

**Nouvelles connaissances en addictologie : application à la santé au travail, aspects théoriques et analyses issues de la cohorte ADDICTAQUI**

Camille Heintz

► **To cite this version:**

Camille Heintz. Nouvelles connaissances en addictologie : application à la santé au travail, aspects théoriques et analyses issues de la cohorte ADDICTAQUI. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01508850>

**HAL Id: dumas-01508850**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01508850>**

Submitted on 14 Apr 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du  
**DIPLOME d'ETAT de Docteur en Médecine**

Discipline : MEDECINE DU TRAVAIL

Présentée et soutenue publiquement à BORDEAUX

Le 6 avril 2017

par

**Camille HEINTZ**

née le 23/03/1988 à Nancy

**NOUVELLES CONNAISSANCES EN ADDICTOLOGIE :  
APPLICATION À LA SANTÉ AU TRAVAIL  
Aspects théoriques et  
analyses issues de la cohorte ADDICTAQUI**

**Directeur de Thèse : Professeur Marc AURIACOMBE**

**JURY**

Mme le Professeur I. BALDI

Présidente du jury

Mr le Professeur M. DRUET-CABANAC

Mr le Professeur J.-M. SOULAT

Mme le Docteur Y. ESQUIROL

Mme le Docteur C. VERDUN-ESQUER

Mr le Docteur J. DUBERNET

## REMERCIEMENTS

**A notre Directeur de thèse,**

**Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE**

*Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,  
Discipline Addictologie*

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse. Nous vous remercions très sincèrement pour votre disponibilité, votre soutien et vos précieux conseils. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**A notre Présidente de thèse,**

**Madame le Professeur Isabelle BALDI**

*Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,  
Discipline Médecine du Travail*

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury, veuillez accepter nos plus sincères remerciements pour cela et soyez assurée de notre profond respect.

**A notre rapporteur de thèse,**

**Monsieur le Professeur Jean-Claude PAIRON**

*Professeur des Universités, Praticien Hospitalier  
Discipline Médecine du Travail.*

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant d'être le rapporteur de cette thèse ainsi que de l'attention que vous avez portée à ce travail. Veuillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse gratitude.

**A notre Jury de thèse,**

**Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT**

**Madame le Docteur Yolande ESQUIROL**

**Madame le Docteur Catherine VERDUN-ESQUER**

**Monsieur le Docteur Jacques DUBERNET**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Qu'il nous soit permis de vous témoigner ici notre gratitude pour les connaissances que vous nous avez transmises au cours de nos études médicales. Nous vous adressons l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

### **A Capucine,**

Tu as réussi à me prouver que j'étais capable de m'exprimer à l'oral et grâce à toi, j'ai changé mon regard sur moi. Merci pour tes précieuses relectures, merci pour ta bienveillance.

### **A Fuschia,**

Sans toi, cette thèse n'aurait pas été possible. Merci pour ta gentillesse, ta patience, tes explications, tes réexplications...

**et à tous les membres du service d'addictologie du Pr Auriacombe**, merci pour votre accueil et bravo pour le travail remarquable que vous faites au quotidien !

**A toutes les personnes que j'ai pu rencontrer au cours de mes stages**, notamment à mes secrétaires si sympathiques (Malika, Laurence, Cécile...), à la CPP (Mickaël, Thomas, Camille, ...), à l'AH1 33 (Joëlle, Stéphanie, Brigitte...), à l'AIA (Philippe Bessières, Rémi, Corinne, Caroline...), qui m'ont donné le goût de la médecine du travail et qui m'ont prouvé que c'était une très belle spécialité qu'il fallait défendre et valoriser.

### **A mes amis de Nancy,**

- **Léa**, tu es ma sœur de coeur et ma confidente. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu m'apportes.

- Mes amis de « Sigis », quel chemin parcouru par vous tous !

- **Guillaume**, quel parcours impressionnant ! Et pourtant, tu es resté le même, tellement attachant et toujours de bonne humeur !

- **Anne-Laure**, tu formes une si belle famille avec Laurent, Gabrielle et Benjamin. J'apprécie tellement « nos week-ends famille ». Que « notre pont » dure encore longtemps !

- **Irène**, nos valeurs communes nous ont toujours beaucoup rapprochées. J'apprécie nos conversations téléphoniques, où nous nous racontons tout !

### **A mes amis de Bordeaux,**

- **Caroline**, véritable coup de foudre amical, merci pour ton écoute toujours si bienveillante, tes conseils avisés. Félicitations pour tous les choix courageux que tu fais ! Vivez le plus heureux possible avec Charly.

- **Géraldine**, quel bonheur de savoir que nous nous retrouverons souvent en Lorraine grâce à Jérôme. J'apprécie les moments passés ensemble !

- **Amandine et David** : courage à vous deux, vous vivez la période la plus intense et difficile de votre vie. Quel honneur d'être témoin de votre mariage ! Je me réjouis !

- **Natasa et Etienne** : nos voisins pour la vie ! Vous êtes devenus de vrais amis. Je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour nous. J'ai hâte d'assister à votre mariage !

- **Amandine, Camille et Nadège** : j'ai adoré nos soirées étudiantes ! Merci pour votre joie de vivre communicative !

- mes deux co-internes **Anne-Cécile** et **Laurie**, devenues mes deux médecins du travail préférées. Ne changez rien, vous êtes parfaites ! Vive la Médecine du Travail et belle carrière à vous deux !

**A ma belle-famille,**

Merci d'avoir accueilli si chaleureusement, il y a 10 ans, la petite lorraine que j'étais et merci pour toute votre affection. Grâce à vous, je me sens chez moi à Bordeaux.

**A mes tantes, oncles, cousins et cousines,**

Nous sommes éloignés les uns des autres mais nous réussissons à garder contact ! Que notre installation à Nancy nous permette de nous voir plus souvent !

**A mémé Bertine,**

88 ans et toujours une pêche d'enfer, tu m'impressionnes ! Merci d'avoir assisté à tous les moments importants de ma vie, malgré la distance. Je suis si heureuse d'être ta petite-fille.

**A pépé Robert, papi Roger et mamie Léonie,**

Vous êtes partis trop vite... mais vous êtes au quotidien dans mon coeur et je sais que vous veillez sur moi et ma famille.

**A mes neveux Daniel, Lionel et Louis,**

Je vous souhaite l'enfance la plus heureuse possible, remplie d'insouciance et de joie. Devenez des adultes épanouis.

**A Julien, Hélène, Sophie et Mathieu,**

Mes grands frères et grandes sœurs que j'admire et que j'aime profondément. Vous êtes de véritables modèles pour moi. Quel bonheur de vivre la parentalité en même temps que vous !

**A mes parents, Charles et Monique,**

Merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel dans lesquels je puise toute ma force. Grâce à vous, je sais comment être heureuse et comment atteindre le bonheur. Je vous aime.

**A Laurène et Audrey,**

Mes deux bébés d'amour qui sont ma raison de vivre.

**A David, l'homme de ma vie,**

Déjà 12 ans d'amour... seulement 12 ans ! La vie est douce et heureuse à tes côtés. Merci d'être cette force tranquille, toujours là pour moi.

