

flexions [9] ont cependant été menées notamment au sujet du dépistage des toxicomanies et de leurs conséquences sur l'aptitude au travail. Elles ont abouti à une circulaire au début des années 90 [10]. Cette circulaire rappelle les conditions et le cadre dans lequel le dépistage doit être effectué. Un article consacré à cette question a été publié dans un numéro précédent des *Documents pour le Médecin du Travail (DMT)* [11], le lecteur est invité à s'y reporter.

L'objectif de cet article est de faire le point sur les différents types d'addictions, de participer à la poursuite des réflexions entamées [12, 13], de dresser un état des lieux de la question en entreprise, de rappeler le cadre juridique et de proposer une démarche de prévention des addictions (et consommations) en entreprise.

Concepts et définitions

L'addictologie étudie les pratiques de consommation et les conduites addictives dans le cadre d'une approche globale. Elle vise à comprendre les mécanismes d'acquisition de la dépendance et s'intéresse en particulier aux déterminants biologiques, psychologiques et sociaux (y compris vie professionnelle). Son objectif est également de réfléchir aux traitements possibles et à la prévention ainsi qu'aux conséquences sociales et économiques de ces dépendances. La classification internationale des maladies (CIM 10) distingue l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance qu'elle soit physique ou psychique (**encadré 1**). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il existe six critères diagnostiques de la dépendance [14] :

- désir impératif ou sensation de compulsion ;
- difficulté à contrôler la prise ou le comportement ;
- présence d'un état de sevrage physiologique en cas d'arrêt ou de diminution de la consommation ;
- présence de signes de tolérance à la substance, par exemple, l'augmentation nécessaire de la dose pour obtenir les effets produits initialement par une dose plus faible ;
- perte progressive d'intérêt pour d'autres plaisirs ou activités ;
- poursuite de l'usage de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives.

Si au moins trois de ces critères sont présents, il s'agit d'une dépendance. Il faut également que les symptômes du trouble aient persisté au moins un mois, ou soient survenus de façon répétée sur une période prolongée.

De plus en plus, les spécialistes des addictions estiment qu'il est nécessaire de gérer l'ensemble des consommations de produits psychoactifs ou les comportements pouvant mener à une addiction (ou dé-

ENCADRÉ 1

Usage, abus et dépendance

Usage

L'usage est la consommation du produit occasionnelle ou régulière. Cet usage peut comporter ou non des risques pour la santé.

Abus (ou usage nocif)

L'abus (utilisation nocive pour la santé) est un mode de consommation d'une substance psychoactive préjudiciable à la santé. Les complications peuvent 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).

Dépendance

La dépendance (ou syndrome de dépendance) est représentée par l'ensemble des 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 de 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 substance, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

pendance) ceci, avant que celle-ci ne survienne. Il existe plusieurs théories concernant les facteurs qui peuvent amener à une addiction. Ces facteurs « explicatifs » sont développés dans l'**encadré 2**.

Les différents types de conduites addictives

Actuellement, plusieurs types d'addictions (ou de consommation) sont décrits : des addictions provoquées par des produits et des addictions comportementales.

ADDICTIONS AVEC PRODUITS

Les effets et risques liés aux produits (ou substances psychoactives) ont été détaillés dans un article précédent paru dans les *DMT* [11]. Ils sont résumés briève-

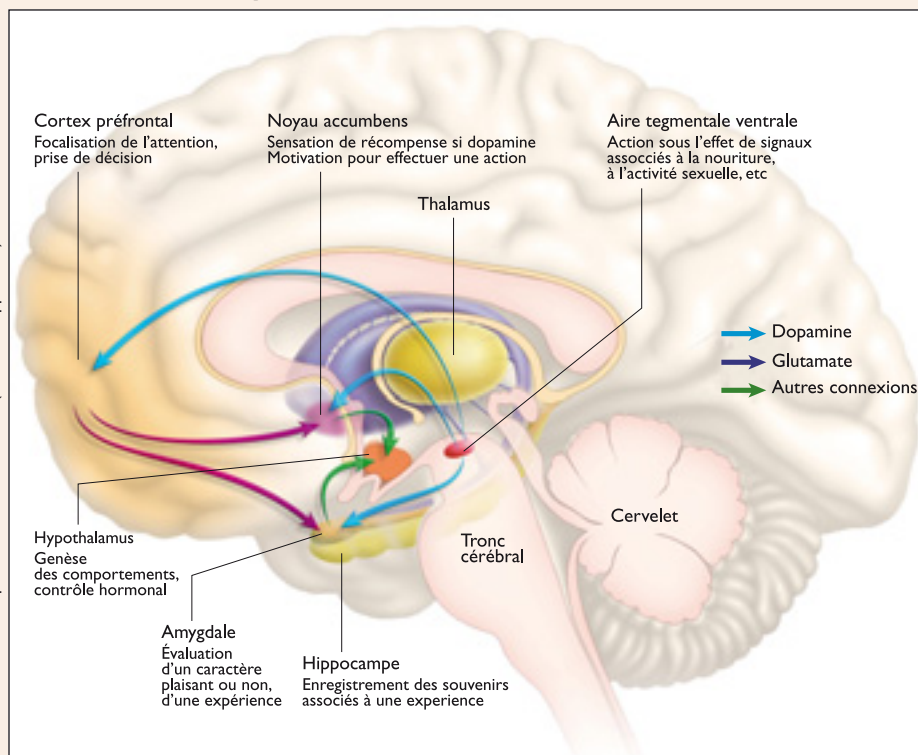
Facteurs explicatifs et mécanismes d'action des substances psychoactives

Une addiction peut faire suite à une simple curiosité, à une recherche de plaisir instantané ou à un besoin de faire diminuer rapidement malaises, angoisses ou tensions internes ressenties. La rencontre entre un individu et un produit/comportement, à un instant particulier de la vie, peut ensuite entraîner l'individu dans un engrenage le rendant « esclave ». Les raisons qui expliquent ce basculement vers la dépendance ne sont pas aisées à déterminer mais un certain nombre de vulnérabilités (biologiques, psychiques et sociales) joueraient un rôle, par exemple l'histoire personnelle, l'environnement social, familial, privé et professionnel.

Vulnérabilité biologique

La vulnérabilité biologique est basée sur le système de récompense (qui dépend de structures cérébrales). Il est déclenché via l'appareil sensoriel (manger, boire...). Les produits psychoactifs viennent court-circuiter ce système en l'activant directement.

Le circuit de récompense



Le système de récompense se trouve au centre de la réalisation des besoins vitaux. Plusieurs aires cérébrales sont impliquées, notamment l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens (reliés par des neurones dopaminergiques). Les autres aires impliquées sont « connectées » par des neurones qui libèrent de la dopamine et d'autres neuromédiateurs (glutamate et autres).

Vulnérabilité psychique

Une vulnérabilité psychique a été relevée chez les personnes dépendantes, qui peut être de différentes natures :

- elle peut être liée aux motivations : attrait de l'inconnu, recherche de plaisir, désir d'enrichir son expérience, etc ;
- elle peut être rattachée à un état de souffrance psychologique. Les personnes dépendantes peuvent être sujettes à l'anxiété, l'angoisse ou la dépression, ou avoir une faible estime de soi. Les conduites addictives seraient un moyen, plus ou moins conscient, de rechercher une sécurité à travers la routine de l'habitude [15] ;
- elle peut provenir de certains événements de vie, notamment défavorables. Par exemple, la proportion d'enfants élevés par d'autres personnes que leurs parents est plus importante chez les usagers de drogues. On note l'existence plus fréquente chez les usagers de drogue que dans la population générale d'un sentiment de rejet pendant l'enfance [16].
- elle peut avoir trait à la prise de risques pendant l'adolescence. Valleur [15] a en effet montré que la

recherche de sensations fortes amenant à une prise de risque importante par l'individu (généralement adolescent) constitue une des dimensions de l'addiction.

Vulnérabilité sociale

La vulnérabilité sociale concerne les facteurs liés à l'activité professionnelle et les facteurs sociaux.

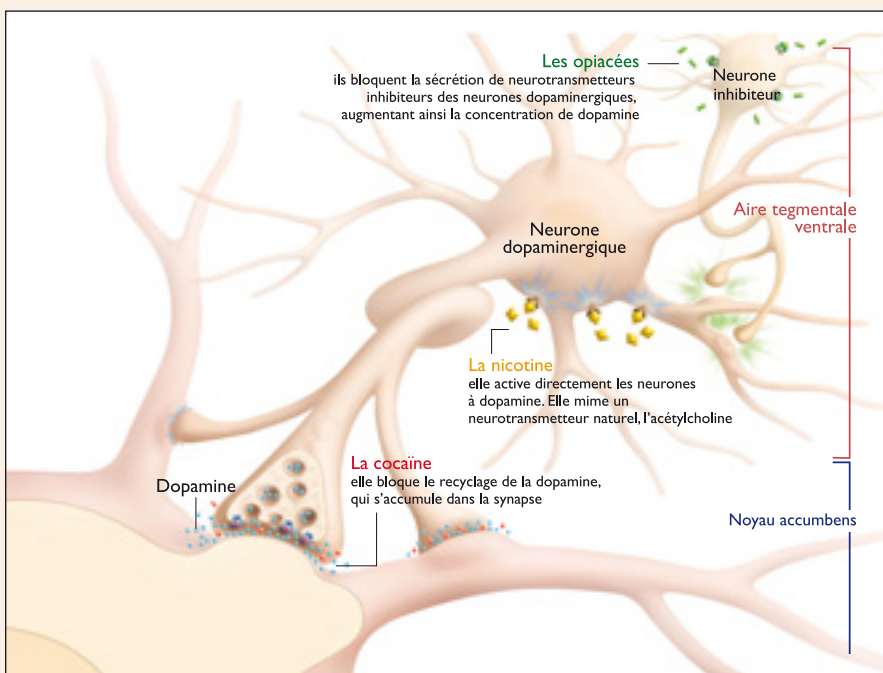
Des contraintes de travail particulières peuvent conduire à des situations de stress : objectifs fixés trop élevés ou d'efficacité à tout prix, responsabilités trop fortes et difficiles à tenir, relations de travail difficiles ou conflits, exigences de vigilance continue... Les symptômes de stress que les personnes développent peuvent se traduire par des effets au niveau physique (troubles du sommeil, asthénie...), émotionnels (crise de larmes, de nerfs...), intellectuels (oublis, erreurs, problème de concentration...) et/ou comportementaux (agressivité, repli sur soi...). Ces symptômes peuvent amener des personnes à consommer des substances psychoactives ou se traduire par une addiction comportementale.

Certains contextes particuliers de précarité professionnelle (fermeture d'entreprise, plan de restructuration, fusion d'entreprise avec réduction de personnel à la clé, travail temporaire, difficulté de trouver une stabilité professionnelle...) peuvent également être des facteurs favorisants.

Le manque de soutien social, c'est-à-dire de soutien en provenance du contexte professionnel et/ou de l'environnement social et familial, constitue un élément pouvant favoriser une addiction. Par soutien social, on entend la reconnaissance par les pairs et par la hiérarchie, l'entraide au sein d'un collectif de travail, la solidarité dans l'entreprise, la compréhension et l'écoute dans l'environnement professionnel et privé (famille, cercle amical...). Le fait d'avoir du soutien social est reconnu scientifiquement comme un élément permettant de faire diminuer les symptômes chez une personne stressée. Le manque de soutien social, à l'inverse, agit en partie comme facteur aggravant. Pour les addictions, la présence ou non de soutien social est à prendre en considération de la même façon.

Mécanismes d'action des substances psychoactives

© SYLVIE DESSERT pour La Recherche, n° 417 (mars 2008, pp. 36-37).



Toutes les substances psychoactives ont pour point commun de perturber le circuit de la récompense en augmentant la quantité de dopamine présente dans le noyau accumbens.
(cf. schéma page précédente)

ment dans l'**encadré 3**. Rappelons simplement ici que les substances psychoactives listées dans la CIM 10 sont l'alcool, les amphétamines et produits dérivés, la caféine, le cannabis, les hallucinogènes, la nicotine, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, les solvants volatils⁽³⁾. En ce qui concerne la consommation de médicaments psychoactifs (voire la dépendance à ces médicaments) et les risques qu'ils peuvent générer en milieu de travail, le lecteur pourra également se reporter à deux dossiers parus dans des numéros précédents des DMT [17, 18]. En outre, de plus en plus d'auteurs évoquent des conduites dopantes au travail [19, 20, 21] et font référence aux « pilules de la performance ». Selon ces auteurs, ce dopage serait expliqué par la nécessité de répondre à des exigences de plus en plus importantes et le recours « pathologique » à des traitements pour supporter le quotidien. Cette addiction nécessiterait une prise en charge en milieu spécialisé et serait comparable à ce qui est observé pour certains sportifs de haut niveau.

