec le médecin traitant.

En ce qui concerne l'aptitude du salarié à son poste de travail, la SFA et la SFMT recommandent « que la décision d'aptitude prononcée par le médecin du travail, suite au repérage d'un mésusage de substance psychoactive prenne en compte le niveau de risque que cette consommation induit en

milieu de travail, pour le salarié ou son entourage. Elle doit donc d'abord être guidée par la connaissance du poste de travail (en pluridisciplinarité, le cas échéant). Le maintien au poste de travail doit être privilégié. Comme pour tout autre risque, cette décision d'aptitude doit être prise en toute indépendance... » [32].

DÉPISTAGE BIOLOGIQUE

La recherche de marqueurs biologiques de la consommation d'alcool peut orienter vers une consommation excessive d'alcool pour l'organisme. Toutefois, elle ne permet pas de diagnostiquer un stade de dépendance. Ce dernier est basé sur des arguments cliniques tels ceux du DSM 5 ou de la CIM-10 (cf. chapitre « Alcool et pratiques addictives »). Le dépistage biologique peut donc être complémentaire de l'examen clinique et du repérage, mais ne les remplace pas.

Deux catégories de marqueurs biologiques peuvent être distinguées : les marqueurs directs, en rapport avec l'intoxication éthylique aiguë, et les marqueurs indirects, qui évaluent les effets chroniques de l'éthanol sur l'organisme.

L'un des marqueurs directs les plus utilisés est l'alcoolémie ou éthanolémie. Il est l'examen de référence lorsque le résultat d'un alcootest nécessite d'être vérifié.

Plusieurs marqueurs indirects peuvent être utilisés [37] :

- γ GT : la gamma-glutamyl-transférase est peu spécifique de l'intoxication éthylique chronique ;
- VGM : le volume globulaire moyen est également peu spécifique et moins sensible que la γ GT ;
- CDT : la transferrine déficiente en carbohydrate est le marqueur actuellement le plus spécifique (76 %) et le plus sensible (95 %) de

l'intoxication chronique. Son élévation apparaît majoritairement pour une consommation dépassant 60 à 80 g par jour ;

- la combinaison logarithmique de la γ GT et de la CDT a été étudiée plus récemment. Elle permet d'obtenir une sensibilité et une spécificité plus importante. L'élévation de ce marqueur se ferait à partir de 40 g d'alcool pur par jour.

Pour certaines professions soumises à des conditions d'aptitude physique, une réglementation spécifique peut prévoir un dépistage biologique de la consommation de substances psychoactives. Hormis cette situation, le médecin du travail possède une indépendance dans la prescription des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude au poste de travail (article R. 4624-25 du Code du travail). Pour le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), à travers son avis n° 114 rendu en mai 2011 [38], le dépistage médical de l'usage de produits illicites et d'alcool en milieu de travail est « *souhaitable et justifié* » pour les postes de « *sûreté et de sécurité* ». Il n'existe pas actuellement de définition réglementaire de ce type de poste. Pour le CCNE, il s'agit de postes de travail où « *une défaillance humaine, ou même un simple défaut de vigilance peut entraîner des conséquences graves pour soi-même ou pour autrui* ».

Conformément à l'article R. 4127-35 du Code de la Santé publique, le médecin du travail se doit d'informer le travailleur sur la nature du dépistage biologique prescrit et sur les conséquences qui peuvent en découler. De plus, conformément à l'article L. 1110-4 de ce même Code, le résultat de cet examen est soumis au secret médical. Face à un salarié dépisté positif à l'issue d'une recherche de subs-

tances psychoactives, la SFA et la SFMT recommandent [31] : « *... Le maintien au poste de travail doit être privilégié. La décision sera prise en fonction de l'expertise clinique, des contraintes du poste de travail et de l'environnement professionnel (étudiées en pluridisciplinarité, le cas échéant)... Comme pour tout autre risque, cette décision d'aptitude doit être prise en toute indépendance...* ».

CAS DU TRAVAILLEUR BÉNÉFICIAIRE D'UNE PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

Le rôle du médecin du travail est de faire le point avec le salarié sur l'ensemble des situations à haut risque de rechute et sur les stratégies qu'il a apprises pour faire face (*coping*), de même que pour la gestion du faux pas.