## Serment d'Hippocrate

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.*

*Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».*

# Table des matières

PARTIE I - ASPECTS THÉORIQUES : L'ADDICTION EN TANT QUE MALADIE CHRONIQUE.....	8
<b>1 Introduction.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Addiction.....</b>	<b>9</b>
2.1 Définitions.....	9
2.1.1 Qu'est-ce que l'addictologie ?.....	9
2.1.2 Modalité d'usage.....	9
2.1.3 Trouble de l'usage.....	10
2.2 Passage de l'usage normal à l'addiction.....	11
2.2.1 Autonomisation de la pathologie addictive.....	11
2.2.1.1 Rechute.....	11
2.2.1.2 Craving.....	11
2.2.2 Facteurs de risque.....	12
2.2.2.1 Produits.....	12
2.2.2.2 Vulnérabilité individuelle.....	14
2.2.2.3 Environnement.....	15
2.2.2.4 Facteurs de protection.....	16
2.3 Prise en charge des addictions en milieu de soin.....	16
2.3.1 Réseau de soins.....	16
2.3.2 Projet de soin individualisé.....	17
2.4 États des lieux des consommations de substances psycho-actives en France.....	18
2.4.1 En population générale.....	18
2.4.2 En milieu professionnel.....	20
2.4.3 Conséquences.....	22
2.4.3.1 Sanitaires.....	22
2.4.3.2 Professionnelles.....	23
2.4.3.3 Sociales.....	24
<b>3 Interaction entre addiction et emploi.....</b>	<b>25</b>
3.1 Définition.....	25
3.1.1 Pathologie d'importation.....	25
3.1.2 Pathologie d'acquisition.....	25
3.1.3 Pathologie d'adaptation.....	25
3.2 Travail favorisant les consommations.....	25
3.3 Politique actuelle face aux conduites addictives en milieu professionnel.....	26
3.3.1 Législation française et réglementation en entreprise.....	27
3.3.1.1 Alcool.....	27
3.3.1.2 Tabac.....	27
3.3.1.3 Substances illégales.....	27
3.3.2 Plan d'action national.....	28
3.3.2.1 Plan gouvernemental.....	28
3.3.2.2 Plan santé au travail.....	29
3.3.2.3 Rapport de la Cour des comptes.....	29
3.4 Accès et maintien dans l'emploi des personnes ayant une addiction.....	30
3.4.1 Accès à l'emploi.....	30

3.4.2	Maintien dans l'emploi.....	31
3.4.2.1	Acteurs.....	31
3.4.2.1.1	Salarié.....	31
3.4.2.1.2	Hiérarchie.....	31
3.4.2.1.3	CHSCT et Organisations syndicales.....	32
3.4.2.1.4	Collègues.....	32
3.4.2.1.5	Médecin du travail et service de santé.....	32
3.4.2.1.6	Aides extérieures.....	33
3.4.2.2	Moyens et Outils.....	34
3.4.2.2.1	Prise en charge du salarié par le service de santé au travail.....	34
3.4.2.2.1.1	Repérage.....	34
	Le repérage clinique.....	34
	Le repérage biologique.....	36
3.4.2.2.1.2	Avis d'aptitude et orientation thérapeutique.....	36
3.4.2.2.2	Démarche de prévention collective.....	37
3.4.2.2.2.1	Constat préalable.....	37
3.4.2.2.2.2	Comité de pilotage et charte globale de prévention.....	37
3.4.2.2.2.3	Plan d'action en entreprise.....	38
<b>4</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>39</b>
PARTIE II - ANALYSES ISSUES DE LA COHORTE ADDICTAQUI.....		41
<b>1</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>41</b>
<b>2</b>	<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>41</b>
2.1	Schéma d'étude.....	42
	Objectifs 1 et 2 : analyse transversale.....	42
	Objectif 3 : analyse prospective.....	42
2.2	Population.....	42
2.3	Procédure.....	42
2.4	Outil utilisé.....	43
2.5	Stratégie d'analyse.....	43
2.5.1	Variables.....	43
2.5.2	Analyses statistiques.....	45
	Objectif 1 et 2 : analyse transversale.....	45
	Objectif 3 : analyse prospective.....	45
<b>3</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>46</b>
3.1	Analyse transversale.....	46
3.2	Analyse prospective.....	49
3.2.1	Description des ASI en base.....	49
3.2.2	Evolution des variables d'intérêt entre l'ASI de base et l'ASI de suivi.....	50
<b>4</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>52</b>
ANNEXES.....		55
<b>1</b>	<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>55</b>
<b>2</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>



# **Partie I - Aspects théoriques : l'addiction en tant que maladie chronique**

## **1 Introduction**

L'addiction est une maladie fréquente qui touche 20 % de la population générale (tout objet d'addiction confondu), grave (surmortalité par suicide s'ajoutant aux conséquences des toxicités des différentes substances consommées) et chronique dont la prise en charge se compte en années.

Le plus souvent, l'addiction est révélée à travers les dommages qu'elle cause, dommages non spécifiques mais conséquence de l'usage des objets d'addiction et des quantités consommées (1). Ces consommations sur le lieu de travail, qu'elles soient occasionnelles ou répétées, comportent des risques pour la santé et la sécurité des salariés et peuvent être à l'origine d'accidents de travail ou encore de baisse de productivité pour les entreprises (2). Ces dernières ne font pas la distinction entre l'usage simple et le trouble de l'usage (= addiction). Côté législation, l'accent est mis sur la répression et la sanction. Concernant la prise en charge, elle est plutôt ponctuelle et ciblée sur la résolution du problème aigu (par exemple, existence de documents sur la conduite à tenir devant un trouble du comportement suite à la consommation de substances psychoactives (SPA) sur le lieu de travail). Cette démarche se fait au détriment d'une prise en charge globale et sur le long terme du salarié présentant une véritable addiction. Il existe peu de données à ce sujet incluant également le maintien au poste de travail de ces salariés.

Dans un premier temps, il nous semble important d'évoquer les connaissances scientifiques et thérapeutiques actuelles concernant l'addiction afin de comprendre la notion de chronicité appliquée à cette maladie. L'état des lieux des consommations de SPA en France en population générale et dans le monde du travail permet de constater l'importance de la problématique.

Dans un second temps, nous présentons l'interaction complexe entre l'addiction et le travail (définitions, rappel sur les travaux favorisant les consommations, législation en entreprise et plans d'actions nationaux) puis détaillons les acteurs et les moyens permettant l'accès et le maintien dans l'emploi des sujets ayant une addiction.

## **2 Addiction**

### **2.1 Définitions**

#### **2.1.1 Qu'est-ce que l'addictologie ?**

L'approche des addictions a été complètement bouleversée par les dernières avancées scientifiques, conduisant à l'apparition, par le décret de décembre 1999 et par le plan triennal 1999-2002 de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT, devenue MILDECA depuis mars 2014) d'une nouvelle spécialité médicale et universitaire : l'addictologie.

Des textes réglementaires comme la loi du 02 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale ont permis cette approche plus globale (instauration d'un statut d'établissement médicosocial commun : les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)...). A cette même période ont été créées des sociétés scientifiques notamment la Fédération Française en Addictologie (FFA).

L'addictologie regroupe plusieurs anciennes disciplines comme la tabacologie, l'alcoologie, le traitement des toxicomanies mais aussi la prise en charge de certains troubles du comportement alimentaire ou encore de la dépendance aux jeux. En effet, il est établi tant sur le plan épidémiologique (notamment avec l'accroissement des polyconsommations), que sur le plan clinique (neurobiologique, médical, psychologique, social...) que l'ensemble des conduites addictives représente une seule et même maladie d'où la volonté forte en terme de santé publique d'une approche globale de l'addiction afin d'en améliorer la prise en charge (1).

#### **2.1.2 Modalité d'usage**

Le Pr Michel Reynaud, professeur de psychiatrie et ancien président du Collège National des Universitaires en addictologie, répertorie cinq effets physiologiques de base liés aux SPA : l'euphorie, l'excitation, la sédation, l'ivresse, les hallucinations (3). Initialement, la consommation de SPA a donc pour finalité la recherche et la reproduction de ces effets et produit plaisir et bien-être chez l'utilisateur. Il s'agit d'un effet renforçant positif (4).

Cette donnée est essentielle pour comprendre les motivations initiales des usagers. Le « risque de l'addictologie » selon Michel Craplet, alcoologue et médecin délégué de l'ANPAA, serait « que les individus ne soient plus définis que par leurs comportements au regard des addictions, et de "pathologiser" des conduites qui, pour une grande part, ne constituent que des modalités de la recherche de bien-être et de lien social, commune à la plupart des êtres humains ». Il existe donc un usage normal pour chaque SPA ou objet de gratification. Dès lors que cet usage devient problématique, une intervention médicale se justifie (4).