ADDICTIONS SANS PRODUIT

Les addictions sans produit font l'objet d'un développement particulier dans ce dossier car elles n'ont pas été abordées, jusqu'à présent, dans la revue *Documents pour le Médecin du Travail*. Ces addictions sans produit correspondent à des dépendances comportementales (dépendance au travail, technodépendance, dépendance affective...).

Les sujets présentent de nombreux symptômes classiques de dépendance, et notamment : une envie irrépressible du comportement, l'abandon d'autres activités au profit du comportement électivement investi, des conséquences négatives individuelles, familiales, sociales et professionnelles, une sensation de manque, d'anxiété ou de malaise en cas d'interruption du comportement. Dans tous ces cas, le sujet accomplit de manière répétitive et « obligatoire » une séquence comportementale précise.

Workaholisme [22 à 25]

Le « workaholisme », ou « la dépendance au travail », qualifié de mal des temps modernes, serait en passe de concerner de plus en plus de personnes. Tout comme les autres addictions, la dépendance au travail amène les personnes dépendantes à ne penser qu'à cela et donc à agir sur un mode obsessionnel. En outre, elle s'accompagne d'une hâte compulsive les conduisant à travailler pendant les week-ends et les vacances. Il y a accoutumance⁽⁴⁾ lorsque les personnes dépendantes sont insérées dans un processus de « toujours en faire

plus ». L'état pathologique de dépendance auquel il conduit peut avoir des conséquences sur la personne et/ou sur son entourage professionnel ou familial. Il peut être à l'origine de stress, de surmenage, d'épuisement professionnel, voire de pression ou de harcèlement professionnel pour les collaborateurs.

Le terme de workaholisme existe depuis les années 1970. Mais déjà au début du XX^e siècle, la « névrose du dimanche » était décrite par un élève de Freud. Celui-ci avait remarqué que des personnes atteintes de ces troubles souffraient toujours pendant leurs grandes vacances ou leurs congés d'états psychiques plus ou moins pénibles. Cette névrose s'apparente à un certain ennui, rempli d'une certaine tension, en elle-même très fatigante telle qu'elle empêche la personne soit de pouvoir se distraire, soit d'être actif.

Le « workaholique » considère le travail comme le centre de son univers. Il est capable d'y sacrifier le sommeil, la nourriture, l'exercice physique, la famille, les amis et les loisirs. Son obsession est telle que sa santé physique et mentale en est affectée. Il se prend au sérieux, se donne de hauts standards de performance et n'accepte pas facilement la faiblesse. Il lui est difficile de travailler en équipe, son agressivité et son peu de confiance dans les autres le portant à vouloir tout faire seul. Et lorsqu'un travail est terminé, il se sent déprimé ou anxieux.

Le « workaholique » cache souvent une difficulté relationnelle avec l'entourage et avec soi-même. Les personnes dépendantes au travail ont peur de ce qu'elles ressentent et ont donc tendance à fuir. Elles ont peur de l'inactivité, qui les met face à leurs émotions et à leurs angoisses. Elles subissent de fortes tensions internes, et le travail, comme les substances psychoactives pour d'autres, peut les soulager alors temporairement. Ce sont également des personnes en recherche de défis permanents : un travail hyper-sollicitant leur procure dans un premier temps plaisir et satisfaction, mais à terme les rend dépendantes.

Les différentes pressions, provenant de l'environnement de travail, s'exerçant sur le personnel, peuvent favoriser ce type de comportement addictif, par exemple, certains contextes organisationnels d'efficacité à tout prix (culture de l'excellence). Sont également évoqués des objectifs fixés trop élevés ou des contextes particuliers de précarité professionnelle (menace de fermeture d'entreprise, plan de restructuration, fusion d'entreprises avec réduction de personnel, travail temporaire et recherche de stabilité professionnelle...).

Alors que la plupart des dépendances renvoient une image négative, la dépendance au travail fait exception à la règle. Encore aujourd'hui, les « workaholiques » sont perçus comme étant responsables, matures et vertueux. L'entourage considère volontiers qu'ils récoltent les promotions, gagnent beaucoup d'argent, sont respectés par leurs collègues de travail et par leurs supé-

(3) Le lecteur pourra également se reporter au dossier « lutter contre le tabagisme en entreprise » (www.inrs.fr) ainsi qu'au dossier « Addictions et travail » (*idem*).

(4) Définition de l'accoutumance : L'accoutumance ou tolérance est un processus d'adaptation de l'organisme à un stimulus extérieur, un environnement nouveau ou un produit.

Principaux effets des substances psychoactives

| Type de substance | Nom ou famille | Principaux effets et risques |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Substances autorisées | Tabac | - Cancers du poumon, de la vessie, de l'appareil digestif et de la sphère ORL - Bronchite chronique - Asthme - Pathologies cardiovasculaires... |
| | Alcool (éthanol) | - Diminution de vigilance et des réflexes - Ébriété, perte de contrôle avec passage à l'acte violent, accidents du travail et de la route - Coma éthylique en cas d'absorption massive - À long terme, cirrhose du foie, cancer de l'œsophage et atteintes d'autres organes (notamment le système nerveux central et périphérique) |
| | Médicaments (anxiolytiques, somnifères, anti-dépresseurs...) | Variables suivant la classe médicamenteuse (sommolence, modifications du comportement, troubles de la mémoire, troubles des capacités motrices...) |
| Substances illicites | Cannabis | - État ébrieux (altérations de la vigilance, excitation) - Modifications de l'humeur - Troubles des perceptions (vue, ouïe...) - Hallucinations visuelles, auditives et corporelles - Effet cancérigène avéré (voies aérodigestives supérieures et appareil respiratoire) - Troubles psychiatriques |
| | Autres drogues (cocaïne, opiacés, ecstasy...) | Variables suivant les produits (hallucinations, troubles psychiatriques, accidents cardiaques, violence, baisse de la vigilance, troubles respiratoires, infections virales ou/et bactériennes...) |

rieurs. La réalité semble pourtant tout autre. Cette dépendance « propre » qui suscite souvent l'admiration peut avoir des conséquences graves. Dans sa forme extrême, elle peut conduire à une mort par le travail (ou « karoshi »). Ce phénomène, décrit initialement au Japon ⁽⁵⁾, correspond à la mort subite par crise cardiaque d'une personne sur son lieu de travail, ayant exercé une activité de travail de plus de 24 heures sans discontinuité.

Un « travailleur acharné » se distingue clairement d'un « workaholique ». En effet, le premier prend tous les moyens nécessaires pour accomplir son travail (longues heures passées au bureau voire heures supplémentaires), mais les buts et les délais sont clairement définis. Lorsque le travail est accompli, le travailleur acharné décroche facilement et il se garde du temps pour sa famille et ses amis.

Technodépendance [23, 27 à 30]

La dépendance à toute forme de technologie répond aux critères définis par l'OMS (*cf. plus haut*). Ainsi sont décrites dans la littérature des addictions à Internet, à toutes les formes de communication mobile

(téléphone, PAD, agenda électronique...), à la télévision, aux jeux vidéo, au baladeur MP3... pour ne citer que ceux-là. Ces « cyberdépendances » ont suivi les progrès de la société et du monde du travail. En outre, il n'est pas rare que le technodépendant nourrisse d'autres dépendances.

L'usage professionnel des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) s'est imposé dans les entreprises, bouleversant les habitudes de travail. Les outils technologiques se sont non seulement étendus et généralisés, mais ils se sont également rendus incontournables : échanges de données, recherche d'informations, messagerie électronique, outils de gestion et de transactions commerciales, formation à distance... Les NTIC apparaissent comme des outils d'aide à la réalisation de certaines tâches, permettant aussi et surtout de faire gagner du temps. Mais ce temps *a priori* économisé peut vite être « rattrapé » par une utilisation de ces outils inadéquate et/ou abusive. Les salariés consacrant une part croissante de leur temps de travail à la recherche et à la manipulation d'informations, peuvent, pour certains d'entre eux, devenir réellement dépendants.

Rappelons que pour tout projet important d'introduction de nouvelles technologies dans l'entreprise, le

(5) Un cas a récemment été décrit en Roumanie [26].

comité d'entreprise ainsi que le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) doivent être préalablement informés et consultés (*cf. Cadre juridique*).

Outils de communication mobile

De plus en plus de personnes ressentent le besoin de rester constamment connectées. Elles ne peuvent plus se résoudre à éteindre leurs téléphones portables ou leurs périphériques numériques. Cela peut aller jusqu'à se réveiller plusieurs fois par nuit pour vérifier ses e-mails et textos. En outre, certains salariés tombent dans le piège des « mails compulsifs ». Cette dépendance entraîne des problèmes relationnels puisque ces personnes se ferment progressivement aux rapports familiaux et professionnels.

D'après une étude anglaise [31], près du tiers des personnes utilisant des périphériques portables sont technodépendantes. La raison peut être en partie l'habitude mais aussi l'attrait pour des objets insolites, innovants et présentant un intérêt pour l'activité professionnelle.

Le mobile apparaît comme un véritable phénomène de société, sans égal. Selon la Sofres, 72 % des Français possèdent un téléphone mobile personnel et/ou professionnel, soit un taux d'équipement moyen qui se rapproche du taux d'équipement moyen en téléphone fixe (83 %). Toutefois, 75 % des personnes interrogées citent un sentiment de dépendance. Pour les médecins addictologues, certaines personnes utilisent pendant plus de sept heures par jour la fonction SMS de leur mobile, y compris la nuit [32]. Par ailleurs, les personnes se servent plus volontiers de leur mobile que de leur ordinateur pour des utilisations privées y compris sur le lieu de travail [33].

Internet

Il existe peu de données concernant le milieu de travail et une addiction à Internet. C'est en 1995 que le concept de « Internet addiction disorder » (trouble de la dépendance à Internet) a vu le jour [34]. Le terme de « netaholisme » est également parfois utilisé. Chaque année, depuis 1996, un rapport sur le sujet est remis à l'APA (American Psychological Association) [35]. Par ailleurs, selon une étude de 1999 [36] réalisée auprès de 17 000 usagers du web, 6 % des internautes aux États-Unis seraient accros à Internet, soit 11 millions d'internautes souffrant de cyberdépendance. En France, des psychologues remettent en cause la valeur scientifique de cette étude [37, 38]. Certains auteurs estiment au sujet de l'usage des jeux vidéos par des adolescents qu'il ne s'agit pas d'une véritable addiction mais plutôt d'une passion [39].

Pourtant, certains addictologues sont amenés à voir en consultation de plus en plus de cas de cyberdépendance [40]. La France compte plus de 20 millions d'internautes et 10 millions de foyers sont équipés d'un ordinateur. Les plus optimistes des spécialistes français estiment que 1 % des internautes réguliers sont plus ou

moins atteints de cyberdépendance, soit approximativement 150 000 personnes.

En ce qui concerne le profil des « cyberdépendants », si les médias ont longtemps véhiculé le cliché de l'adolescent (complexé, associal, « scotché » à son ordinateur), la réalité est toute autre. Adeptes des forums, maniaques de l'information ou du jeu en réseau, son profil est particulièrement difficile à établir : tous les utilisateurs sont potentiellement concernés par cette nouvelle pathologie. Selon la première enquête française, réalisée entre 2002 et 2006 [41], les personnes qui ont le sentiment d'être dépendants à Internet sont principalement des hommes (près de 75 % des réponses) ayant entre 15 et 30 ans. Leur principale activité est la participation à des « chat-rooms » (dans 23 % des cas), des jeux en réseau ou la consultation de sites à caractère sexuel. Mais, qu'il soit jeune ou plus âgé, le cyberdépendant est avant tout « accro » à ce qu'Internet peut lui offrir et non à la machine.

En cherchant du côté des causes, l'utilisation importante d'Internet serait chez certains internautes le reflet d'une souffrance psychologique (anxiété, dépression, manque d'estime de soi...). Pour J. Gautier [41], il n'y a pas de prédisposition psychologique ou physiologique à la cyberdépendance.