De manière générale, les situations à haut risque de rechute sont nombreuses [39] :

- situation ou condition à l'origine d'une menace pour le sentiment de contrôle du sujet ;
- colère, frustration (refus d'une promotion) ;
- conflits interpersonnels ;
- pression sociale : pots de départ ;
- état émotionnel positif : euphorie ;
- stimuli sensoriels : publicité ;
- situation où le patient veut se tester.

Aussi, la facilitation de pauses pourra, peut-être, permettre au salarié de gérer ses envies : aller boire un grand verre d'eau, faire une marche, faire un exercice de respiration abdominale ample et profonde...

Les anciens consommateurs rencontrés dans une association néphaliste racontent que la première année de reprise du travail après sevrage est la plus risquée en termes de rechute.

L'expérience vécue par ces travailleurs est enrichissante pour l'équipe

pluridisciplinaire en santé au travail. Elle permet de comprendre les mécanismes de consommation en milieu de travail et de proposer des mesures de prévention utiles à l'ensemble des salariés.

ALCOOL ET TRAVAIL : REPÈRES RÉGLEMENTAIRES

EMPLOYEUR

Le Code du travail (article L. 4121-1) met à la charge de l'employeur une obligation de sécurité définie par la jurisprudence comme une obligation de sécurité de résultat. Aussi, les conséquences des pratiques addictives (y compris les consommations occasionnelles) doivent être évaluées et prévenues :

- prise en compte dans l'évaluation des risques ;
- intégration dans le document unique ;
- mise en place de mesures de prévention adaptées.

OUTILS JURIDIQUES À DISPOSITION DE L'EMPLOYEUR

Code du travail

Le Code du travail contient plusieurs dispositions relatives à l'alcool. Parmi elles, peuvent être citées :

- article R. 4228-20 : « *Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail. Lorsque la consommation de boissons alcoolisées, dans les conditions fixées au premier alinéa, est susceptible de porter atteinte à la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur, en application de l'article L. 4121-1 du Code du travail, prévoit dans le règlement intérieur ou, à défaut, par note de service les mesures permettant de protéger la santé et la sécurité des travailleurs et de prévenir tout*

risque d'accident. Ces mesures, qui peuvent notamment prendre la forme d'une limitation voire d'une interdiction de cette consommation, doivent être proportionnées au but recherché » ;

- article R. 4228-21 : interdiction de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse ;

- article R. 3231-16 : interdiction d'attribuer des boissons alcoolisées au titre d'avantages en nature.

Code de la route

Parmi les dispositions du Code de la route, peuvent être cités :

- article R. 234-1 :

- véhicule de transport en commun : interdiction de conduire avec une alcoolémie égale ou supérieure à 0,2 gramme par litre ; pour les autres catégories de véhicules, l'alcoolémie ne doit pas être égale ou supérieure à 0,5 gramme par litre ;

- en cas de permis de conduire soumis à une période probatoire¹ : interdiction de conduire avec une alcoolémie égale ou supérieure à 0,2 gramme par litre ;

- article R. 234-6 : tout conducteur d'un véhicule obligatoirement équipé d'un éthylotest antidémarrage doit utiliser ce dispositif préalablement au démarrage du véhicule ;

- article R. 234-7 : tout conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, à l'exclusion d'un cyclomoteur, doit posséder un éthylotest, non usagé, immédiatement disponible. Cela ne s'applique pas aux véhicules disposant d'un éthylotest antidémarrage.

Règlement intérieur

Le règlement intérieur ne peut aborder que les points relatifs à l'hygiène, la sécurité et la discipline (article L. 1321-1 du Code du travail). Le règlement intérieur ne peut contenir des dispositions ap-

portant aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir.

Il peut contenir, ou non, les éléments suivants :

- mesures d'interdiction totale ou partielle de l'alcool sur le lieu de travail si les risques rencontrés sur les postes de travail le justifient.

Conformément à l'article R. 4228-20 et à l'arrêt n°349365 du Conseil d'État (12 novembre 2012), la motivation de ces mesures doit être inscrite dans le règlement intérieur ;

- mesures d'encadrement des pots d'entreprise ;

- liste des postes de sûreté et de sécurité pour lesquels un dépistage de consommation d'alcool peut être pratiqué.