L'usage simple ou normal est une consommation occasionnelle ou régulière, maîtrisée

par l'utilisateur. Il est contextuel et s'adapte à l'environnement et aux conséquences positives ou négatives. Ce dernier n'empêche pas l'apparition de problèmes ponctuels ou à long terme (accident de la route suite à une alcoolisation aiguë, cancer du poumon suite à un tabagisme de plusieurs années...) qui n'ont rien à voir avec l'addiction.

Au sein des usagers, il existe différents modes de consommation regroupés sous le concept de pratiques addictives (5). Il existe des classifications différentes des modalités d'usages pathologiques (dixième révision de la Classification Internationale des Maladies, produite par l'OMS en 1993, dite CIM-10, version 4 du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) de l'American Psychiatric Association, dite DSM IV, utilisé de 1996 à 2014, ...) mais la version 5 du DSM parue en 2013 pour la version anglaise et 2015 pour la traduction française est la référence actuellement.

### **2.1.3 Trouble de l'usage**

L'addiction ou trouble de l'usage n'est pas définie par la substance consommée ou les quantités mais par le comportement d'usage que le sujet en fait. Selon Philippe J. PARQUET, psychiatre et ancien président de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), il est important de « dépasser l'approche par produit pour s'intéresser aux comportements de consommation ».

Le trouble de l'usage se définit comme une modalité pathologique d'utilisation d'une substance ou d'un objet se caractérisant par son aspect compulsif, la perte de contrôle du comportement d'usage et le maintien de ce comportement en dépit de l'accumulation de dommages dans de nombreux domaines (1).

La validation du DSM 5 remplace la distinction abus/dépendance, par un terme plus général de « trouble de l'usage ». Le diagnostic est posé lorsque le sujet présente ou a présenté au cours des 12 derniers mois, au moins deux des onze critères suivants :

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu

- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques
- Le trouble de l'usage est qualifié de faible si 2 à 3 critères sont satisfaits, modéré pour 4 à 5 critères et sévère pour 6 critères et plus.

Les experts du DSM ne recensent comme addiction que les dépendances aux substances et celles aux jeux d'argent. Les usages intensifs de jeux vidéo, de smartphone, de sport (bigorexie), l'hyperactivité sexuelle, ou le workaholism ne sont pas, à ce jour, considérés comme d'authentiques troubles de l'usage.

## **2.2 Passage de l'usage normal à l'addiction**

### **2.2.1 Autonomisation de la pathologie addictive**

L'apparition de l'addiction nécessite toujours un premier contact avec la substance. Certains sujets cessent leur usage à la toute première consommation car ils ne retrouvent pas de bénéfice particulier alors que d'autres deviennent des usagers réguliers en poursuivant leur consommation.

#### **2.2.1.1 Rechute**

Parmi les usagers réguliers, certains deviennent des usagers compulsifs. Leur consommation devient pathologique car non contrôlée et aboutit à une accumulation de dommages. Les multiples tentatives d'arrêt de l'usager, phase pouvant durer parfois plusieurs années, se soldent par des rechutes. Une rechute n'est pas le simple fait de refaire usage mais de refaire usage de manière incontrôlée de quantités et dans des contextes que l'usager ne souhaite pas. La rechute confirme le diagnostic d'addiction. Dans le cadre d'une prise en charge médicale, c'est un phénomène attendu qui ne doit pas être considéré comme un échec thérapeutique ni être source de démotivation pour le patient et l'entourage (6).

#### **2.2.1.2 Craving**

Lors des phases d'arrêt, en dehors de l'apparition d'un phénomène de sevrage qui correspond à la dépendance physique, qui est spécifique de la substance consommée et dont la durée varie de quelques heures à quelques semaines, apparaît le symptôme essentiel de l'addiction : le craving.

Le craving correspond à une envie irrépressible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors que le sujet ne le veut pas à ce moment là. Il s'agit d'une expérience égodystonique, indépendante de la volonté de la personne, qui entraîne détresse et désarroi chez celui qui l'expérimente. Il peut persister quelques mois à quelques années après l'arrêt de la consommation et est à l'origine des rechutes. Il est une cible thérapeutique majeure dans la prise en charge de l'addiction. Ce concept a été introduit dans le DSM 5 devant l'accumulation des études scientifiques à son sujet (6,7).

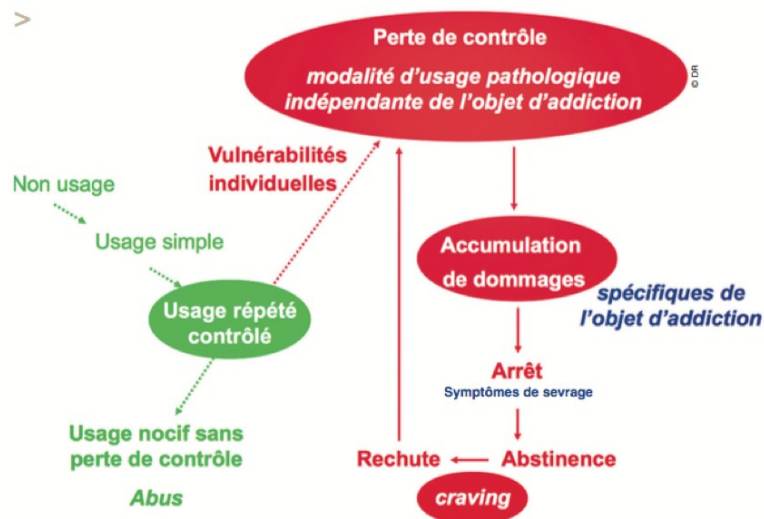


Schéma 1: Passage de l'usage normal à l'addiction (6)

## 2.2.2 Facteurs de risque

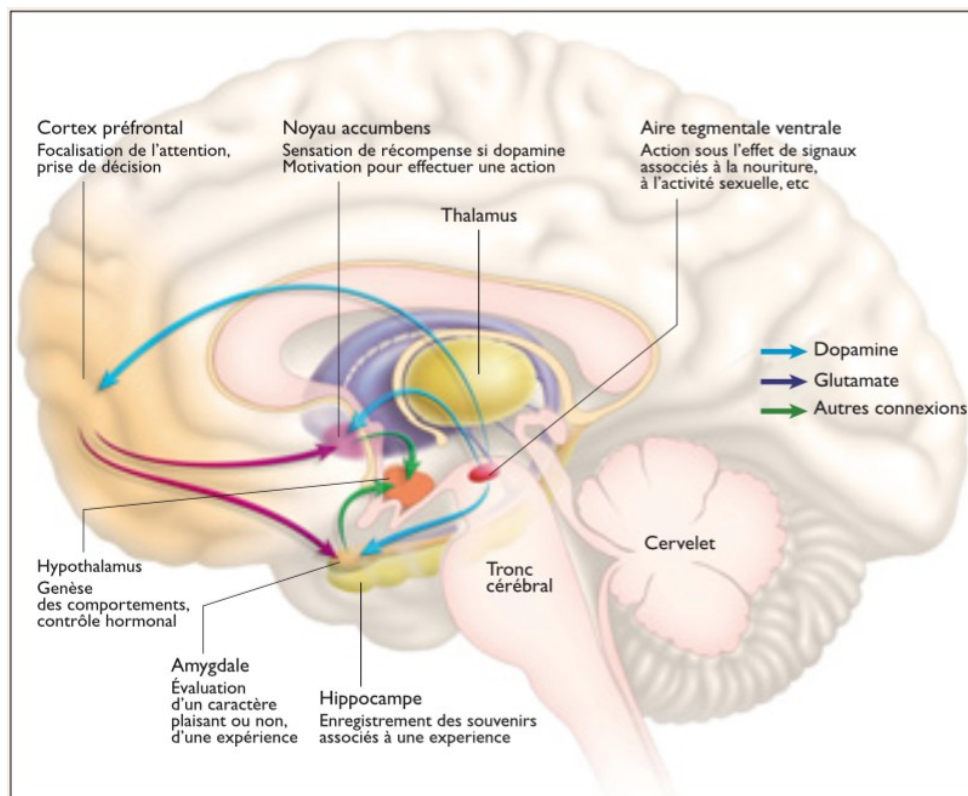
Le trouble de l'usage résulte d'une interaction entre un produit, un individu et son environnement. Il existe également des facteurs de protection (8).