Dépendance affective [42, 43]

La dépendance affective est susceptible d'entraîner des agissements de type harcèlement au travail ou d'être à l'origine de ce genre d'agissements. Les pratiques de harcèlement (moral ou sexuel) sont interdites par le Code du travail et le Code pénal.

La dépendance affective se manifeste par un comportement obsessionnel ou compulsif : émotionnel et/ou sexuel. Elle peut entraîner des conséquences dans les domaines professionnel ou privé qui s'aggravent si elles ne sont pas prises en charge. Elle touche aussi bien les hommes que les femmes.

Le « dépendant affectif » est une personne dont les besoins affectifs sont urgents et intenses. Il répète constamment un scénario non satisfaisant qui le conduit à une impasse. La recherche d'assouvissement prend souvent un caractère urgent en raison de l'intensité du manque à combler. Si, à la longue, cette recherche demeure stérile, elle devient nuisible (voire destructrice) pour l'autre et/ou pour la personne dépendante. Généralement, la personne dépendante n'exprime pas clairement ses désirs et émotions. Elle espère que ses efforts, son abnégation ou sa soumission amèneront affection, valorisation et reconnaissance. Ceux et celles qui souffrent de dépendance affective ont besoin de rester en communication presque constante avec l'objet de leur obsession.

Lorsque le dépendant affectif est pris de panique, il mobilise ses ressources pour trouver des stratégies

d'attaque ou de défense. Même confronté à la réalité, le dépendant demeure convaincu que la relation est possible. Un dépendant affectif peut à ce titre être acteur ou victime de harcèlement selon les cas :

- Dans le premier cas, la personne dépendante est en demande permanente vis-à-vis de « l'autre », souvent implicitement, persuadée que c'est la seule façon d'apaiser ses angoisses. En ce sens, la personne dépendante affective peut être à même de provoquer une situation de harcèlement.

- Dans le deuxième cas, la personne dépendante est en position de soumission excessive et incite (inconsciemment) à des agissements de type harcèlement. Hirigoyen [43] considère que le harcèlement au travail est souvent le fruit d'une jouissance d'un pervers qui humilie, insulte, déstabilise et pousse sa victime à la décompensation psychopathologique. Dejours [42] considère que cette situation pourrait relever du masochisme, mais pas nécessairement. Une autre forme de soumission psychologique peut également en être la source : la dépendance affective. En revanche, Dejours précise que le harcèlement s'exerce contre une victime, sous le regard des autres qui savent, qui voient et qui se taisent. En ce sens, la puissance du harcèlement tient à sa publicité et c'est d'ailleurs ce qui en fait une méthode, voire une technique et non un dérèglement isolé.

État des lieux en entreprise

En raison de leurs implications en matière de santé et sécurité au travail, les entreprises sont concernées par les addictions. La présence de salariés en état d'ébriété ou sous l'emprise de substances psychoactives sur le lieu de travail peut mettre en danger la santé et la sécurité des salariés, à la fois pour eux-mêmes et pour leur entourage. L'altération de la vigilance, la modification de la perception du risque et/ou une prise de risque accrue peuvent ainsi être à l'origine d'accidents du travail. Ce sont les résultats d'un certain nombre d'études, apparues comme significatives et résumées ci-après, qui ont permis de mettre en évidence la réalité de ces consommations et de leur impact sur la santé et la sécurité au travail. À ce jour, aucune étude n'aborde la question des dépendances sans produit en milieu de travail.

ÉTUDES RÉALISÉES EN MILIEU DE TRAVAIL

En 1995, une enquête réalisée par un service inter-entreprise [44] portant sur 1 978 prélèvements urinaires a mis en évidence que le nombre de consommateurs de

substances modifiant la vigilance était significativement plus important chez les salariés occupant un poste de sûreté/sécurité que dans le reste de la population active. Chez les personnes occupant un poste de sécurité, les substances psychoactives recherchées (cannabis, opiacés, amphétamines, cocaïne, barbituriques, benzodiazépines et alcool) étaient retrouvées dans 40,4 % des urines (au moins une substance) versus 22,1 % dans l'ensemble de la population étudiée.

Les résultats de l'étude menée à partir de la cohorte Gazel d'EDF-GDF [45] ont apporté des résultats intéressants sur le lien entre consommation d'alcool et contraintes professionnelles. La consommation d'alcool évolue suivant la disparition ou la survenue de contraintes professionnelles. Elle augmente lors de la survenue de contraintes au travail et l'évolution de carrière est plus favorable pour les consommateurs de petites quantités.

L'étude menée par Delzenne et Pradeau [46] portait sur 313 candidats à un poste de chauffeurs poids lourds. Dix pour cent d'entre eux se sont désistés après le premier entretien au cours duquel la politique de dépistage était clairement développée. Parmi les postulants restants et ayant accepté le dépistage, 11 % étaient positifs pour le cannabis. Cette étude peut être rapprochée de celle menée dans la région Nord Pas-de-Calais [47]. Dans cette étude multi-centrique, mille chauffeurs routiers ont été inclus. Un dépistage urinaire de la méthadone, des benzodiazépines, de la cocaïne, des amphétamines, des opiacés, des cannabinoïdes, de la buprénorphine et de l'alcool a été réalisé. Tous les dépistages positifs ont été confirmés par une autre technique de dosage. Les résultats exprimés en pourcentage de positifs étaient les suivants : cannabinoïdes (8,5 %), alcool (5 %), opiacés (4,1 %), buprénorphine (1,8 %), méthadone (0,5 %), benzodiazépines (0,4 %), amphétamines (0,3 %) et cocaïne (0,1 %). Ces résultats ont confirmé ceux de l'étude de 1995 [44] pour la consommation de cannabis et d'alcool chez des travailleurs affectés à des postes de sûreté/sécurité.

Dans l'industrie automobile, après une première campagne de dépistage, des actions de sensibilisation aux problèmes des conduites addictives ont été mises en place. En trois ans, le taux de positivité au cannabis est passé de 33 à 20 % [48]. A la SNCF, pendant deux années consécutives, le taux de positifs sur 204 890 prélèvements pour des substances psychoactives est passé de 2,8 % en 2004 à 2,7 % en 2005. La substance la plus souvent retrouvée est le cannabis (0,9 et 0,8 %) [49]. Une enquête nationale par questionnaire [50] a également été réalisée en 2005 par la Mutualité sociale agricole (MSA). Le questionnaire, permettant d'évaluer la consommation de tabac, de cannabis, d'alcool et de médicaments, était rempli au cours d'une visite médicale où une fiche d'aptitude était délivrée chez des chauffeurs (tractoristes, engins, caristes, poids lourds). Les résultats mettent en évidence 36 % de fumeurs réguliers, 8 % ont

ADDICTIONS, RISQUES PROFESSIONNELS ET ACCIDENTOLOGIE

fumé du cannabis lors des douze derniers mois, 22 % présentent une consommation d'alcool à risque et enfin 9,5 % prennent un ou plusieurs médicaments.

L'expertise collective de l'INSERM relative aux dommages sociaux de l'alcool publiée en 2003 [51] a conclu que des consommations d'alcool sont constatées dans les professions physiquement les plus pénibles (bâtiment, agriculture, manutention) et les professions en contact avec le public (artisans, commerçants, chefs d'entreprise). Cette expertise a également constaté que les actions de prévention menées dans les grandes entreprises ont toujours permis une diminution de l'alcoolisation mais que ces actions sont peu appliquées dans les moyennes et petites entreprises qui concentrent la majorité des salariés. Une étude nationale, publiée en 2005 [52], auprès des Centres de cure ambulatoire en alcoologie par l'INSERM et l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie a porté sur 22 169 consultants. Ces personnes étaient adressées par leur médecin du travail pour 2,2 % d'entre eux. Trente huit pour cent de ces 2,2 % estimaient que leur « problème » était lié au travail.

En 2006, deux enquêtes BVA/INPES/ANPAA [53, 54] ont mis en évidence que 85 % des Directeurs des ressources humaines (DRH) interrogés estiment que les risques liés aux addictions sont importants. L'usage de cannabis est jugé préoccupant par 25 % des salariés et 35 % des DRH d'entreprises de plus de 50 salariés. La consommation d'alcool est au 3^e rang des préoccupations des chefs d'entreprise et 10 % des salariés déclarent que la consommation d'alcool au travail fait partie de la culture de leur milieu professionnel. Le dernier Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) confirme effectivement que, dans certains milieux professionnels, l'usage de substances addictives est plus important, le secteur des transports apparaît comme étant celui où la proportion de salariés qui ont bénéficié d'actions sur les conduites addictives est la plus importante ; celui de la construction la moins importante alors qu'il est le plus concerné par les consommations [53, 54]. L'interlocuteur privilégié par les DRH comme par les salariés pour traiter ces questions est identifié clairement comme étant le médecin du travail par 75 % des salariés et 87 % des DRH [53, 54].

L'étude la plus récente en milieu de travail concerne les Gens de mer [55]. Elle présente l'intérêt d'évaluer la dépendance et non plus seulement la consommation (par des questions fermées avec réponse oui/non), 46,5 % des marins fument et 65 % de ces fumeurs sont dépendants. En ce qui concerne l'alcool, une prise quotidienne concerne 11 % des marins et une dépendance à l'alcool est retrouvée chez 15,5 % d'entre eux.

L'état des lieux fait dans ce paragraphe met en évidence le manque d'études épidémiologiques concernant les possibles liens entre travail et addiction.

Le risque désigne un danger bien identifié, associé à l'occurrence d'un événement ou d'une série d'événements, parfaitement descriptibles, dont on ne sait pas s'ils se produiront mais dont on sait qu'ils sont susceptibles de se produire. L'évaluation des risques professionnels, dont le chef d'entreprise est responsable, est obligatoire et doit être consignée dans un document unique. Cette évaluation doit être régulière. Les mesures de prévention doivent être conformes aux principes généraux de prévention des risques professionnels inscrits au Code du travail. Ces principes généraux consistent à éviter les risques, évaluer ceux qui ne peuvent être évités, combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme, etc.

Les études présentées dans le paragraphe précédent ont mis en évidence la réalité de certaines consommations dans des secteurs variés et pour des substances diverses. Lors de l'évaluation des risques et de la réalisation du document unique, les dangers liés à ces consommations et leurs conséquences sur certaines activités de travail doivent être pris en compte. En outre, les circonstances favorisant la prise de substances doivent être identifiées.

Le sursurrisque d'accident du travail existe et est relativement connu notamment pour l'alcool [51, 56]. L'effet de la consommation du cannabis sur la conduite a été démontré récemment [57, 58]. Une attention toute particulière est portée aux médicaments et à leurs effets sur la conduite [59, 60] depuis quelques années en raison de l'enjeu politique de sécurité routière. L'abord « prise de médicaments psychotropes et travail » en dehors de la conduite est cependant relativement rarement retrouvé dans la littérature [17, 18, 61]. Il n'est donc pas toujours aisé pour un médecin du travail de faire l'évaluation des conséquences de la consommation d'une substance psychoactive sur le travail.

Le cadre juridique

L'objectif de cette partie est de rappeler aux médecins du travail les principaux textes relatifs à leurs obligations et prérogatives en matière d'addictions. Le contexte réglementaire de prévention des conduites addictives et de sanction sera aussi évoqué, étant précisé que ces outils réglementaires ne peuvent être utilisés que dans le respect de la vie privée auquel chacun a droit (article 9 du Code civil) et dans le respect du secret médical qui s'impose à tout médecin.

Parmi ces outils, il faut noter qu'à ce jour aucun texte n'aborde les addictions sans produit. Le Code de la santé publique interdit le tabac dans les lieux publics (R. 3511-1 à R. 3511-14) et réprime l'usage de drogues illicites (livre IV). Le Code du sport comporte un titre III « Lutte contre le dopage ». L'interdiction de l'alcool sur le lieu de travail est mentionnée dans le Code du travail.

LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE ET LE TABAGISME

La lutte contre la toxicomanie relève de la loi de 1970 [4], (codifiée au livre IV du Code de santé publique), récemment modifiée par la loi relative à la prévention de la délinquance [5] (loi n°2007-297 du 5 mars 2007). Dorénavant, sur réquisitions du procureur de la République, les officiers de police judiciaire sont habilités à entrer dans les lieux où s'exerce le transport public de voyageurs aux fins de rechercher et constater le délit d'usage illicite de stupéfiants chez les salariés (article 48-I, codifié aux articles L. 3421-5, L. 3421-6, et L. 3421-7 du Code de la santé publique). En cas d'usage illicite de stupéfiants pour certains personnels des entreprises de transport, les peines encourues sont « aggravées » (décret d'application n° 2007-935 du 15 mai 2007 pris pour l'application du L. 3421-1 et portant création des articles R. 3421-1, R. 3421-2 et R. 3421-3 du Code de la santé publique).