Retrait du poste de travail

L'employeur, responsable de la sécurité et de la santé physique et mentale des travailleurs (article L. 4121-1), a en charge l'organisation des premiers secours aux accidentés et aux malades (article R. 4224-16 du Code du travail) au sein de son entreprise. À ce titre, il doit définir, après avis du médecin du travail, les conditions de prise en charge d'un travailleur exposé à un danger et hors d'état de se protéger. Dans ce cadre, le salarié doit être retiré de tout poste dangereux.

Examen médical à la demande de l'employeur

En dehors des examens médicaux d'embauche ou périodiques, l'employeur peut demander au médecin du travail un nouvel examen médical pour vérifier l'aptitude du travailleur (article R. 4624-17 du Code du travail).

Alcootest

L'alcootest peut être réalisé par l'employeur. Néanmoins, ce contrôle

n'est possible que s'il est prévu au règlement intérieur, que sa contestation soit possible et définie, qu'il soit justifié par la nature de la tâche à accomplir et que l'état d'ébriété présente un danger pour les personnes et les biens (Cour de cassation, Chambre sociale, 24 février 2004, n° 01-47000).

La jurisprudence retient certains postes pour lesquels l'imprégnation alcoolique peut constituer un risque pour le salarié, ses collègues ou des tiers. Ci-après est présentée une liste non exhaustive de ces postes :

- conducteur de véhicule automobile (Cour de cassation, Chambre sociale, 22 mai 2002, n° 99-45878) ;

- conducteur de poids lourds (Cour de cassation, Chambre sociale, 27 mai 1998, n° 97-41483) ;

- ouvrier cariste (Cour de cassation, Chambre sociale, 22 janvier 1997, n° 94-667) ;

- chauffeur-livreur (Cour de cassation, Chambre sociale, 6 mars 1986, n° 83-41789) ;

- conducteur de bus (Cour de cassation, Chambre sociale, 12 juin 2008, n° 07-40426) ;

- poste nécessitant la manipulation de machines dangereuses (Cour de cassation, Chambre sociale, 24 février 2004, n° 01-47000) ;

- poste nécessitant le port d'armes (Cour de cassation, Chambre sociale, 14 juin 1994, n° 92-43390) ;

- déménageur (Cour de cassation, Chambre sociale, 10 juin 1997, n° 94-42388) ;

- agent technique de chauffage (Cour de cassation, Chambre sociale, 24 février 2004, n° 01-47000).

SALARIÉS ET LEURS REPRÉSENTANTS

L'obligation de sécurité pour le salarié est prévue dans le Code du travail (article L. 4122-1). Il lui incombe « ... de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé

1. Cette période est de 3 ans après l'obtention du permis, la perte de 12 points ou l'annulation du permis. La période probatoire est réduite à 2 ans si le permis a été obtenu dans le cadre de la conduite accompagnée

ainsi que celle des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail... ».

Le manque de vigilance d'un salarié lié à une pratique addictive peut présenter des risques pour ses collègues. Par exemple, cela pourrait être le cas si le salarié dont la vigilance est manifestement altérée doit conduire un véhicule à bord duquel un collègue doit circuler. En cas de danger grave et imminent, ce dernier pourrait être fondé à mettre en œuvre son droit de retrait. En outre, il pourrait exercer son droit d'alerte (article L.4131-1 du Code du travail). Le représentant du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) peut également exercer ce droit d'alerte (article L.4131-2 du Code du travail). À noter que ces situations doivent être appréciées strictement du point de vue de la santé et de la sécurité du travail, et non au regard de la morale ou d'un jugement de valeur quelconque.

En l'absence de CHSCT, les délégués du personnel ont les mêmes missions que les membres de ce comité (articles L. 4611-2 et L. 4611-3 du Code du travail).

En dehors des examens médicaux d'embauche ou périodiques, le salarié peut demander au médecin du travail un nouvel examen médical. Cette demande ne peut motiver une sanction (article R. 4624-17 du Code du travail).

SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le service de santé au travail conseille l'employeur, les salariés et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail (article L. 4622-2 du Code du travail). Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé, ainsi que toute atteinte à la sécurité des tiers (article L. 4622-3 du Code du travail). Il est soumis au secret médical (article L. 1110-4 du Code de la Santé publique).