### 2.2.2.1 Produits

Les objets de gratification toujours plus stimulants et attractifs dans notre société actuelle sont nombreux et variables d'une personne à l'autre. Parmi eux, ceux qui entraînent un risque d'addiction sont les SPA comme l'alcool, le tabac, le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, les médicaments psychotropes, les nouveaux produits de synthèse... mais aussi les jeux d'argent (en ligne, casino, paris sportifs).

Leur pouvoir addictif est différent selon leurs caractéristiques intrinsèques. Pour les substances, cela dépend de la molécule, de son mécanisme d'action et de la voie d'administration entraînant un délai d'action différent entre l'usage et l'effet recherché. Les trois substances ayant un pouvoir addictif puissant sont le tabac, l'héroïne et la cocaïne. Pour une faible consommation de ces produits, il est retrouvé une dépendance moyenne ou forte chez 50 à 60% des usagers, alors que pour l'alcool, le cannabis et les amphétamines, le syndrome de dépendance ne concerne que 10% des usagers (9).

Chaque individu possède un système universel de « contrôle », de l'usage des objets de gratifications, par le biais de facteurs neurobiologiques (phénomène de récompense et de rétrocontrôle qui permet de s'adapter aux conséquences de l'usage). 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) (10).



*Schéma 2: Le circuit de récompense (10)*

Les substances ou objets addictifs ont pour point commun de perturber le circuit de la récompense en stimulant de façon rapide et intense ces systèmes cérébraux, ce qui augmente la quantité de dopamine présente dans le noyau accumbens, hormone du plaisir. Ces phénomènes se traduisent par l'expérience subjective d'un état d'euphorie et de plaisir qui caractérisent l'effet renforçant des substances, fortement impliqué dans le développement de la perte de contrôle de l'usage (10).

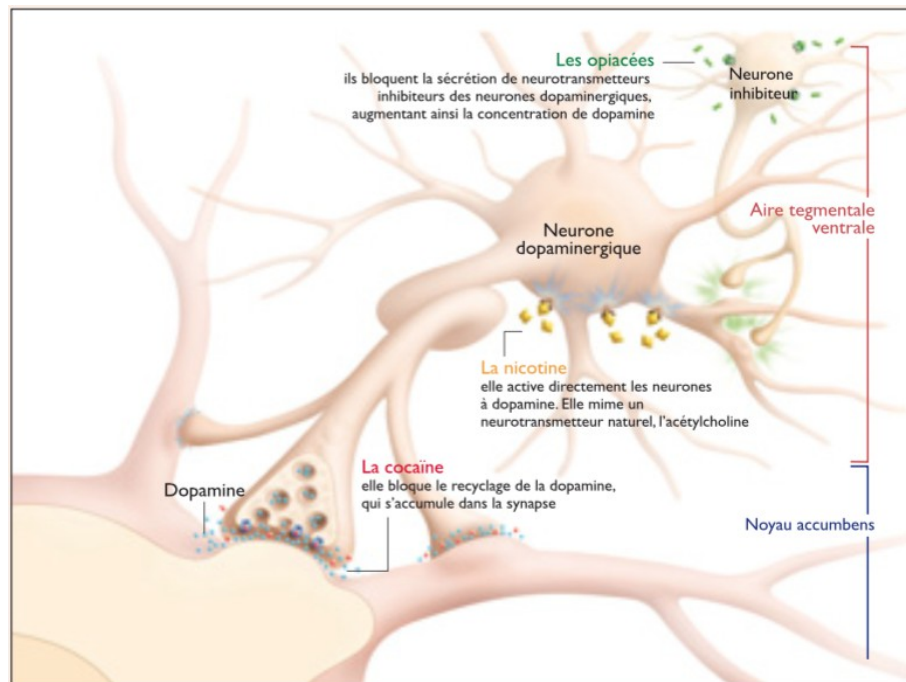


Schéma 3: Mécanisme d'action des substances psychoactives (10)

La disponibilité des substances ou objets joue un rôle important. L'avènement d'internet a permis l'expansion des jeux en réseau, jeux d'argent, site d'achats des nouveaux produits de synthèse et donc leur accessibilité à un public plus large. L'action politique menée au sein de chaque pays joue un rôle fondamental sur le statut social du produit : réglementation sur les substances légales (tarification, taxe et valorisation publicitaire...) (11) et politiques de répression concernant les substances illégales.

Certaines modalités de consommation sont associées à un risque élevé de dépendance, comme la précocité des consommations (avant l'âge de 15 ans), les polyconsommations, les automédications, l'usage solitaire et la recherche d'excès (9). Des études prouvent que l'expérience initiale d'une personne lors de sa première utilisation est prédictive de l'apparition d'une dépendance : plus elle est positive, plus elle favorise les consommations. De plus, les quantités consommées sont proportionnelles au risque d'installation d'une addiction (8).

### 2.2.2.2 Vulnérabilité individuelle

Les traits de personnalité, le tempérament, les comorbidités psychiatriques, le déterminisme génétique sont des facteurs de risques d'installation de conduites addictives (8).

Les facteurs de vulnérabilité, en lien avec les traits de personnalité sont :

- la faible estime de soi
- l'autodépréciation
- la timidité

- les réactions émotionnelles excessives ou à l'inverse, l'alexithymie
- la difficulté à faire face aux événements et à établir des relations stables et satisfaisantes
- les difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels.

Le tempérament est un ensemble d'attitudes, de conduites et de comportements stables dans le temps. Certains sont prédictifs de troubles liés à l'usage de SPA :

- un niveau élevé de recherches de sensations, de nouveautés, d'activités comportementales associées à de faibles capacités attentionnelles
- un retour lent à l'équilibre après un stress
- un faible niveau de sociabilité
- des difficultés relationnelles.

Le lien entre troubles psychiatriques et conduites addictives n'est pas clairement défini dans les études : les troubles psychiatriques peuvent être des facteurs favorisants ou des conséquences des conduites addictives ou peuvent n'avoir aucun rapport avec elles. Les troubles associés aux conduites addictives les plus souvent repérés sont les troubles anxieux et phobiques, les troubles affectifs, les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur, les troubles impulsifs et antisociaux, les conduites à risque à répétition (8).

Il existerait un déterminisme génétique selon certaines études. Plusieurs recherches (Goodwin, 1976 ; Cotton, 1979) ont mis en évidence que l'alcoolisme était trois à cinq fois plus fréquent parmi les parents, la fratrie et la descendance directe de sujets alcooliques que parmi la population générale (12). Une étude menée en 2000 a montré que les allèles codant pour la fabrication des récepteurs à la bêta-endorphine, impliqués dans la voie dopaminergique (système de plaisir et de récompense) étaient différents entre les patients « toxicomanes » et « non toxicomanes » (13).

### **2.2.2.3 Environnement**

Les événements de vie et les expériences individuelles sont aussi des facteurs de vulnérabilité importants, notamment (8,9):

- fonctionnement familial pathologique : faible support parental ou liens inexistant, antécédent d'addiction chez les ascendants, tolérance familiale pour l'usage du produit, conflits familiaux, antécédents de deuils familiaux non résolus, excès de punitions, de sévices physiques.
- rôle des « pairs » ou des amis est important dans l'initiation à la consommation d'alcool et de drogues à l'adolescence.



- perte de repères sociaux (échec scolaire, précarité, absence de domicile fixe, marginalisation, délinquance) et professionnels (travail temporaire, intérim, restructuration d'entreprise...).
- atteinte de l'intégrité physique et psychique (deuil, grossesses non désirées, abus sexuels, maltraitance, maladies graves...)

De nombreux modèles théoriques de l'addiction ont montré que le stress et les affects négatifs, par l'activation de l'axe corticotrope, sembleraient favoriser la consommation de substances addictives chez les sujets vulnérables ainsi que la rechute chez les sujets dépendants, à travers à la fois la volonté de soulager un état de tension et de procurer un effet euphorisant (1,9).