Une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif de portée générale a été édictée avec la loi Evin (loi n° 91-32 du 10 janvier 1991) et les dispositions codifiées aux articles R. 3511-1 à R. 3511-14 du Code de la santé publique, récemment modifié par décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006. Cette interdiction concerne les lieux de travail. Il appartient à l'employeur dans le cadre de son obligation de sécurité inscrite à l'article L. 4121 et suivants du nouveau Code du travail, de prendre les mesures nécessaires pour que ces textes soient respectés. Cette obligation concerne notamment la protection des salariés non-fumeurs contre le tabagisme passif. Sur ce point précis, la chambre sociale de la Cour de cassation a précisé le 29 juin 2005 (Soc. 29 juin 2005, pourvoi n° 03-44412), que l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité de résultat. Le projet de création d'un emplacement réservé aux fumeurs, ainsi que ses modalités de mise en œuvre doivent être soumis par l'employeur au CHSCT (ou à défaut aux délégués du personnel) et au médecin du travail. Une fois l'emplacement créé, la consultation du CHSCT et du médecin du travail devra être renouvelée tous les deux ans.

INFRACTIONS COMMISES EN ÉTAT D'IVRESSE OU SOUS L'EMPIRE DE STUPÉFIANTS

Le Code pénal sanctionne plus lourdement l'auteur d'une infraction lorsqu'elle est commise en état d'ivresse ou sous l'empire de stupéfiants. Peuvent être cités notamment les articles 221-6-1, 221-8, 222-19-1, 222-20-1 pour la conduite automobile sous l'empire de stupéfiants, les articles 222-12 et 222-13 pour les violences sous l'empire de stupéfiants. Par ailleurs, les dispositions de l'article 222-41 : « *Constituent des stupéfiants les substances ou plantes classées comme stupéfiants en application de l'article L. 5132-7 du Code de la santé publique* » doivent être rappelées.

Le Code de la route renvoie aux dispositions du Code pénal pour ce qui concerne blessures et homicide involontaires en état d'ivresse ou sous l'empire de stupéfiants (L. 232-1, L. 232-2). Il précise aussi dans quel cas les agents ou officiers de police judiciaire peuvent ou doivent faire procéder sur le conducteur impliqué notamment dans un accident corporel ou mortel de la circulation à des épreuves de dépistage de l'usage de stupéfiants ou de l'imprégnation alcoolique (L. 234-3, L. 234-9, L. 235-1, L. 235-2, L. 235-3).

OBLIGATIONS DE SÉCURITÉ DE L'EMPLOYEUR ET DU SALARIÉ

L'employeur doit évaluer les risques professionnels, et les intégrer dans un document unique (article R. 4121-1). Le règlement intérieur peut prévoir l'interdiction et les sanctions de certains comportements ou pratiques dans l'entreprise, ainsi que les modes de preuve utilisés pour établir les faits reprochés. La réglementation concernant ces divers aspects a été détaillée de façon exhaustive dans un article précédent des DMT [11], notamment l'interdiction de l'alcool sur le lieu de travail.

L'obligation de sécurité de l'employeur est inscrite à l'article L. 4122-1 du Code du travail et celle du salarié à l'article L. 4121-1. L'obligation de sécurité de l'employeur justifie dans certains cas qu'il use de son pouvoir disciplinaire. À plusieurs reprises, la jurisprudence a admis qu'un licenciement puisse être prononcé : licenciement pour faute grave dans le cas d'un salarié retrouvé en état d'ébriété dans l'enceinte de l'entreprise eu égard à ses fonctions et ses antécédents (Chambre sociale de la Cour de cassation, 18 mai 2005, pourvoi n° 03-43404), licenciement d'un mécanicien en état d'ébriété, une mauvaise réparation pouvant mettre les clients en danger (Cour d'appel de Reims, 8 septembre 2004).

En dehors d'une inaptitude constatée par le médecin du travail, un refus d'embauche ou un licenciement, motivé par l'état de santé, notamment dans le cas d'un abus nocif ou d'une dépendance à une substance psychoactive, pourrait être jugé discriminatoire (au sens de l'article L. 1132-1 du Code du travail).

Par ailleurs, la création de la HALDE en 2005 est venue offrir à tout citoyen la possibilité de saisir cette structure s'il s'estime victime d'une discrimination, notamment en raison de son état de santé (*encadré 4*).

Des absences répétées ou prolongées ne peuvent être une cause réelle et sérieuse de licenciement qu'en cas de nécessité de pourvoir au remplacement définitif du salarié absent (Chambre sociale de la Cour de cassation, 5 juin 2001, pourvoi n° 99-41.603). Il n'y a pas à ce jour de jurisprudence spécifique à des cas de licenciement pour conduite addictive dans un contexte professionnel.

Rappelons que les membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par l'employeur (article L. 4614-9 du nouveau Code du travail).

Par ailleurs, le salarié retiré de son poste ou reconduit à son domicile ne doit pas être laissé en situation de danger : son employeur et/ou ses collègues pourraient être pénalement poursuivis pour non assistance à

personne en péril (article 223-6 du Code pénal). C'est sur ce fondement que le 5 juin 2007, la chambre criminelle de la Cour de cassation a sanctionné deux salariés qui avaient laissé un collègue reprendre le volant alors qu'il était visiblement hors d'état de conduire, au point de se tuer quelques mètres après la sortie de l'entreprise (pourvoi n° 06-86228). En outre, l'argument « culture d'entreprise » pour ce qui concerne les addictions est apprécié par le juge comme un facteur aggravant plutôt qu'atténuant de la responsabilité de l'employeur.

RÔLE ET MOYENS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Secret professionnel

« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » (Code de la Santé publique, article R. 4127-4 et Code de déontologie médicale).

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une admi-

La Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE)

Saisine

Toute personne qui s'estime victime d'une discrimination peut agir directement ou par l'intermédiaire d'un parlementaire français ou européen. La HALDE peut aussi être saisie conjointement par la victime et une association dont l'objet est de combattre les discriminations ou d'assister les victimes de discrimination. La HALDE peut aussi s'auto-saisir si la victime ne s'y oppose pas.

Pouvoirs

La HALDE peut demander des explications à toute personne mise en cause devant elle. Elle peut procéder à des vérifications sur place et saisir le juge des référés si elle n'obtient pas ces informations.

La HALDE a un pouvoir de recommandation, dont le contenu peut être rendu public, et un pouvoir de médiation. Si elle constate des faits constitutifs de discrimination pour lesquels l'auteur n'a pas encore été poursuivi, la HALDE peut proposer à l'auteur des faits une transaction consistant en une amende transactionnelle dont le montant ne peut excéder 3 000 € pour une personne physique et 15 000 € pour une personne morale. La HALDE peut aussi proposer une transaction consistant en l'affichage d'un communiqué dans des lieux qu'elle précise, ou la transmission d'un communiqué au comité d'entreprise, ou la diffusion d'un communiqué au journal officiel ou autres publications de presse ou services de communication électronique, ou enfin l'obligation de publier la décision dans l'entreprise. Enfin, elle peut engager des poursuites pénales par voie de citation directe.

Se renseigner 08 1000 5000
(Du lundi au vendredi de 8 h à 20 h)
Saisir en ligne www.halde.fr
Par courrier HALDE,
11, rue Saint Georges,
75009 Paris

Discrimination ?
Je sais la HALDE.

civisme
démocratie

HALDE Haute Autorité
de Lutte contre
les Discriminations
et pour l'Égalité
08 1000 5000
www.halde.fr



inrs

Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 115
3^e trimestre 2008

nistration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions (Code de la santé publique, article R. 4127-95).

Par ailleurs, « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Le secret professionnel s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. [...] (Code de la santé publique, article L.1110-4) »

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » (Code pénal, article 226-13).

La convention collective du personnel des services interentreprises de médecine du travail prévoit dans un article 10 que « le secret professionnel, tel qu'il est sanctionné par le Code pénal, s'impose, chacun en ce qui les concerne, aux personnels des services interentreprises de médecine du travail. Le personnel devra être informé par écrit par le service interentreprises de médecine du travail, lors de l'embauchage, des sanctions pénales auxquelles il s'exposerait en cas de manquement à l'obligation du secret. De leur côté, les services interentreprises s'engagent à prendre toutes dispositions utiles pour que le secret professionnel soit respecté dans les locaux qu'ils mettent à la disposition du personnel, notamment en ce qui concerne le courrier, les modalités de conservation des dossiers médicaux, quel qu'en soit le support, et l'isolement acoustique des locaux où sont examinés les salariés. »

Dans le cadre du suivi médical d'un salarié, si une inaptitude est prononcée, le médecin n'a pas à en communiquer les motifs à l'employeur. Les informations recueillies par le médecin du travail sont protégées par le secret médical. L'indépendance du médecin du travail à l'égard de l'employeur est garantie par le Code du travail (article R. 4623-4) qui rappelle que le contrat de travail est conclu dans les conditions prévues par le Code de déontologie médicale.

Dispositions relatives à l'aptitude

Amené à se prononcer sur l'aptitude [62] des salariés, le médecin du travail devra prendre en compte l'existence d'une éventuelle addiction pour délivrer un avis d'aptitude :

- pour les postes à risque ou de sécurité ;

- lorsqu'un risque en rapport avec une consommation est identifié pour un salarié ou son entourage au poste de travail.

À cette fin le médecin du travail pourra recourir aux moyens de contrôle et de dépistage mis à sa disposition dans le cadre des examens complémentaires prévus par le Code du travail (article R. 4624-25). Ces moyens ont été largement développés dans un article précédent paru dans les DMT [11]. Quelques grandes lignes sont cependant rappelées ici. Les moyens de contrôle les plus couramment mis en oeuvre par le médecin du travail sont l'alcoolémie et le dépistage biologique de stupéfiants. Dans tous les cas, le salarié doit être informé de l'examen et de sa finalité.

- Le contrôle de l'alcoolémie des salariés est possible indépendamment de toute mention au règlement intérieur si le médecin du travail en éprouve la nécessité.
- Le dépistage systématique d'usage de stupéfiants ne peut en aucun cas se justifier (avis du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CSPRP), 16 octobre 1989). Il ne peut concerner que des postes comportant de grandes exigences en matière de sécurité et de maîtrise du comportement.

En cas de difficulté ou de désaccord entre l'employeur et le salarié avec la proposition émise par le médecin du travail sur une mutation ou une transformation de poste, justifiée par des considérations relatives à la santé physique ou mentale d'un travailleur, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin-inspecteur du travail (Code du travail, article L. 4624). C'est à lui que le médecin du travail peut en référer lorsqu'il ne trouve pas seul réponse à une question qui s'impose à lui ou lorsqu'il a besoin de conseils ou de compléments d'informations.

En certaines circonstances, le médecin du travail peut conclure à une inaptitude temporaire. Il peut en être ainsi lorsque l'altération des capacités physiques ne permet pas au salarié de rester à son poste mais que cet état a vocation à se résorber dans un délai prévisible. Le salarié pourra alors être dirigé vers son médecin traitant pour obtenir un arrêt de travail. À défaut, son contrat de travail étant suspendu, il ne pourrait pas bénéficier du maintien de son salaire ni du versement des indemnités journalières par l'Assurance maladie.

Le rôle du médecin du travail a été rappelé par le Conseil d'État [63] concernant la distinction entre médecine d'aptitude et médecine d'expertise (**encadré 5**).

Le médecin du travail connaît l'entreprise et le poste occupé mais il ne sait de la santé du salarié que ce que ce dernier veut bien lui en dire, et éventuellement ce que les examens complémentaires lui apprennent. Le médecin traitant connaît peut-être souvent mieux l'état de santé général du salarié. Mais a-t-il les informations suffisantes relatives au contexte professionnel de son patient ? La communication entre médecin du travail et médecin traitant n'est pas toujours aisée et le salarié

peut être réticent et redouter que le médecin du travail le déclare inapte avec le risque de reclassement, voire de licenciement qui peuvent y être associés. Or, le développement de l'échange d'informations entre ces deux praticiens repose sur l'accord indispensable du patient, dans le strict respect de sa liberté individuelle.