Le médecin du travail possède une indépendance dans la prescription des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude au poste de travail (article R. 4624-25). L'employeur ne peut donc pas lui imposer de prescrire ou de réaliser un examen de dépistage de consommation d'alcool ou de drogues. Toutefois, le médecin du travail est tenu d'examiner un salarié à la demande de l'employeur (article R. 4624-17 du Code du travail).

Les visites de reprise et de pré-reprise (articles R. 4624-21 à 23 du Code du travail) sont l'occasion de préparer le retour du salarié à son poste de travail, sans ou avec aménagement.

CONCLUSION

La consommation de boissons alcoolisées existe dans l'ensemble des secteurs d'activité, certains étant plus concernés que d'autres. L'origine de cet usage est mixte, lié à la vie privée et à certains facteurs présents au travail. Compte-tenu des conséquences de l'alcool et des autres substances psychoactives en termes de santé et de sécurité, l'inscription des risques liés à ces produits dans le document unique est indiquée. De même, une démarche de prévention est à mettre en œuvre comme pour tout autre risque.

À travers sa connaissance du milieu de travail, sa veille sanitaire et l'utilisation d'outils validés lors du suivi médical, le service de santé au travail recueille les données permettant de comprendre la consommation d'alcool au sein de l'entreprise. Associées à la formation des autres acteurs de l'entreprise, ces informations permettent de dépasser le tabou et de proposer des actions de prévention ayant pour cible l'ensemble des travailleurs.

Il est aussi utile que les acteurs de santé au travail participent à des réseaux de prise en charge addictologique. Cela permet d'apporter aux équipes d'addictologie une connaissance du monde du travail et des ressources existantes pour assurer le maintien dans l'emploi ou sa reprise (adaptation du poste de travail, visite à la demande du travailleur, visite de pré-reprise...). Les échanges entre praticiens en santé au travail et addictologues permettent aussi de connaître l'évolution des prises en charge et d'anticiper sur les nouvelles conduites addictives.



© T. Popova/123RF Banque d'images

POINTS À RETENIR

- 42 800 000 personnes consomment de l'alcool au moins une fois par an.
- Un verre standard correspond à 10 g d'alcool pur. Il faut environ 1h30 pour l'éliminer.
- 7 à 8 % des travailleurs ont un mésusage de l'alcool. Près de 1 % serait dépendant. Travailler est un facteur de protection vis-à-vis des pratiques addictives.
- En cas de mésusage d'alcool, 2 options thérapeutiques sont définies en commun avec le patient : l'abstinence ou la réduction de la consommation.
- En dehors des cas de dépendance, le repérage précoce associé à une intervention brève (RPIB) permet de réduire la consommation de boissons alcoolisées.
- Conduire sous l'emprise d'alcool augmente le risque d'être responsable d'un accident mortel par 8,5.
- Les pratiques addictives ont 3 origines qui peuvent être associées : importation (consommation de la vie privée débordant sur le travail), acquisition (pots d'entreprise, repas d'affaire...), adaptation (stratégie pour tenir au travail).
- Le service de santé au travail est le conseiller de l'employeur, des salariés et de leurs représentants en matière de prévention des consommations d'alcool et de drogue sur le lieu de travail.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | Drogues, chiffres clés. 6^e édition. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2015 (www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/6eme-edition-2015).
- 2 | BONNARD N, FALCY M, JARGOT D, PASQUIER E - Ethanol. Fiche toxicologique FT 48. Paris : INRS ; 2011 : 8 p.
- 3 | Alcool. Effets sur la santé. Expertise collective. Paris : Les Éditions INSERM ; 2001 : 358 p.
- 4 | LEJOYEUX M (Ed) - Addictologie. Collection Abrégés. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson ; 2009 : 324 p.
- 5 | Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM). Analyse épidémiologique. Observatoire des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2011 (www.ofdt.fr/publications/collections/rappports/rappports-d-etudes/rappports-detudes-ofdt-parus-en-2011/stupefiants-et-accidents-mortels-projet-sam-analyse-epidemiologique-avril-2011).
- 6 | GUERIN S, LAPLANCHE A, DUNANT A, HILL C - Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 2013 ; 23 (4) : 588-93.
- 7 | Personal habits and indoor combustions. A review of human carcinogens. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 100 E. Lyon : IARC ; 2012 : 575 p.
- 8 | Le coût social des drogues en France. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2015 (www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france).
- 9 | REYNAUD M, PARQUET PJ, LAGRUE G - Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris : La documentation française ; 1999 : 171 p.
- 10 | AUBIN HJ, AURIACOMBE M, REYNAUD M, RIGAUD A - Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. *Alcoologie Addictologie*. 2013 ; 35 (4) : 309-15.
- 11 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19). OMS, 2008 (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F10-F19>).
- 12 | Mésusage de l'alcool. Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Société Française d'Alcoologie (SFA), 2015 (www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf).
- 13 | LUQUIENS A, REYNAUD M, AUBIN HJ - Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol Alcohol*. 2011 ; 46 (5) : 586-91.
- 14 | MÉNARD C, DEMORTIÈRE G, DURAND E, VERGER P (Eds) ET AL. - Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés. Études Santé. Saint-Denis : INPES ; 2011 : 189 p.
- 15 | Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2013 (www.ofdt.fr/publications/collections/rappports/rappports-d-etudes/rappports-detudes-ofdt-parus-en-2013/les-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-en-2010-juin-2013).
- 16 | ORSET C, SARAZIN M, CABAL C - Les conduites addictives en milieu professionnel, enquêtes