#### **2.2.2.4 Facteurs de protection**

Les facteurs de protection, peu explorés dans les différentes études, sont importants car de bon pronostic dans les addictions. On retrouve :

- climat socio-familial favorable (absence de consommation dans l'entourage proche, relation de confiance et communication dans la famille...)
- insertion sociale ou professionnelle : les consommations de SPA ont tendance à diminuer ou à s'arrêter avec une meilleure insertion sociale ou professionnelle ou à l'arrivée d'enfants.
- chez les enfants et les adolescents : un niveau élevé d'intelligence, une capacité à résoudre les problèmes, des compétences sociales, une estime de soi positive, un soutien familial, des capacités de résilience importantes, un faible niveau de recherche de nouveautés et un évitement des relations avec les pairs délinquants (8).

### **2.3 Prise en charge des addictions en milieu de soin**

Les thérapeutiques existantes contre l'addiction sont efficaces, le problème principal réside aujourd'hui dans la méconnaissance des professionnels de santé de la prise en charge de cette maladie. Seule une minorité de malades est correctement traitée et suivie. Il existe une grande marge de manœuvre afin de mieux utiliser les dispositifs de prise en charge déjà existants.

#### **2.3.1 Réseau de soins**

Le réseau de soins en addictologie permet une offre de soins variée. L'entrée dans le soin peut se faire soit de manière volontaire, soit par injonction de soins (voie judiciaire). Le suivi peut être instauré soit en médecine de ville (par un psychiatre ou médecin généraliste sensibilisé aux problèmes d'addictologie), soit dans un centre d'addictologie.

Les structures hospitalières comportent 3 niveaux (14,15)

- de proximité : consultation d'addictologie ambulatoire dans les centres médico-psychologiques.

- de recours : ou pôle médico-social spécialisé constitué de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge spécifiques. C'est le cas des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
- de référence : pôles hospitalo-universitaires d'addictologie comportant un niveau de réponse de proximité comme les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA), un niveau de soins addictologiques spécialisés avec des unités court séjour pour l'accompagnement lors de la période de sevrage et des unités de soins de suite et réadaptation.

Il existe également des communautés thérapeutiques, qui accueillent sur le long terme (de six mois à deux ans en général) des patients au profil correspondant à ce type de structure (vie en communauté, entraide...). L'accès aux soins peut également se faire par des structures comme les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) qui se déplacent auprès des populations les plus précaires mais qui ne permettent pas la prise en charge de l'addiction (16).

### **2.3.2 *Projet de soin individualisé***

L'addiction étant une maladie chronique, la prise en charge, d'autant plus efficace que précoce se fait sur le long terme. Une durée de prise en charge courte est habituellement de cinq ans, une durée de prise en charge moyenne (qui concerne la majorité des patients) est de cinq à dix ans et les prises en charge longues peuvent durer plus de 10 ans.

La première étape de la prise en charge thérapeutique est la prise de conscience du problème par le sujet, étape pouvant durer plusieurs mois. Le sujet expérimente de multiples rechutes. Il se produit alors un phénomène d'adaptation psychologique qui protège la personne dépendante. Il se caractérise dans un premier temps par un déni de la maladie puis dans un second temps par un mécanisme de projection (rejet de la faute sur l'entourage et l'environnement). Pour qu'une prise en charge de l'addiction soit efficace, le patient doit être conscient de sa pathologie et être acteur de son traitement.

L'addiction bouleverse tous les domaines de la vie du sujet dépendant. La prise en charge consiste à accompagner le sujet dans une démarche globale visant à une réappropriation des domaines psychiques, physiques, relationnels et sociaux. Une évaluation initiale et globale de la situation du patient par tous les acteurs médico-sociaux est réalisée, puis l'équipe pluridisciplinaire élabore un projet de soins individualisé(17) validé en accord avec le patient. Les premiers entretiens sont fondamentaux pour créer une alliance thérapeutique avec le patient permettant d'instaurer une relation de confiance entre le soignant et le soigné .

La prise en charge se concentre essentiellement sur le maintien de l'abstinence et la prévention des rechutes à long terme. Le sevrage n'est pas un objectif du traitement, il constitue un moment propice à l'initiation de la prise en charge. Il est le plus souvent ambulatoire (hospitalisation dans des cas très particuliers) et le suivi se fait en hôpital de jour. Les « cures de désintoxication » et les séjours en post-cures n'ont à ce jour montré aucune

efficacité dans la prise en charge de l'addiction.

Elle consiste en un suivi par thérapie cognitivo-comportementale (TCC), c'est à dire des entretiens le plus souvent courts et rapprochés qui abordent la mise en place de stratégies d'évitement de consommation, des entretiens motivationnels, un monitoring du craving et des consommations. Une aide médicamenteuse peut également être proposée. Ces molécules sont spécifiques de la substance consommée mais il n'existe pas de traitement médicamenteux pour chaque substance. Il existe :

- des traitements addictolytiques qui ont un effet directement sur l'apaisement du craving et n'ont pas d'effet renforçant.
- des traitements de substitution qui miment les effets de la substance et diminuent les dommages. Ils ne suppriment pas les effets renforçants des substances et n'ont pas d'effet sur le craving. Ils ne permettent pas le traitement de l'addiction mais sont un point de départ dans la démarche de soins.

La prise en charge médicale associe également le traitement des co-morbidités somatiques (cancer, troubles hépatiques...) et psychiatriques (dépression, troubles anxieux, schizophrénie...). Le suivi médical peut être associé à des entretiens infirmiers avec une délivrance de médicaments sur centre ou en pharmacie à un rythme défini, à un suivi par une assistante sociale, un éducateur spécialisé, un psychologue en fonction du projet de soin du patient (17).

Une fois la prise en charge initiée et régulière, les rechutes, constitutives de la maladie, sont pour autant possibles. Cependant, quand le patient estime être en capacité de réinvestir des projets divers comme son activité professionnelle, une (ré)insertion dans l'emploi doit être envisagée par les professionnels de santé.

## **2.4 États des lieux des consommations de substances psycho-actives en France**

Les usagers de SPA en France sont nombreux et les conséquences de leurs consommations sont multiples. Parmi ces usagers, il existe un nombre important d'usagers dépendant ou à risque de développer une addiction ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique.

### **2.4.1 En population générale**

Les substances licites les plus consommées en France sont l'alcool et le tabac(18,19) :

Concernant l'alcool :

- Les ventes sur le territoire français en 2013 représentaient sur une année 11,6 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus, soit une moyenne de deux verres et demi d'alcool par jour. Le vin est la boisson alcoolisée la plus consommée en France suivi de la bière.

- Parmi les 18-75 ans en 2014, 87 % des personnes étaient des usagers actuels (consommation d'alcool au moins une fois dans l'année) et 39 % des usagers réguliers (au moins 3 consommations par semaine) ce qui représente 8,8 millions de personnes. Il existe une baisse des usagers quotidiens, passant de 24 % en 1992 à 10 % en 2014 (soit 4,6 millions de personnes qui ont pour la plupart plus de 50 ans), expliquée par une baisse des ventes de vin.
- 40 % des personnes en 2014 ont déclaré au moins un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante (API = 6 verres au moins par occasion) au cours de l'année écoulée et 17 % ont déclaré avoir eu une API au cours du mois écoulé. Cette proportion est stable par rapport à 2010.
- Le test de l'Audit-C est une version courte du test Audit mis au point par l'OMS pour repérer les consommateurs d'alcool mettant leur santé en danger. La classification comporte 4 niveaux : les individus « sans risque occasionnel », « sans risque régulier », « à risque ponctuel » et « à risque chronique ou dépendant »(20). Il a permis de mettre en évidence qu'en 2014, 8 % des 18-75 ans soit 3,4 millions de personnes sont considérés comme des consommateurs à risque (qu'ils soient dépendants ou non) alors qu'ils étaient 9 % en 2010. Parmi ces personnes à risque, seulement 10% seraient pris en charge.