Mise en place d'une démarche de prévention

L'objectif de cette quatrième partie est de décrire les actions de prévention qui peuvent être mises en œuvre. La stratégie à mettre en place passe par l'élaboration d'une démarche collective associée à la prise en charge individuelle. Il faut notamment aboutir à un protocole accepté par tous dans l'entreprise : les modes d'intervention, les moyens à mettre en œuvre, les limites et les rôles de chacun doivent être connus. Des actions d'information et de sensibilisation doivent être menées de façon à contribuer à la prise de conscience de la réalité des enjeux.

ÉLABORATION DE LA DÉMARCHE DE PRÉVENTION

L'élaboration de la démarche de prévention doit se faire dans un esprit de concertation. Celle-ci sera d'autant mieux acceptée et appliquée que la direction et l'ensemble des salariés, des représentants du personnel et de l'encadrement auront été associés à son élaboration. Le rôle des instances représentatives du personnel (CHSCT, DP) est dans ce cadre essentiel. Le Code du travail donne notamment pour mission au CHSCT de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Cette démarche sera d'autant plus acceptée par le collectif de travail qu'elle aura été élaborée dans un esprit d'accompagnement et de soutien. L'ensemble des acteurs doit être conscient que cette démarche concerne tous les salariés et pas seulement ceux qui sont en difficulté. A cette fin, le langage et les approches devront être adaptées à l'ensemble des salariés. Les facteurs d'échec de cette démarche les plus fréquemment évoqués sont de rester dans une logique répressive ou de sanction ou d'intervenir en juge de comportements privés.

Il peut aussi être fait appel à des organismes ou des associations spécialisés dans la prise en charge des addictions pour des actions de sensibilisation et/ou de formation ou pour élaborer une démarche adaptée.

Les médecins du travail ont un rôle primordial à jouer dans l'élaboration et la mise en place de la dé-

Médecine d'expertise et transports

Cet encadré rappelle les situations professionnelles pour lesquelles l'avis d'un expert médical est requis préalablement à l'avis d'aptitude du médecin du travail.

Transport ferroviaire

► Un arrêté du 30 juillet 2003 relatif aux conditions d'aptitude physique et professionnelle et à la formation du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national (J.O. du 24 août 2003) prévoit, parmi les examens médicaux préalables et périodiques d'aptitude physique de fonctions de sécurité, un « examen biologique de dépistage de substances psychoactives ». Le chapitre VII de ce texte est relatif à la consommation de substances susceptibles d'altérer la vigilance, la concentration et le comportement du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national.

Transport aérien

► L'arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile (FCL 3) (J.O. du 13 mars 2005) prévoit que, pour les conditions d'aptitude psychiatrique, une attention toute particulière soit portée sur l'alcoolisme, l'usage ou l'abus de médicaments, drogues psychotropes ou de toute autre substance, avec ou sans dépendance.

► L'arrêté du 4 septembre 2007 relatif aux conditions d'aptitude physique et mentale du personnel navigant commercial (J.O. du 11 octobre 2007) précise que pour l'obtention et le renouvellement de l'attestation d'aptitude sont notamment cause d'inaptitude l'usage de drogues illicites, la présence de substances illicites dans le sang ou les urines, l'usage ou l'abus de médicaments ou de toute autre substance psychotrope avec ou sans dépendance, l'alcoolisme.

Transport terrestre

► L'arrêté du 21 décembre 2005 (J.O. du 28 décembre 2005) concerne les conducteurs soumis par la réglementation à un examen médical en vue de la délivrance ou du renouvellement de leur permis de conduire. Il fixe la liste des affections médicales incompatibles, dont les pratiques addictives et les médicaments susceptibles d'altérer la capacité de conduite ou le comportement des conducteurs.

marche collective. Des structures de soutien ou de soins spécialisés seront identifiées le plus tôt possible dans l'objectif d'organiser la prise en charge individuelle quand elle sera nécessaire.

Principales étapes de la démarche

Mise en place d'un comité de pilotage

La première étape consiste en la mise en place d'un comité de pilotage. Ce comité doit être représentatif de l'ensemble du personnel. Il va élaborer la démarche et communiquer à toutes les étapes de l'avancement

des travaux. Ce comité peut être composé de membres de la direction, du service Ressources humaines, de représentants de l'encadrement et des salariés, de représentants du personnel, des personnes chargées de l'hygiène et de la sécurité et organismes extérieurs éventuels (associations, organismes spécialisés). Le choix de la structure extérieure doit être réfléchi. La structure choisie doit avoir démontré sa compétence en la matière.

Faire un constat préalable

Il est primordial de faire un constat préalable de la situation. Ce constat doit être consensuel pour être accepté par tous afin d'éviter tout déni par la suite. Ce constat devrait se décliner après analyse des éléments suivants :

- prise en compte par exemple d'une pratique existante de prévention en matière d'addictions et de la culture générale de prévention des risques dans l'entreprise, des habitudes culturelles notamment en matière de consommation, des conditions de travail, du vécu et de la perception des salariés vis-à-vis des addictions en général ;
- bilan de « l'état social » de l'entreprise et des outils de gestion des ressources humaines existants qui pourraient être utiles à l'analyse de la situation ;
- évaluation du risque « addictions » dans l'entreprise et inscription, si besoin, de ce risque dans le document unique...

Construire un document écrit référent

La construction d'un document écrit est également une étape importante de la démarche. Ce document doit être rédigé en concertation avec les différents partenaires de la démarche. Il vise à définir précisément la conduite tenue par l'entreprise pour tout ce qui concerne le suivi et la prise en charge dans une situation où il y a mise en danger possible, en privilégiant les interventions précoces afin d'éviter des situations requérant des réponses lourdes ou complexes. Il ne remplace pas le règlement intérieur. Il vient le compléter.

La construction de ce document sera l'occasion de rassurer sur la légitimité d'une approche collective.

Ce document doit permettre d'établir un protocole relatif au dépistage et au contrôle dans le respect de la réglementation et des libertés individuelles. Il doit également permettre de clarifier les conditions de retrait du poste ou de reclassement. L'ensemble des acteurs doit être convaincu qu'il est important pour chacun de lutter contre les attitudes d'évitement.

Il est également utile de tirer profit des retours d'expériences et des pratiques d'autres entreprises dans un même secteur d'activité pour affiner la démarche. Pour les plus petites structures, il peut être envisagé un regroupement pour des actions coordonnées.

Déterminer ou clarifier les rôles de chacun dans l'entreprise

Le rôle de chacun dans l'entreprise doit être précisé. Il est notamment recommandé d'insister sur l'importance du rôle des premiers niveaux d'encadrement, des services de santé au travail, du CHSCT et des structures de soutien collectif (services sociaux, groupes de parole ou de soutien...). Le rôle d'alerte de l'ensemble des salariés doit être rappelé. Il ne s'agit pas d'un rôle de délation mais de responsabilisation de chacun. À cette fin, il est nécessaire d'aborder la question de la différence entre alerte et dénonciation.

Par ailleurs, le respect de la confidentialité, la discrétion dans les interventions ou les mesures prises, l'organisation de « pots » sans alcool doivent être soulignés.

Déterminer des signaux ou des indicateurs d'alerte et de suivi

Ces signaux peuvent permettre à chacun de déceler une situation nécessitant d'intervenir. Ils vont également être utiles pour évaluer l'impact de la démarche mise en œuvre. Ces signaux ou indicateurs d'alerte doivent être discutés au cas par cas par chaque entreprise. Ils peuvent comporter des indicateurs utilisés par le service des ressources humaines. Quand ces derniers ne sont pas jugés pertinents, d'autres doivent être utilisés (par exemple, nombre de salariés sensibilisés, nombre de réunions de sensibilisation...).

Travailler avec des relais extérieurs expérimentés

Les relais extérieurs qui vont pouvoir intervenir doivent être clairement identifiés. Des contacts seront pris pour organiser notamment des actions d'éducation pour la santé ou des actions de sensibilisation. Les structures pouvant être contactées font l'objet de l'**encadré 6**.

Préciser la conduite à tenir en cas de problème individuel

Le document référent doit permettre de :

- définir quelles sont les conditions du retrait ou du

ENCADRÉ 6

Structures pouvant être contactées

Numéros verts et sites Internet d'information sur les addictions

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Tabac info service | 0 825 30 93 10 |
| www.tabac-info-service.fr | |
| Écoute alcool | 0 811 91 30 30 |
| Écoute cannabis | 0 811 91 20 20 |
| Drogues info service | 0 800 23 13 13 |

Site Drogues et dépendances (MILDT)
www.drogues-dependances.fr

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)
www.anpaa.asso.fr



maintien au poste ;

- faire le point sur la façon dont sont gérées les urgences individuelles en rapport avec des consommations occasionnelles ou répétées ;
- lister les relais externes qui assurent prise en charge et suivi ;
- rappeler les obligations et les responsabilités de chacun par une diffusion régulière.

Assurer la promotion et la pérennité de la démarche

Une fois le document écrit rédigé, il est important de le faire connaître, de le mettre en application et d'assurer sa pérennité. Il faut le diffuser largement et le tenir à disposition, au niveau de l'entreprise, à l'ensemble du personnel, y compris aux nouveaux embauchés ainsi qu'à tous les travailleurs temporaires (CDD, intérimaires, prestataires extérieurs). Afin de mieux faire comprendre les rôles à jouer et les responsabilités de chacun, la mise en place d'actions de formation, adaptées à chaque niveau d'encadrement de l'entreprise, sera utilement envisagée pour l'encadrement, les représentants du personnel et les salariés (par exemple, à base de jeux de rôle). Pour ce faire, l'entreprise pourra faire appel à des structures extérieures spécialisées ou faire connaître les numéros verts nationaux existants, ainsi que les sites d'information « grand public » (cf. encadré 6 et les sites de référence en fin de dossier : « Pour en savoir plus »).

Prise en charge et repérage des situations individuelles

Il est important que tout salarié dans l'entreprise sache, après les avoir identifiées, réagir face à des situations individuelles susceptibles de mettre en danger un salarié ou son entourage, suite à une supposée consommation occasionnelle ou répétée d'une substance psychoactive. Certains indices peuvent permettre de repérer de façon précoce (avant qu'il y ait mise en danger) les personnes en difficulté, avec une possible consommation de substances psychoactives.

Certaines situations devraient par ailleurs faire l'objet d'une vigilance accrue. Les études citées plus haut mettent en évidence que les consommations de substances psychoactives seraient plus élevées ou plus fréquentes chez les personnes qui sont affectées à des postes à risque ou à fortes contraintes :

- tâches à haut risque (métiers de sécurité, transports, sites à hauts risques industriels...);
- métiers pénibles ou difficiles ;
- postes à fortes responsabilités...

La marche à suivre figure dans le document écrit

établi collectivement pour la gestion et le suivi des addictions dans l'entreprise, y compris dans les situations d'urgence. Cependant, cette réponse d'urgence ne peut répondre qu'à des problématiques ponctuelles. Elle n'a que peu d'efficacité à long terme. On peut souligner que les difficultés constatées à un niveau individuel peuvent constituer un signal d'alarme d'un problème plus large, et servir à la recherche de mesures de portée plus collective.

OUTILS À LA DISPOSITION DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Dans le cadre de la démarche globale de prévention de l'entreprise, les services de santé au travail peuvent :

- déterminer des indicateurs pertinents de suivi ou d'alerte ;
- organiser un recueil de données (questionnaires, outils de repérage...);
- s'appuyer sur les résultats des examens de dépistage utilisés pour les postes de sécurité ;
- organiser des actions de sensibilisation ;
- participer à des actions de formation.

Les services de santé au travail ont un rôle spécifique à jouer : ils sont les détenteurs des informations permettant le suivi de l'état de santé des salariés et peuvent mettre en place des indicateurs pertinents pour évaluer l'évolution et les problèmes posés par des conduites addictives en milieu de travail (quantité consommée, fréquence de consommation, postes ou unités plus touchés que d'autres...), dans le respect du secret professionnel.