- de prévalence par questionnaire chez 1406 salariés de la Loire ; étude en fonction du poste de travail. *Arch Mal Prof Environ.* 2007 ; 68 (1) : 5-19.
- 17 | Baromètre santé 2010. Des substances psychoactives plus consommées dans certains secteurs de travail. INPES, 2012 (www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/004.asp).
- 18 | PALLE C - Synthèse de la revue de la littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel. Note 2015-05. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2015 (www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpva.pdf).
- 19 | Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. INPES, 2005 (www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf).
- 20 | Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. Expertise collective. Paris : Les Éditions INSERM ; 2003 : 536 p.
- 21 | RICHARD JB, THÉLOT B, BECK F - Les accidents en France : évolution et facteurs associés. *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2013 ; 61 (3) : 205-12.
- 22 | Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2013 (www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/la-mildeca/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-2013-2017).
- 23 | Conduites addictives et milieu de travail. In : REYNAUD M (Ed) – Traité d'addictologie. Collection Traités. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2007 : 163-174, 800 p.
- 24 | TOUVIER M, DRUESNE-PECCOLLO N, GALAN P, HERCBERG S ET AL - Déterminants de la consommation de boissons alcoolisées dans l'Etude NutriNet-Santé, France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013 ; 16-17-18 : 199-204.
- 25 | LE GAL O - Les jeunes et la consommation de substances psychoactives : enquête auprès de 1153 jeunes scolarisés dans un centre de formation des apprentis. Intérêt du repérage précoce et de l'intervention brève dans la prise en charge des jeunes consommateurs en médecine générale Caen : Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Caen Basse-Normandie. Faculté de médecine ; 2011.
- 26 | PRÉVOST C, DALLY S - Enquête sur le vécu au travail chez des patients hospitalisés pour sevrage alcoolique. *Alcoologie Addictologie.* 2010 ; 32 (3) : 241-48.
- 27 | Dossier Addictions. INRS, 2015 (www.inrs.fr/risques/addictions/ce-qu-il-faut-retenir.html).
- 28 | HACHE P - Alcool et travail : comment prévenir ce risque chez les apprentis. Vos questions/nos réponses QR 84. *Réf Santé Trav.* 2013 ; 136 : 190-91.
- 29 | Adolescence et addictions. In : REYNAUD M (Ed) – Traité d'addictologie. Collection Traités. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2007 : 84-90, 800 p.
- 30 | HAUSFATER P - Le livre de l'interne : les urgences. 4^e édition. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2008 : 614 p.
- 31 | Rapport d'évaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste (IPM). Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2008 (www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000208.pdf).
- 32 | Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. Texte court des recommandations. Pratiques et métiers TM 27. *Réf Santé Trav.* 2013 ; 134 : 53-89.
- 33 | Recommandations de bonne pratique : le dossier médical en santé au travail. Haute Autorité de santé (HAS), 2009 (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_757826/fr/le-dossier-medical-en-sante-au-travail).
- 34 | Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Haute Autorité de santé (HAS), 2014 (www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf).
- 35 | KUNZ V, MICHAUD P, TOUBAL S, LOBBAN G ET AL - Risque alcool en milieu de travail : repérage systématique à l'aide de l'AUDIT (étude EIST-f). *Alcoologie Addictologie.* 2006 ; 28 (4) : 317-26.
- 36 | Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Premiers résultats de l'enquête EIST. INPES, 2008 (www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1112.pdf).
- 37 | ROYER-MORROT MJ, GALLIOT-GUILLEY M - Dépistage biologique : les différentes méthodes validées pour le dépistage biologique. Intérêts, limites actuelles de l'interprétation des résultats et limites économiques. *Alcoologie Addictologie.* 2013 ; 35 (4) : 341-54.
- 38 | Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection. Avis n° 114. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), 2013 (www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis114.pdf).
- 39 | RAHIOUI H, REYNAUD M - Thérapies cognitives et comportementales et addictions. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2006 : 114 p.