Concernant le tabac, en 2014 parmi les 18-75 ans, l'expérimentation (consommation au moins une fois dans sa vie) concerne 86 % des hommes et 76 % des femmes, l'usage quotidien concerne 29 % des adultes soit 13,3 millions de personnes et le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement est de 13,5 cigarettes par jour, données stable depuis 2010. En 2014, le nombre de personnes ayant suivi un traitement pour l'arrêt du tabac a diminué de 24,5 % par rapport à 2013, soit la plus forte baisse enregistrée depuis 2005.

Le cannabis est la substance illégale la plus consommée : l'expérimentation du cannabis est passée entre 2010 et 2014 de 33 % à 42 % des adultes de 18 à 64 ans soit environ 17 millions de personnes. L'usage actuel a également augmenté entre 2010 et 2014 de 8 % à 11% chez cette même population, notamment chez les femmes de moins de 40 ans. La consommation régulière (au moins dix fois par mois) est en hausse en 2014 (3%) par rapport à 2010 (2,2 %) et concerne 1,5 million de personne. 550 000 personnes consomment quotidiennement du cannabis. Cette augmentation des consommations est due en partie à une hausse de l'offre de cannabis en France : autoculture, émergence d'une cannabiculture à grande échelle et à visée « commerciale » (158000 pieds de cannabis saisis en 2014 contre 55000 en 2010). Selon le Cannabis Abuse Screening Test (CAST), outil de repérage des usages problématiques de cannabis, la proportion en 2014 des usagers actuels de 18-64 ans présentant un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance est stable par rapport à 2010 et concerne 21 % de cette population soit 2 % de l'ensemble des 18-64 ans. Au moins 38 000 personnes (soit 8 % des usagers à risque) sont prises en charge en raison de leur consommation problématique de cannabis dans des structures spécialisées en addictologie (19,21).

La cocaïne, deuxième substance illégale la plus consommée, concerne à fréquence d'usage équivalente au cannabis, dix fois moins de personnes. La part des 18-64 ans l'ayant expérimenté a été multipliée par quatre en vingt ans (de 1,2 % en 1995 à 5,6 % en 2014), du fait d'une diffusion plus large de ce produit, alors que la proportion d'usagers actuels est restée stable entre 2010 (0,9%) et 2014 (1,1%) soit environ 400 000 personnes.

Les niveaux d'expérimentation chez les 18-64 ans pour les substances synthétiques sont de 4,3 % pour la MDMA/ecstasy et de 2,3 % pour les amphétamines. Les usagers actuels d'ecstasy ont augmenté entre 2010 (0,3%) et 2014 (0,9%) et ont atteint son niveau le plus haut depuis 10 ans.

La consommation des autres substances illégales reste marginale sur l'ensemble de la population des 18-64 ans. En 2014, l'expérimentation de l'héroïne concerne 1,5 % et les usagers actuels représentent 0,2 % montrant une stabilité depuis 2010(19,21).

Le nombre total de personnes dépendantes aux substances illégales s'élève environ à 300 000 personnes (22).

Chez les 18-75 ans, 47,8 % des sujets ont joué à un jeu de hasard et d'argent au cours des 12 derniers mois mais seulement 10,9 % de la population jouent à un rythme au moins hebdomadaire et 4,7 % dépensent plus de 500 euros dans l'année. Dans l'ensemble de la population française, on peut estimer que 0,9 % des individus (400 000 personnes) présentent un risque modéré et que 0,4 % sont des joueurs excessifs (200 000 personnes), soit 1,3 % de joueurs dits problématiques selon l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE), outil de dépistage du jeu problématique retenu dans le cadre des trois grandes enquêtes menées en France auprès des joueurs (23).

## **2.4.2 En milieu professionnel**

Les SPA consommées dans la population générale, se retrouvent dans le milieu professionnel.

L'alcool est la SPA la plus consommée chez les actifs de 16 à 64 ans. Une exploration spécifique pour la consommation d'alcool a été réalisée dans le Baromètre Santé de l'INPES 2010 (enquête transversale sur la santé des personnes résidant en France, menée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population générale n=21818).

Elle a révélé qu'en dehors des pots et repas, 16,4 % des actifs avaient consommé de l'alcool durant leur temps de travail au moins une fois dans l'année et 3,5 % au moins une fois par semaine. La consommation d'alcool lors des déjeuners d'affaires concerne 23 % des actifs (surtout chez les cadres supérieurs), au repas de midi 18% des actifs (avec une proportion plus importante dans l'agriculture) et lors de pots d'entreprise 49 % des actifs.

En 2006, dans une enquête de l'INPES, 10 % des salariés déclaraient que la consommation d'alcool au travail faisait partie de la culture de leur milieu professionnel, surtout dans les milieux de l'agriculture, des transports et de la restauration. Les ivresses

déclarées touchent davantage les professions de l'industrie, de la restauration de la communication et du spectacle. Une enquête téléphonique menée par l'INPES auprès de 750 médecins du travail a montré que ces derniers situent l'alcool en 6e position des problématiques rencontrées en médecine du travail et estiment que 8,4 % des salariés sont en difficulté avec l'alcool (14,24).

Une enquête française publiée en 2007 a révélé que 81.6% des salariés consommaient de l'alcool dont 8% avaient une consommation à risque de dépendance, 10,2 % consommaient du cannabis dont 25,9 % avaient une consommation à risque et 16,6 % des salariés avaient recours à des médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques ou antidépresseurs) dont 18,5 % avaient une consommation à risque (25).

En 2009, une enquête sur les consommations de SPA parmi les travailleurs se rendant à la Médecine du Travail en Aquitaine a été réalisée. Les résultats ont montré que 3,5 % des travailleurs interrogés avaient une consommation problématique de substances illégales au moment de l'étude, mais 10,3 % en incluant l'alcool et 41,5 % le tabac (26,27).

Les consommations de SPA diffèrent selon les professions et catégories socio-professionnelles. Chez les hommes, les groupes les plus consommateurs sont les employés et les ouvriers, les moins consommateurs étant les cadres et les agriculteurs. Chez les femmes, les cadres et employées sont les plus consommatrices et les agricultrices sont les moins consommatrices.

Les niveaux de consommation diffèrent également suivant les secteurs d'activités. Les consommations de SPA sont plus fréquentes dans les secteurs de la construction, des arts et spectacles, de l'hébergement et de la restauration. Elles peuvent être expliquées en partie par une activité physique importante associée souvent à un haut niveau de pénibilité ou encore par la culture commune de consommation de ces milieux professionnels. A cela s'ajoute pour le secteur de l'hébergement et de la restauration une facilité d'accès à certains produits comme l'alcool en raison de la nature même du produit. A l'inverse, des niveaux faibles de consommation de SPA sont retrouvés dans l'administration publique, l'enseignement, les activités de service aux ménages, le milieu de l'action sociale et de la santé humaine, avec pour cette dernière une exception concernant les médicaments psychotropes ou dérivés d'opiacés, expliqués par la facilité d'accès de ce type de substance (28).

Les consommations de SPA en milieu professionnel montrent sont moins importantes chez les personnes ayant un emploi que chez les demandeurs d'emploi sauf pour la tranche d'âge 18-25 ans: bien qu'il n'y ait pas de différence dans la consommation quotidienne d'alcool dans les deux populations, les demandeurs d'emplois sont 22,2 % à avoir des API dans le mois contre 18,6 % chez les actifs et 11,6 % à avoir une consommation à risque chronique contre 7,3 %. Les demandeurs d'emplois sont 48,2 % à fumer du tabac, 16 % du cannabis et 3,1 % consomment de la cocaïne contre respectivement 30,4 %, 9 % et 0,8 % chez les actifs (28).

## **2.4.3 Conséquences**

### **2.4.3.1 Sanitaires**

Les consommations de SPA constituent un risque pour la santé de l'utilisateur ainsi que pour celle des tiers, en terme de mortalité et morbidité, et ceci, dès le stade de l'usage sans qu'il y ait d'addiction. Le tabac et l'alcool sont les deux SPA produisant les conséquences sanitaires les plus importantes.