Le recueil de données peut être organisé au moyen de divers questionnaires de dépistage. Certains de ces questionnaires ont été validés et sont relativement faciles à utiliser et rapides à remplir. Peuvent être cités par exemple le test de Fagerström [64] pour le tabac, le test DETA CAGE pour l'alcool [65]. Ces deux questionnaires comprennent 6 questions pour le premier et 4 pour le deuxième. D'autres questionnaires comme l'Addiction Severity Index [ASI] (toutes substances) ou l'AUDIT sont relativement plus longs à remplir. En ce qui concerne le cannabis, le questionnaire CAST [66] est également court. Il a été développé par l'OFDT. En ce qui concerne l'évaluation du workaholisme, le test dit de Robinson [24] est proposé pour évaluer le degré de dépendance au travail. Ces questionnaires sont reproduits dans l'**annexe 2**.

En ce qui concerne les postes de sécurité, le suivi de la proportion de personnes positives pour telle ou telle substance peut être intéressant pour décider des actions de prévention et d'information à mettre en place. Ces actions ont, dans les études publiées, démontré leur efficacité [67].

Prévenir les addictions : des outils réalisés par l'INRS sont disponibles

Deux dossiers en ligne sur le site de l'Institut

Lutter contre le tabagisme en entreprise

www.inrs.fr/dossiers/tabagisme.html

La lutte contre le tabagisme est également une question de santé au travail qui passe par une interdiction de fumer (hors fumeurs) prévue par la réglementation, mais aussi par une démarche de prévention devant mobiliser l'ensemble des acteurs de l'entreprise.



Addictions et travail www.inrs.fr/dossiers/addictions.html

Ce dossier fait le point sur les addictions en France et les risques professionnels occasionnés, ainsi que sur le contexte réglementaire existant. Il détaille la stratégie à mettre en place dans les entreprises, qui passe par l'élaboration d'une démarche collective sans négliger la prise en charge individuelle.

Un DVD pour prévenir les risques liés aux consommations d'alcool et de drogues



« **Alcool, drogues et travail** » est un audiovisuel conçu pour être utilisé dans des actions de sensibilisation ou de formation. Il permet d'ouvrir une discussion dans l'entreprise et de travailler sur le rôle de chacun dans le cadre de la prévention des risques professionnels liés aux consommations de psychotropes.

Réf. DV 0380. Bande annonce visualisable sur :
www.inrs.fr/actus/DvdAlcooldrogues.html

Un stage de formation

« Évaluer les risques liés aux addictions en milieu professionnel »

Public : médecins du travail.

Objectifs : acquérir des connaissances de base sur les différents types d'addiction et leurs effets et conseiller l'entreprise dans la mise en œuvre d'une démarche de prévention des risques liés aux addictions.

Réf. B047.

Cas particulier de la prise en charge des addictions sans produit [71 à 74]

Workaholisme

Pour agir contre cette forme de dépendance, une première étape consiste d'abord à accepter d'avoir besoin d'aide, puis de modifier sa conduite. Des thérapies peuvent aider à y parvenir. Par exemple, les thérapies comportementales qui proposent principalement d'apprendre à résister à la compulsion en trouvant des attitudes compatibles avec une vie « normale » : programmer des vacances et les prendre, ne pas emporter son portable professionnel ou tout autre périphérique électronique, décider de partir le vendredi soir avant 5 heures et s'y tenir, etc. Par ailleurs, les thérapies de groupe peuvent également être efficaces. La confrontation des participants permet des prises de conscience. À partir de là, de nouveaux comportements peuvent s'établir. Ce phénomène est pris aujourd'hui très au sérieux dans certains pays : des programmes de sensibilisation collective ont été mis sur pied. Des approches de prise en charge individuelle ont également été élaborées, reposant essentiellement sur des psychothérapies comportementales (évaluation des comportements au travail, repérage des facteurs déclenchants...).

L'objectif principal de ces approches collectives et individuelles est d'aider le travailleur « compulsif » à réapprendre à aimer le temps libre et à prendre soin de lui.

Technodépendance

Certaines entreprises développent des chartes de bonne utilisation d'Internet et de la messagerie.

Des programmes de prévention commencent également à être appliqués en entreprises. Ils sont basés sur l'information aux employeurs et aux employés des risques encourus par l'utilisation des téléphones portables de fonction, des e-mails, d'Internet, etc. Comme la plupart des addictions sans produit, le traitement de la dépendance au Net ne nécessite pas de médicament. Il repose sur des thérapies basées sur la parole et des thérapies comportementales (identification et modification du comportement). Comme pour toutes les autres conduites addictives, l'objectif est de comprendre les raisons qui poussent le cyberdépendant à utiliser des NTIC.

Contrairement aux États-Unis où les « Internet Addiction Disorders » font grand bruit, en France, la cyberdépendance reste encore rarement prise au sérieux. Les structures d'accueil sont largement insuffisantes. Quant à la prévention, elle est pour l'instant inexistante.

L'acceptation sociale de la cyberdépendance semble plus grande que pour les autres addictions.

L'usage d'outils modernes de communication est valorisé par notre société, et encouragé. La dépendance ne peut s'appréhender véritablement que par une approche globale intégrant ces trois champs en constantes interactions : l'objet de l'addiction, la personne et son environnement. Que l'on travaille sur les causes, les conséquences, les axes préventifs ou thérapeutiques, il faut, pour être pertinent, aborder le problème sous ces trois volets.

Ils peuvent également participer à des formations (actualisation ou acquisition de compétences) sur le sujet, ce qui est un des objectifs du Plan gouvernemental addictions 2007-2011.

Certains outils permettent à la fois un dépistage et une sensibilisation [68, 69]. Peut être citée notamment « l'intervention brève » utilisée pour l'alcool [70]. D'autres outils, notamment l'intervention brève pour le cannabis, devraient être développés à l'avenir.

Il est par ailleurs nécessaire de développer des relations avec des structures de prise en charge spécialisées, le rôle du service de santé au travail n'étant pas d'assurer la prise en charge thérapeutique mais de l'initier. Des contacts peuvent également être pris avec les consultations de pathologie professionnelle.

Dans le cas particulier des urgences en milieu de travail qu'elles soient liées à des consommations ou à une addiction comportementale et qui dépassent le cadre de la prévention, la conduite à tenir doit avoir été inscrite dans l'organisation des secours de l'entreprise et dans le document écrit référent établi collectivement pour la gestion et le suivi des addictions.

Le cas particulier de la prise en charge des addictions sans produit fait l'objet de l'**encadré 7**. Il ne s'agit

pas dans ce cas véritablement de prévention puisqu'il n'existe pas à ce jour de mesures de prévention validées de ces addictions .

Conclusion

L'ampleur et l'expansion de la consommation de substances psychoactives dans la population active créent un nouvel enjeu pour les services de santé au travail. La question des addictions en milieu de travail reste encore une problématique délicate à aborder en raison de la réglementation. Les réflexions récentes (rapport MILDT [75]) ont amené à proposer un certain nombre de pistes de travail pour lutter contre ce fléau et développer des démarches de prévention. Un certain nombre de pistes de réflexion et un canevas pour la mise en place d'une démarche de prévention des addictions qui doit, dans tous les cas, faire partie intégrante de la démarche globale de l'entreprise en matière de risque professionnel, ont été développés dans ce dossier.

Points à retenir

Les conduites addictives sont le plus souvent liées à des substances psychoactives mais de plus en plus d'addictions comportementales sont décrites dans la littérature

L'analyse des facteurs explicatifs des addictions met en évidence que les mécanismes sont comparables qu'il s'agisse d'addiction à un produit ou non

L'état des lieux en entreprise met en évidence que les consommations de substances psychoactives sont une réalité dans le monde du travail

Le cadre juridique permet de définir les bonnes pratiques en matière de prévention et de contrôle

La prévention repose avant tout sur une démarche collective qui doit respecter les libertés individuelles

Bibliographie

- [1] FARGES E - Les États face aux drogues. Mémoire de DEA de Sciences politiques ; 2002 (www.memoireonline.com/12/05/11/m_les-etats-face-aux-drogues0.html).
- [2] COSTES JM (Ed) - Drogues et dépendances, données essentielles. Paris : Editions La Découverte ; 2005 : 2002 p.
- [3] Drogues, chiffres clés. Saint-Denis la Plaine : OFDT ; 2007 : 6 p.
- [4] Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. *J Off Répub Fr.* 1971 ; 3 janvier 1971 : 74-76.
- [5] Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. *J Off Répub Fr.* 2007 ; 56, 7 mars 2007 : 4297-4336.
- [6] La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 (www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf).
- [7] Présentation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. MILDT, 2008 (www.drogues.gouv.fr/article5831.html).
- [8] Code du travail - Article L. 4622-3 (www.legifrance.gouv.fr).
- [9] Avis n° 15 du 16 octobre 1989 sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise. Rapport du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 1989 (www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis015.pdf).
- [10] Circulaire n° 90/13 du 9 juillet 1990 relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise. *Bull Off Minis Trav Empl Form Prof.* 1990 ; 90/18, 26 septembre 1990 : 15-18.
- [11] DURAND E, GAYET C, BJAOUI A - Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail. Pratiques et déontologie TM 2. *Doc Méd Trav.* 2004 ; 99 : 301-14.
- [12] DURAND E - Conduites addictives et travail. Journées de l'Institut national de médecine agricole. Lille, 6-7 octobre 2005. Notes de congrès TD 146. *Doc Méd Trav.* 2006 ; 106 : pp. 203-15.
- [13] DELÉPINE A, DURAND E, FALCY M, FERREIRA M ET AL. - 29^e Congrès national de médecine et santé au travail. Lyon, 30 mai-2 juin 2006. Note de congrès TD 151. *Doc Méd Trav.* 2006 ; 108 : 507-38.
- [14] International Classification of Diseases (ICD). WHO, 2007 (www.who.int/classifications/icd/en).
- [15] VALLEUR M - Les addictions sans drogue et les conduites orales : addictions, substitutions. *Inf Psychiatr.* 2005 ; 81 (5) : 423-28.
- [16] ALLILAIRE JF, PÉLISSOLO A - Psychiatrie. In : GODEAU P, HERSON S, PIETTE JC - Traité de médecine. 4^e édition. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2004, 2 tomes : 2615-50, 3208 p.
- [17] DURAND E - Médicaments psychotropes et travail. Traitements de substitution aux opiacés. Dossier médico-technique TC 111. *Doc Méd Trav.* 108 ; 2006 : 441-60.
- [18] DURAND E - Médicaments psychotropes et travail. Médicaments antidépresseurs. Dossier médico-technique TC 116. *Doc Méd Trav.* 2007 ; 112 : 487-508.
- [19] Drogues et travail : le new deal ? *Rev Toxicbase.* 2004 ; 15 : 1-18.
- [20] BONDÉLLE A, FELLMANN A, VAUDOUX D - Dossier. Drogues et travail. Un très mauvais ménage. *Trav Sécur.* 2007 ; 678 : 16-28.
- [21] Conduites addictives et risques professionnels en Europe. Les débats d'Eurogip. Paris, 20 octobre 2006. Eurogip-27/F. Paris : Eurogip ; 2006 : 31 p.
- [22] VALLEUR M, VALEA D - Les addictions sans drogue(s). *Rev Toxicbase.* 2002 ; 6 : 1-13.
- [23] Kahn-Bensaude I, Rigaud A - La prévention et la prise en charge des addictions. *Bull Ordre Méd.* 2007 ; 3 : 6-10.
- [24] ROBINSON BE - Concurrent validity of the Work Addiction Risk Test as a measure of workaholism. *Psych. Rep.* 1996 ; 79 (3 Pt 2) : 1313-14.
- [25] VOIROL C - Quelques aspects psychologiques de l'ergonomie. Association du Personnel de la Confédération, 2002 (apc.epfl.ch/webdav/site/apc/shared/2002/BoulomanieExposeVoirol.pdf).
- [26] Avantages et inconvénients d'un travail bien rémunéré. Radio Romania International : 9 mai 2007 (www.rri.ro/art-art.shtml?lang=6&sec=76&art=1841).
- [27] VACHEY B, MAGALON D, IANCON C - Addiction à INTERNET. *THS Rev Addict.* 2005 ; 7 (27) : 1365-70.
- [28] VALLEUR M - Dépendances sans drogues. *Cerveau Psycho.* 2004 ; 7 : 54-59.
- [29] LEJOYEUX M, MORO L, ADES J - Addiction à l'internet. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Psychiatrie 37-396-A-27. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2003 : 6 p.
- [30] VALLEUR M - La cyberdépendance. *Agir Mag.* 2007 ; 13 : 27-28.
- [31] KAKABADSE N, BAILEY S - Behind closed doors Techno Addiction. Paper presented at the Sunley management Centre, University of Northampton, UK, 29th february 2008.
- [32] VAN DEN BULCK J - Text messaging as a cause of sleep interruption in adolescents, evidence from a cross-sectional study. *J Sleep Res.* 2003 ; 12 (3) : 263.
- [33] KAMVAR M, BALUJA S - A Large Scale Study of Wireless Search Behavior: Google Mobile Search. Proceedings of the SIGCHI conference on Human Factors in computing systems. CHI 2006 April 22-27. Montréal, Québec, Canada, 2006 (www.esprockets.com/papers/kamvar-baluja.chi06.pdf).
- [34] GOLDBERG I - Internet addiction disorder. Article posted by Ivan Goldberg to news group alt.internet.media-coverage, January 9, 1995 (www.cog.brown.edu/brochure/people/duchon/humor/internet.addiction.html).
- [35] YOUNG, KS - Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Paper presented at the 104th annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada August 15, 1996 (www.netaddiction.com/articles/newdisorder.htm).
- [36] YOUNG KS - Internet addiction: a new clinical phenomenon and its consequences. *Am Behav Scientist.* 2004 ; 48 (4) : 402-15
- [37] GARNEAU J - Les recherches sur la cyberdépendance. *Lett Psy.* 1999 ; 3 (10) :
- [38] LEROUX Y - Il n'y a pas d'addiction à internet, aux jeux vidéos. *Epsychologie2006* (yann.leroux.free.fr?p=94).
- [39] ROSSÉ E - Clinique de l'addiction aux jeux en réseau. Communication aux 2^e journées de l'Albatros, 6 juin 2008.
- [40] LOWENSTEIN WV - Ces dépendances qui nous gouvernent : comment s'en libérer ? Paris : Librairie générale française ; 2007 : 317 p. (nouvelle édition)