ANNEXE 1 Questionnaire AUDIT

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

Jamais	<input type="radio"/>	Une fois par mois ou moins	1	2 à 4 fois par mois	2	2 à 3 fois par semaine	3	4 fois ou plus par semaine	4
--------	-----------------------	----------------------------	----------	---------------------	----------	------------------------	----------	----------------------------	----------

2/ Combien de boissons standard* buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Une ou deux	<input type="radio"/>	Trois ou quatre	1	Cinq ou six	2	Sept à neuf	3	Dix ou plus	4
-------------	-----------------------	-----------------	----------	-------------	----------	-------------	----------	-------------	----------

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

Jamais	<input type="radio"/>	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	-----------------------	---------------------------	----------	-------------------	----------	----------------------	----------	------------------------	----------

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

Jamais	<input type="radio"/>	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	-----------------------	---------------------------	----------	-------------------	----------	----------------------	----------	------------------------	----------

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

Jamais	<input type="radio"/>	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	-----------------------	---------------------------	----------	-------------------	----------	----------------------	----------	------------------------	----------

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

Jamais	<input type="radio"/>	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	-----------------------	---------------------------	----------	-------------------	----------	----------------------	----------	------------------------	----------

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

Jamais	<input type="radio"/>	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	-----------------------	---------------------------	----------	-------------------	----------	----------------------	----------	------------------------	----------

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

Jamais	<input type="radio"/>	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	-----------------------	---------------------------	----------	-------------------	----------	----------------------	----------	------------------------	----------

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

Non	<input type="radio"/>	Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2	Oui, au cours de l'année	4
-----	-----------------------	---	----------	--------------------------	----------

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

Non	<input type="radio"/>	Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2	Oui, au cours de l'année	4
-----	-----------------------	---	----------	--------------------------	----------

* Une boisson standard = 10 g d'alcool pur.

ANNEXE 2 Questionnaire AUDIT-C

1 - « À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? »

- « jamais » = 0 point
- « une fois par mois ou moins » = 1 point
- « 2 à 4 fois par mois » = 2 points
- « 2 à 3 fois par semaine » = 3 points
- « 4 fois par semaine » = 4 points

2 - « Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? »

- « un ou deux » = 0 point
- « trois ou quatre » = 1 point

- « cinq ou six » = 2 points
- « sept à neuf » = 3 points
- « dix ou plus » = 4 points

3 - « Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ? »

- « jamais » = 0 point
- « moins d'une fois par mois » = 1 point
- « 1 fois par mois » = 2 points
- « 1 fois par semaine » = 3 points
- « tous les jours ou presque » = 4 points

ANNEXE 3 Questionnaire FACE

1 - « À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? »

- « jamais » = 0 point
- « une fois par mois ou moins » = 1 point
- « 2 à 4 fois par mois » = 2 points
- « 2 à 3 fois par semaine » = 3 points
- « 4 fois ou plus par semaine » = 4 points

2 - « Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? »

- « un ou deux » = 0 point
- « trois ou quatre » = 1 point
- « cinq ou six » = 2 points
- « sept à neuf » = 3 points
- « dix ou plus » = 4 points

3 - « Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? »

- « non » = 0 point
- « oui » = 4 points

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

- « non » = 0 point
- « oui » = 4 points

5 - « Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ? »

- « non » = 0 point
- « oui » = 4 points