- Alcool : Concernant la mortalité due à l'alcool, la seule étude récente disponible en France, publiée en 2013 montre que le nombre de décès attribuable à l'alcool en 2009 était de 49 000 , en majorité des hommes (75%), tous âges confondus, dont environ un tiers par cancer (ORL, bouche, œsophage, foie...), un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accidents (de la route (31 % des accidents de la route sont le fait de personnes ayant consommé de l'alcool selon la Direction de la sécurité et de la circulation routières), du travail, domestiques) ou suicides, 16 % par maladie digestive (cirrhose) et 11 % pour d'autres causes (coma éthylique, troubles neuropsychiques...) Cela représente 13% de la mortalité globale masculine et 5% de la mortalité globale féminine.

La morbidité liée à l'alcool est difficilement mesurable. Il est seulement possible de déterminer le nombre de personnes en ALD, prises en charge à 100 % par le système de santé pour une pathologie dont l'alcool est en tout ou en partie responsable. Une étude publiée en 2015 notait que l'alcool était la première cause d'hospitalisation (580 000 patients pour un coût estimé à 2,6 millions d'euros) et que la consommation excessive d'alcool était associée à une soixantaine de pathologies(22,29).

Enfin, la consommation d'alcool peut aussi être considérée comme étant à l'origine de faits de violence, d'agressions, de vols, d'actes criminels, de violences sexuelles mais l'absence de littérature à ce sujet ne permet pas de quantifier leur importance.

- Tabac (22): Le nombre total des décès attribuables au tabac en 2009 est égal à 78 000 ce qui représente 22 % de la mortalité globale masculine et 5 % de la mortalité globale féminine.

Les pathologies dues au tabagisme (actif ou passif) sont diverses : cancers du poumon, de la vessie, de l'appareil digestif et de la sphère ORL, bronchopathie chronique obstructive, insuffisance respiratoire chronique, asthme, pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...), anxiété, dépression. Le rapport du groupe de travail Direction Générale de la Santé (DGS) sur le tabagisme passif paru en 2001 évoquait un nombre de décès en lien avec le tabagisme passif compris entre 2500 et 3000.

- Substances illégales (22) : bien que les consommateurs de substances illégales aient des taux de mortalité plus élevés que l'ensemble de la population, les dommages sanitaires liés à ces drogues sont moins nombreux que ceux du tabac et de l'alcool, du fait du nombre

moindre d'usagers.

Les dommages sont liés soit au mode d'administration des drogues avec les risques d'infection (VIH, hépatite C et B, septicémie, abcès, endocardite...) soit à des troubles induits par la substance elle-même (surdosage, troubles du comportement), soit au mode de vie induisant des prises de risques plus importantes que dans la population générale (accident, suicides...).

D'après le rapport Dhumeaux sur les 230 000 porteurs chroniques du VHC dans la population française, près de 92 000 peuvent être considérés comme ayant été contaminés en raison de leur usage de drogues, soit une proportion de 40 % dont 7 360 seraient au stade de complications (cirrhoses décompensées, carcinome hépatocellulaire...) et 1 058 usagers de drogues seraient décédés à cause du VHC.

Concernant le VIH, d'après les données de déclaration obligatoire du sida de l'InVS on peut estimer que fin 2010, en France, le nombre de personnes vivantes ayant développé un sida parmi les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) est de 6 300 personnes. Depuis le début de l'épidémie jusqu'à aujourd'hui, les décès chez les injecteurs de drogues représentent environ un quart de l'ensemble des décès par sida, l'âge moyen des personnes décédant étant de 55 ans.

Les chiffres actualisés de l'enquête « Stupéfiants et accidents mortels (SAM) » démontrent qu'il y a 2 300 blessés graves par an et 230 décès suite aux accidents provoqués par le cannabis, l'âge moyen des victimes étant de 25 ans.

En 2010, 392 décès par surdoses (toutes drogues confondues) ont été recensés (OFDT), l'âge moyen au décès étant de 34 ans.

#### **2.4.3.2 Professionnelles**

Les consommations de SPA en milieu de travail sont dangereuses : elles diminuent la vigilance, les réflexes et le champ de vision, elles modifient les capacités de raisonnement et de jugement ainsi que la perception du risque.

La consommation de SPA provoque 20 à 25 % des accidents de travail (3) et 10 à 20 % des accidents du travail seraient dus directement à l'alcool (30). Dans le domaine professionnel, les accidents routiers constituent la première cause d'accident mortel au travail. Lors de la conduite d'un véhicule, le risque d'être responsable d'un accident routier mortel sous l'influence d'alcool (quelque soit le taux d'alcoolémie) est multiplié par 8,5 et sous l'influence de cannabis, ce risque est multiplié par 1,8 (31). La consommation de médicaments comportant un pictogramme de danger orange (niveau 2) ou rouge (niveau 3) est impliquée dans 3,3 % des accidents routiers (mortels ou non) (2). Selon la Société Française de Médecine du Travail (SFMT), les accidents professionnels sont l'indicateur principal de santé au travail mais il est très difficile d'évaluer la part imputable aux SPA.

Outre le risque d'accidents du travail, la consommation de SPA contribue, sur le plan économique de l'entreprise à une altération de la qualité de travail et à une baisse de la productivité, sur le plan social à des retards, des absentéismes répétitifs, une détérioration des



relations avec les collègues (pouvant même se manifester par des violences, harcèlements...), une désorganisation du travail entraînent une exclusion professionnelle voire une perte d'emploi et une désocialisation (24).

Dans une enquête de 2014 de la MILDECA menée auprès des dirigeants, responsables RH et représentants syndicaux, huit personnes sur dix disent être préoccupées par les questions de toxicomanies et leurs impacts au travail. L'alcool génère le plus grand nombre de répercussions dans l'activité des entreprises en terme de productivité. 10 % d'entre eux ont recensé des usagers de cannabis et parmi eux, sept personnes sur dix déclarent au moins un problème lié à cette consommation (productivité et qualité du travail fourni, problèmes d'absentéisme et de retards fréquents) (32).

10% de personnes "dysfonctionneraient" en entreprise du fait de leur consommation de SPA, le coût socio-économique, bien que difficile à évaluer, serait de 1 à 2% de la masse salariale (24).

### **2.4.3.3 Sociales**

Le coût social mesure le coût monétaire (22) des conséquences de la consommation des drogues légales (alcool et tabac) et illégales et du trafic de ces dernières. Il se compose du coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac). Le coût social de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques, proche de 120 milliards d'euros, celui des substances illégales étant nettement inférieur (8,7 milliards d'euros), ces dernières étant beaucoup moins consommées.

Le coût externe représente l'essentiel du coût social (97 % pour l'alcool, 86% pour le tabac et 68% pour les substances illégales) et s'explique par le nombre très important de vies perdues (49 000 pour l'alcool, 79 000 pour le tabac, 1 600 pour les substances illégales) ainsi que par la valeur de l'année de vie perdue (estimée à 115 000 euros) qu'il est recommandé d'utiliser en France dans les calculs socio-économiques.

Le coût pour les finances publiques représente 1 % du PIB. Chaque année, l'État doit payer pour l'alcool 3 milliard, le tabac 3,8 milliard et les substances illégales 2,4 milliards d'euros. Ainsi, 33 % du déficit budgétaire français serait constitué par le poids négatif des drogues sur les finances publiques. Les recettes de taxation sont inférieures au coût des soins, ces dernières ne représentant qu'environ 40 % du coût des soins des maladies engendrées par l'alcool et le tabac.

Sur le plan strictement individuel, la personne, du fait de ses consommations pathologiques va être impactée personnellement et directement par des conséquences judiciaires (emprisonnement, amendes...), sociales (isolement, perte de l'emploi, précarité, délinquance...) et familiales (conflits...) induites par ses comportements.

## **3 Interaction entre addiction et emploi**

### **3.1 Définition**

Les pratiques addictives en milieu de travail ont trois origines principales : pathologie d'importation, d'acquisition et d'adaptation (5,14).