- [41] GAUTIER J - La cyberaddiction: une dépendance à Internet ? Impacts d'Internet en santé mentale: Résultats de l'enquête sur les accros du Web. Communication présentée au Congrès de l'université de Nantes, service de psychiatrie infanto-juvénile, CHS de Montbert, Nantes ; septembre 2006.
- [42] DEJOURS C - Le travail entre banalisation du mal et émancipation. In : Collège International de Psychanalyse et d'Anthropologie – D'un siècle à l'autre : la violence en héritage : perspectives psychanalytiques et anthropologiques. Paris : Editions In Press ; 2002 : 160 p.
- [43] HIRIGOYEN MF - Le Harcèlement moral La violence perverse au quotidien. Paris : Éditions La Découverte et Syros ; 1998 : 213 p.
- [44] HAGUENOER JM, HANNOUHALUX MH, LAYAHE-ROUSSEL MC, FONTAINE B ET AL. - Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel : une étude dans la région Nord Pas-de-Calais. *Bull Ordre Méd.* 1997 ; 80 : 11-15.
- [45] LECLERC A, ZINS M, BUGEL I, CHASTANG JF ET AL. - Consommation de boissons alcoolisées et situation professionnelle dans la cohorte GAZEL (EDF-GDF). *Arch Mal Prof.* 1994 ; 55 (7) : 509-17.
- [46] DELZENNE C, PRADEAU P - Limite, intérêt et avenir du dépistage systématique des substances psychoactives, étude sur une population de candidats au poste de chauffeurs poids lourds. Communication aux 21^e journées méditerranéennes internationales de médecine du travail, 26-28 octobre 2001, Marrakech.
- [47] LABAT L, DEHON B, LHERMITTE M - Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Ann Toxicol Anal.* 2004 ; 16 (4) : 269-74.
- [48] MOREL P - Prévention des conduites addictives en entreprise : expérience dans l'industrie automobile. *Arch Mal Prof Env.* 2006 ; 67 (2) : 212-13.
- [49] WENZEK M, RIGODEL I - Dépistage urinaire systématique des substances psychoactives parmi le personnel SNCF affecté aux postes de sécurité des circulations ferroviaires. Bilan à deux ans. *Arch Mal Prof Env.* 2006 ; 67 (2) : 214.
- [50] DEVOS C., MASSON N - Conduites addictives et travail : enquête nationale chez les chauffeurs affiliés à la Mutualité Sociale Agricole. Actes du 29^e Congrès national de médecine et santé au travail. *Arch Mal Prof Env.* 2006 ; 67 (2) : 212.
- [51] Consommations en milieu de travail. In : Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendances. Expertise collective. Paris : Les Éditions INSERM ; 2003 : 113-27, 536 p.
- [52] FACY F, RABAUD M, BERGERET A - Étude sur les liens entre santé au travail et secteur spécialisé en alcoologie. *Arch Mal Prof Env.* 2005 ; 66 (3) : 226-35.
- [53] MÈNARD C - Alcool en entreprise : les difficultés de la prévention. *La Santé de l'Homme.* 2006 ; 385 : 42-45.
- [54] MÈNARD C, LÉON C - Activité professionnelle et santé, quels liens ? In : BECK F, GUBERT P, GAUTIER A. (Eds) - Baromètre santé 2005. Attitudes et comportement de santé. Collection Baromètres Santé. Saint-Denis : INPES ; 2007 : 415-444, 608 p.
- [55] BERGERET A, FORT E - Enquête descriptive sur les pratiques addictives en milieu maritime français. Actes des 13^e journées de la médecine des Gens de mer. Paris, 13 et 14 mars 2008.
- [56] Livre blanc : sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments. Paris : La documentation française ; 1996 : 249 p.
- [57] BIECHLER MB, FACY F, MARTINEAU H, PEYTAVIN JF - Enquête stupéfiants et accidents mortels (SAM). Recherche des substances consommées. *Alcoologie Addictologie.* 2006 ; 28 (4) : 297-309.
- [58] LAUMON B, GADEGBEKU B, MARTIN JL, BIECHLER MB ET AL. - Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ.* 2005 ; 331 (7529) : 1371.
Erratum in: *BMJ.* 2006 ; 332 (7553) : 1298.
- [59] Arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée. *J Off Répub Fr.* 2005 ; 301, 28 décembre 2005 : 20098-113.
- [60] Médicaments et conduite automobile. Saint Denis : AFSSAPS ; 2005 : 19 p.
- [61] DESJEUX G, ASPAR AM, COLONNA D'ISTRIA E, RAUDE D ET AL. - Consommation d'hypnotiques chez les militaires français. *Méd Armées* 2007 ; 35 (2) : 155-58.
- [62] GAYET C - Aptitude, invalidité. Rôles respectifs du médecin du travail, du médecin-conseil et du médecin traitant. *Pratiques et déontologie TM 5. Doc Méd Trav.* 2005 ; 104 : 441-47.
- [63] Arrêt du Conseil d'État n° 279632 du 7 juin 2006 (www.legifrance.fr).
- [64] FAGERSTRÖM KO - Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978 ; 3 (3-4) : 235-41.
- [65] RUEFF B, CRNAC J, DARNE B - Dépistage de malades « alcooliques » par l'autoquestionnaire systématique DETA. Parmi des consultants hospitaliers. *Presse Méd.* 1989, 18 (33) : 1654-56.
Comment in: *Presse Méd.* 1990 ; 19 (7) : 334.
- [66] REYNAUD M - Usage nocif de substances psychoactives - identification des usages à risques : outils de repérage ; conduite à tenir. Paris : Documentation française ; 2002 ; 277 p.
- [67] MICHAUD P, KUNTZ V, DEMORTIÈRE G, CARRÉ A ET AL. - Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Premiers résultats de l'étude EIST. *Évolutions.* 2008 ; 14 : 1-6.
- [68] DEMORTIÈRE G, MICHAUD P, DEVOST AV - Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge. Etudes et enquêtes TF 141. *Doc Méd Trav.* 2005 ; 102 : 215-23.
- [69] KUNZ V, MICHAUD P, TOUBAL S, LOBBAN G ET AL. - Risque alcool et santé au travail. Étude de repérage et d'intervention auprès de 2060 salariés. *Évolutions.* 2006 ; 1 : 1-4.
- [70] Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. *Bull Off Santé Prot Soc Solidar.* 2006 ; 06/111, 15 décembre 2006 : 121-26.
- [71] RAHIOUI H, REYNAUD M - Thérapies cognitives et comportementales et addictions. *Flammarion Médecine-Sciences* ; 2006 : 113 p.
- [72] MIRABEL-SARRON C, VÉRA L, SAMUEL-LAJEUNESSE B - L'entretien en thérapie comportementale et cognitive. Paris : Dunod ; 2004 : 156 p.
- [73] REYNAUD M - Addictions et psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris : Masson ; 2005 : 292 p.
- [74] CUNGI C - Faire face aux dépendances : alcool, tabac, drogues, jeux, internet. Paris : Retz ; 2005 : 248 p.
- [75] 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. MILDT, 2006 (www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/CONDUITES_ADDICTIVES.pdf).

Pour en savoir plus

- BONDÉELLE A, FELLMANN A, DUBOIS G, FAVIER AL - Dossier. Alcool, tabac... au travail. De bien mauvaises habitudes. *Trav Secur.* 2006 ; 667 : 28-36.
- LUTTER CONTRE LE TABAGISME EN ENTREPRISE. INRS, 2008 (www.inrs.fr/dossiers/tabagisme.html).
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (www.emcdda.europa.eu).
- Ensemble, arrêtons le tabac (site interministériel) (www.tabac.gouv.fr).
- INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (Inpes) (www.inpes.sante.fr).

- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OFDT) (www.ofdt.fr).
- ADDICTIONS EN ENTREPRISE. Actes des Assises nationales de la prévention du 3 mai 2006. ANPAA, 2006 (www.anpaa.asso.fr/upload/synthese/4a3f92e3_Actes_du_3_mai_06.pdf).
- FONTAINE A - Double vie. Les drogues et le travail. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond ; 2006 : 215 p.
- PHAN CHAN THE E - Alcool et travail. Performances. 2006 ; 28 : 3-17.
- ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS. Gérer les risques liés aux consommations de substances psychoactives. Actes du colloque du 7 juin 2005. ANPAA, 2005 (www.anpaa.asso.fr/upload/synthese/4a3f92e3_Actes_du_3_mai_06.pdf).





Fumerie d'opium en France. « Le Petit Journal », juillet 1903. © ROGER-VIOLETTE

L'usage de drogues, définies comme étant des « substances pouvant altérer les états de conscience de l'homme », est retrouvé très tôt dans l'histoire des civilisations humaines.

Les premières utilisations d'opiacés remontent aux époques sumérienne et babylonienne (3000 avant J.C.). En Egypte, l'opium était utilisé comme un médicament ou un poison. Il est également retrouvé en Chine vers l'an 1000 dans les suites de son importation. L'opium se développe en Europe durant le Moyen-âge, notamment comme médicament. Toutefois, ce n'est qu'au cours du 19^e siècle qu'est apparu un usage hédonique de la drogue. Les conduites toxicomaniaques renvoient dès lors à une recherche de plaisir personnel et à un démarquage social. La première cause de ce changement est le développement économique des substances qui acquièrent le statut de marchandise. Les gouvernements européens sont à l'époque largement favorables, pour des motifs économiques, au commerce et à la diffusion des substances notamment de l'opium. Au 19^e siècle, la « guerre de l'opium » contraint la Chine à ouvrir plusieurs ports francs au commerce européen.

Le développement des stupéfiants a également été favorisé par la découverte au cours du 19^e siècle des alcaloïdes, substances actives contenues dans les principaux stupéfiants naturels, simultanément à l'accélération rapide des progrès réalisés en chimie organique. En 1803, Louis Charles Dersone isole un sel composé de morphine et de narcotine. Friedrich William Sertürner, pharmacien de Westphalie, identifie en 1805 le premier alcaloïde de l'opium, baptisé morhium en référence aux puissantes propriétés calmantes et analgésiques de la substance. Elle sera utilisée, par voie injectable, comme anesthésiant pendant la guerre de 1870 ou encore durant la guerre de Sécession américaine. Les médecins s'enthousiasment pour ce médicament qui supprime instantanément la douleur. Le chimiste allemand Dreser synthétise une nouvelle substance encore plus puissante, l'héroïne, qui est mise sur le

Des notions de drogues et de toxicomanies à celle d'addictions

[d'après 1]

marché en tant que médicament en 1898. L'industrie pharmaceutique, à la recherche de nouveaux produits à commercialiser, soutient ces recherches. La généralisation de sa prescription dans un grand nombre d'indications peu ou pas adaptées à ses propriétés pharmacologiques banalise son usage au début du vingtième siècle et fut à l'origine d'innombrables cas de toxicomanies.

La cocaïne apparaît en Europe à la même époque. Elle est découverte par le chimiste allemand Albert Niemann en 1859 à partir des feuilles de coca rapportées du Pérou. La cocaïne est, tout comme la morphine, accueillie par le monde médical avec beaucoup d'enthousiasme. Elle est administrée comme traitement d'un grand nombre d'infections, comme désintoxiquant contre l'alcoolisme ou encore comme tonique. Freud préconise la cocaïne, dans un texte publié en 1884, dans les troubles les plus variés tels que l'indigestion, la cachexie et l'impuissance, mais surtout le morphinisme et l'alcoolisme.

La considération sociale des drogues est dominée, du début du 19^e siècle jusqu'aux années 1840, par la règle du « désintéret général ». L'usage de drogues n'est pas stigmatisé et n'est pas encore perçu comme un fléau. L'attitude favorable du corps médical a fortement contribué à ce phénomène. L'opiomane se développe de façon importante à partir du 19^e siècle. De nombreuses fumeries semi-clandestines se multiplient en France notamment après la colonisation de l'Indochine. L'opiophilie se développe dans les cercles artistiques et intellectuels, sous forme de la consommation d'opium fumable, et dans le milieu médical, sous forme d'opium ingéré.

Jacques Moreau, psychiatre, prescrivait à partir de 1842 du haschich à ses patients. Il soutenait qu'outre ses effets proprement thérapeutiques, le chanvre permet une « exploration en matière de pathologie mentale ». Moreau fréquenta le « club des haschichins », fondé par Théophile Gautier sur l'île Saint-Louis à Paris. Ce cercle d'initiés fut le rendez-vous du monde littéraire et artistique parisien durant la seconde moitié du 19^e siècle : Alexandre Dumas, Charles Baudelaire, Eugène Delacroix, Victor Hugo ou encore Gérard de Nerval figurèrent parmi ses habitués. Il s'agit pour eux d'ouvrir, à l'aide de l'usage de psychotropes, la porte de l'inconscient qui offre l'accès aux « paradis artificiels ». Les prises de haschich ou d'opium deviennent des stimulants qui permettent une initiation au voyage, un accroissement de conscience. L'usage hédoniste encore très restreint va cependant rapidement se développer et donner place à la toxicomanie.

À partir du milieu du 19^e siècle, l'usage de la morphine se généralise et dépasse les classes sociales aisées. Elle se répand dans les couches les plus défavorisées de la société. C'est à cette époque que le terme de « stupéfiant » intègre les dictionnaires et les encyclopédies. Le constat des com-

PLICATIONS engendrées par une consommation régulière commença à préoccuper une partie de la population et du corps médical. En France, des ouvrages qui dénoncent les dangers des substances psychoactives sont publiés (Levinstein en 1877, Guimbail en 1891). De nombreux romans critiquent la déchéance du drogué. Un phénomène nouveau apparaît dont la désignation emprunte autant à la médecine qu'à la morale : morphinisme, morphinomanie, cocaïnomanie, cocaïnisme, etc. Le terme de toxicomane est introduit en 1885 par Regnard. Les médecins spécialisés commencent alors à débattre des modalités de traitement : sevrage brusque, rapide ou lent avec le recours ou non à d'autres substances psychoactives telles que la codéine ou l'alcool.

Une nouvelle explication du développement des substances émerge au début du vingtième siècle : il s'agirait d'une épidémie menaçant l'ensemble de la société. Le toxicomane est décrit alors comme un « malade dangereusement contagieux, contre lequel les mesures les plus sévères doivent être prises, aussi bien dans son propre intérêt que dans celui de la société ». Certains médecins prônent une loi répressive afin d'endiguer les « toxiémiés » qui menacent la civilisation. Les hygiénistes décrivent trois épidémies d'abus de drogues qui ont eu lieu en France : la morphinomanie de 1880 à 1900, l'opiomane à partir du début du 20^e siècle puis la cocaïnomanie qui se développe considérablement au début du vingtième siècle et qui supplante la morphine et l'héroïne en France juste avant la guerre de 1914. La cocaïne symbolise l'arrivée massive de la drogue dans la rue.

La seconde moitié du 20^e siècle a vu la diffusion massive de substances psychoactives. La période des années 1950 correspond à une période de bien être social et à un mode de production et de consommation élevée ; très peu ont recours aux « stupéfiants ». Un peu avant la fin des trente glorieuses (fin des années 60), l'usage de substances psychoactives va se développer de façon notable notamment par le biais des prescriptions de médicaments comme les tranquillisants, les amphétamines, les analgésiques en Europe. Il s'agissait de substances légales dotées d'un fort pouvoir de dépendance. Les amphétamines étaient déjà utilisées durant la seconde guerre mondiale, tandis que Albert Hoffman décrit en 1943 les effets de l'acide lysergique, connu sous le nom de LSD. Certaines dépendances induites par ces médicaments ont été d'autant plus fortes par exemple que les amphétamines étaient fréquemment injectées par voie veineuse. En ce qui concerne les anti-dépresseurs, des erreurs ont accompagné leur usage et peuvent être soulignées. La première a consisté dans la très forte prescription de ces nouveaux médicaments et ce dans de nombreuses circonstances (sommeil, anxiété, régimes amincissants, etc.). La seconde a été la très forte pression des industries pharmaceutiques. La diffusion des drogues, pendant cette période, est également à mettre en lien avec un phénomène culturel. Les premières communautés hippies s'installent en 1966 sur les hauteurs de San Francisco et les États-Unis connaissent, dès 1967, une extension rapide de l'usage de drogue. Celle-ci atteint rapidement les couches sociales les plus pauvres. Les pays européens (Grande-Bretagne, Pays-Bas, France, Allemagne, Italie) connaissent les retombées de ce phénomène relativement rapidement. Cette consommation de drogues s'explique par le besoin de prendre des distances avec une réalité sociale et culturelle trop rigide. Les consommateurs se tournent notamment vers des substances telles que la marijuana, le haschich et le LSD, laissant à part l'héroïne. Le « temps des fleurs » prend cependant très rapidement fin

et le cannabis cède la place aux drogues telles que la cocaïne ou encore l'héroïne. Ainsi, de 1969 à 1971, le nombre d'interpellations pour usage ou trafic d'héroïne passe en France de 210 à 982.

Les années 80 ne présentent, mis à part une forte croissance des personnes usant de substances, qu'une seule nouveauté : l'augmentation de la consommation de la cocaïne qui semble pendant un temps devancer l'usage d'héroïne. Un autre facteur de l'évolution des consommations et de la diminution de l'héroïne, est, selon Pascal Courty, la situation économique des ménages qui va considérablement se détériorer au cours des années 80 tandis que les substances sont dotées d'une très forte rigidité des prix (prix moyen de l'héroïne à 1 000 francs le gramme = dose journalière moyenne). L'alcool commence à être utilisé au début des années 80 comme « substitut » aux autres



Détail d'un « Magic Bus » hippie, exposé au Bethel Woods Center for the Arts, un musée construit sur le site du festival de musique Woodstock 1969 et qui lui est consacré. © AFP PHOTO/EMMANUEL DUNAND

substances psychoactives. De nombreux médicaments vont également être détournés de leur utilisation tels que les sirops antitussifs ou les tranquillisants comme les benzodiazépines. Cette décennie se caractérise enfin par l'apparition de nouveaux modes de consommation des drogues synthétiques (LSD, amphétamines, ecstasy, etc.) et par le développement du cannabis qui a fortement contribué à l'augmentation de la consommation de substances des plus jeunes.

Actuellement, l'augmentation de la consommation de substances psychoactives, quel que soit leur statut vis-à-vis de la loi, a pris une ampleur sans précédent (cf. *Épidémiologie en population générale*). Les concepts de drogue dure ou douce ne sont plus d'actualité, les recherches neurobiologiques ayant mis en évidence que toutes les substances psychoactives agissent de façon comparable. Le concept de toxicomanie a été remplacé par celui d'addiction plus large permettant d'intégrer le tabac, l'alcool, les médicaments ainsi que des comportements addictifs sans produit (jeu pathologique par exemple...).

ANNEXE 2 : exemples de tests de dépistage

TABAC TEST DE FAGERSTRÖM [64]

1. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- | | |
|---------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> moins de 5 minutes | 3 |
| <input type="checkbox"/> 6 et 30 minutes | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 à 60 minutes | 1 |
| <input type="checkbox"/> après 60 minutes | 0 |

2. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |

3. Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> la première | 1 |
| <input type="checkbox"/> une autre | 0 |

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 10 ou moins | 0 |
| <input type="checkbox"/> 11 à 20 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 21 à 30 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 ou plus | 3 |

5. Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |

6. Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU TEST

Les chiffres placés en colonne à droite (de couleur brique) permettent d'établir le score

- Score entre 0-2 : pas de dépendance
- Score entre 3-4 : dépendance faible
- Score entre 5-6 : dépendance moyenne
- Score entre 7-8 : dépendance forte
- Score entre 9-10 : dépendance très forte

ALCOOL QUESTIONNAIRE DETA-CAGE [65]

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> non |

2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> non |

3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> non |

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

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> non |

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU TEST

Compter 1 pour toute réponse positive, 0 si non

Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolodépendance à partir de 2 items positifs.

et de repérage

CANNABIS

TEST D'ÉVALUATION D'ABUS OU DE DÉPENDANCE [66]

| | jamais | rarement | de temps en temps | assez souvent | très souvent |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, incidents, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU TEST

Le CAST n'est pas un outil diagnostique mais un test de repérage. Il a été développé pour un public d'adolescents ou de jeunes adultes. En pratique, le score se calcule de la façon suivante : les deux premières

questions cotent 1 à partir de la réponse « de temps en temps », 0 sinon. Les quatre suivantes cotent 1 dès la réponse « rarement ». Le score varie de 0 à 6. Un score ≥ 4 suggère un usage problématique.

TRAVAIL

TEST DE ROBINSON [24]

1. Je préfère faire les choses moi-même plutôt que de demander de l'aide
2. Je suis impatient quand je dois attendre l'aide d'un autre ou quand une tâche prend trop de temps
3. J'ai l'impression d'être pressé, de courir contre la montre
4. Je suis irrité quand on m'interrompt au milieu d'une activité
5. J'ai plusieurs fers au feu, je suis tout le temps occupé
6. Je fais plusieurs choses en même temps (manger, lire, répondre au téléphone...)
7. Je m'implique trop dans mon travail, je prends des engagements qui dépassent mes capacités de travail
8. Je me sens coupable lorsque je ne travaille pas
9. Il est important pour moi de voir les résultats concrets de ce que je fais
10. Je suis plus intéressé par le résultat final de ce que je fais que par la manière d'y arriver
11. Les choses ne vont jamais assez vite pour moi
12. Je perds patience quand les choses ne vont pas au rythme qui me convient
13. Je pose plusieurs fois les mêmes questions sans me rendre compte que j'ai déjà une réponse
14. Je passe beaucoup de temps à organiser mon travail et à réfléchir à la manière dont je vais travailler
15. Je continue à travailler alors que mes collègues ont quitté le bureau
16. Je suis irrité quand les personnes de mon entourage ne correspondent pas à ce que j'attends d'elle
17. Je suis en colère dans les situations que je ne peux pas contrôler
18. J'ai tendance à me mettre la pression en m'imposant des délais quand je travaille
19. Il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas.
20. Je passe plus de temps au travail qu'en famille, avec mes amis ou aux activités de loisirs
21. J'aime préparer mon travail pour prendre de l'avance
22. Je supporte mal mes erreurs, même les plus anodines
23. Je consacre plus d'énergie à mon travail qu'à mes amis ou à ma famille
24. J'oublie, j'ignore ou néglige les vacances, les fêtes familiales
25. Je prends des décisions importantes avant d'avoir réuni tous les éléments nécessaires pour me forger une opinion

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU TEST

Ce test comprenant 25 items permet de détecter et quantifier le *workaholisme* ; chaque réponse est cotée de 1 à 4 (1 = jamais, 2 = parfois, 3 = souvent, 4 = toujours).

Trois niveaux de risques ont été établis par l'auteur : faible entre 25 et 56 ; moyen entre 57 et 66 ; élevé entre 67 et 100.