#### **3.1.1 Pathologie d'importation**

C'est une consommation pathologique en rapport initialement avec la vie privée, qui est accentuée lors des congés, dissociée de l'univers professionnel. Elle atteint secondairement la sphère du travail. Même si ce dernier est sans influence sur l'addiction, celle-ci peut avoir des conséquences sur le travail (accidents, absentéisme, conflits entre collègues...).

Elle peut avoir diverses origines : conflits familiaux et conjugaux, nécessité de développer une existence sociale en dehors du cadre professionnel, consommation initiale dans un cadre festif aboutissant à une addiction.

#### **3.1.2 Pathologie d'acquisition**

C'est une consommation pathologique qui concerne essentiellement l'alcool et qui se développe initialement au travail, du fait d'une culture d'entreprise qui favorise la consommation. Les facteurs encourageants vont être la permissivité de la hiérarchie, la présence d'alcool à l'occasion de pots en entreprise, de repas d'affaires, à la cantine de l'établissement ayant pour but de faciliter l'intégration des salariés dans le collectif.

#### **3.1.3 Pathologie d'adaptation**

C'est une consommation pathologique constituant une stratégie pour s'adapter au travail et qui concerne l'ensemble des SPA. Les effets recherchés sont divers comme l'apaisement d'un stress lié aux contraintes organisationnelles (pression de rendement, manques d'effectif, horaires décalés...) ou à un relationnel difficile avec les collègues, la recherche d'un effet dopant pour augmenter la capacité de travail ou pour lutter contre la fatigue, la recherche de désinhibition afin de faciliter les contacts sociaux.

### **3.2 Travail favorisant les consommations**

Le travail est souvent considéré comme protecteur et structurant par rapport à la maladie addictive mais les interactions entre le milieu professionnel et la consommation de SPA sont néanmoins complexes (24).

Certaines contraintes professionnelles peuvent induire une augmentation de consommation de SPA et un risque de développement d'une dépendance. Une ancienne enquête réalisée en 1995 montrait déjà que le nombre de consommateurs de SPA était significativement plus important chez les salariés occupant un poste de sûreté/sécurité (10).

L'expertise collective de l'Inserm publiée en 2003 (30), reprenant les résultats obtenus sur une cohorte de salariés appelée cohorte GAZEL qui a suivi les modes de vie et les

problèmes de santé de 20 000 salariés français d'EDF-GDF pendant plus de 20 ans rapporte les circonstances favorisant la consommation d'alcool au travail :

- stress au travail
- exigences liées aux postes de sécurité
- travail en plein air (plus de la moitié du temps de travail)
- certains rythmes de travail dont le travail posté
- activités répétitives,
- exposition à des secousses/vibrations
- port de charges lourdes
- travail dans une posture pénible ou fatigante
- déplacements longs, fatigants ou rapides.
- habitudes de consommation dans l'entreprise

Dans l'enquête réalisée en 2009 en Aquitaine, la majorité des travailleurs invoquaient des consommations à l'occasion d'événements festifs ou pour se détendre mais 29 % les motivaient par le besoin de soulager une tension, parmi lesquels 17 % spécifiquement un stress au travail et 2,5 % consommaient pour augmenter leurs performances (26,27).

Le Baromètre santé 2010 de l'INPES rapporte que 9,3 % des consommateurs d'alcool, 36,2 % des consommateurs de cigarettes et 13,2 % des consommateurs de cannabis, déclarent avoir augmenté leurs consommations du fait de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours des 12 derniers mois. Cette étude révèle également une prévalence supérieure de consommateurs chez les chômeurs : au cours des douze mois précédents, 7.5% des actifs interrogés déclarent avoir augmenté leur consommation d'alcool et 9.7% leur consommation de cannabis, ce chiffre est respectivement de 20.2% et 26.1% chez les chômeurs (24).

Face à ces mésusages de SPA en milieu professionnel, la majorité des médecins du travail déclare ne pas avoir les moyens adaptés pour agir (en terme d'expertise, de formation minimale et de temps nécessaire à la prise en charge des addictions en milieu de travail) (3) et seuls 33,6 % d'entre eux auraient une formation en addictologie (33).

### **3.3 Politique actuelle face aux conduites addictives en milieu professionnel**

La consommation de SPA en milieu professionnel peut induire des problèmes de sécurité au sein de l'entreprise. La législation actuelle rend l'employeur responsable sur le plan pénal. Ce dernier a un devoir de prévention et une obligation de résultat concernant la santé et la sécurité des travailleurs. Les outils juridiques à sa disposition, lui permettant d'exercer dans

un cadre réglementaire son pouvoir de contrôle, concernant uniquement l'usage de SPA sur le lieu de travail. Il n'existe aucun texte réglementant l'usage des nouvelles technologies (smartphone, internet...) causant pourtant de plus en plus de problèmes au sein des entreprises.

A ce jour, le concept d'addiction, purement médical, n'existe pas dans le droit français (34). Pour les salariés ayant une addiction, la réglementation actuelle en entreprise ne leur permet pas d'arrêter leur consommation, puisque cette dernière est involontaire, du fait de leur maladie.

### **3.3.1 Législation française et réglementation en entreprise**

#### **3.3.1.1 Alcool**

L'article R4228-21 du Code du Travail dit qu' « il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse » et l'article R4228-20 dit qu' « aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail ». Le décret n° 2014-754 du 1er juillet 2014 ajoute un alinéa à cet article et prévoit la possibilité pour l'employeur, à condition de l'inscrire dans le règlement intérieur, d'interdire totalement l'alcool sur le lieu de travail si les risques rencontrés sur le lieu de travail le justifient (respect de l'article 1321-3 du Code du Travail : « Nul ne peut apporter au droit des personnes et aux libertés individuelles et collectives, des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir, ni proportionnées au but recherché. »). Le règlement intérieur ne peut aborder que certains points selon l'article L. 122-34 du Code du Travail comme par exemple, des mesures d'encadrement des pots d'entreprise, la liste des postes de sûreté et de sécurité pour lesquels un dépistage de consommation d'alcool peut être pratiqué, les modes de preuve qui pourront être utilisés pour établir les faits reprochés, les sanctions encourues en cas de non respect.

L'alcootest (air expiré) est réalisable par l'employeur à condition qu'il soit inscrit dans le règlement intérieur, que sa contestation par une contre-expertise soit possible, qu'il soit justifié par la nature de la tâche à accomplir et que l'état d'ébriété présente un danger pour les personnes et les biens. La mise en place de vidéosurveillance ou de fouilles des vestiaires doit se faire dans des conditions très strictes et uniquement à des fins de sécurité (14).

#### **3.3.1.2 Tabac**

Il existe des interdictions spécifiquement liées à l'hygiène et à la sécurité au travail (35,36). L'article R. 3511-1-1° du Code de la Santé publique précise que l'interdiction de fumer s'applique dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant des lieux de travail. La loi Evin et le décret n° 92-478 du 29 mai 1992 précise que c'est à l'employeur qu'il revient de prendre les mesures afin de protéger les salariés non-fumeurs des dangers du tabac (37).

#### **3.3.1.3 Substances illégales**

L'usage de substances illégales est par définition interdit par la loi. Aucun texte n'encadre la possibilité pour l'employeur de pratiquer des tests salivaires en entreprise mais il

n'existe pas de jurisprudence sur le caractère d'atteinte à l'intégrité physique d'un prélèvement biologique.

### **3.3.2 Plan d'action national**

#### **3.3.2.1 Plan gouvernemental**

En 2011, près de 20 % des accidents et des problèmes d'absentéisme étaient associés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants (en particulier le cannabis). Face à ce constat, dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 (38), le ministère chargé du Travail et la MILDT ont organisé des états généraux des conduites addictives en milieu professionnel. Il en est ressorti plusieurs orientations (39,40) :

- L'intérêt des dépistages et tests salivaires de drogues ainsi que leur encadrement juridique doivent être mieux définis en raison de difficultés techniques (fiabilité de la lecture et de l'interprétation). Selon Monique Larche-Mochel ancienne membre de la Direction Générale du Travail (DGT), « les tests permettent de voir s'il y a eu consommation, mais on ne détecte pas une addiction par un test urinaire. Le repérage d'une addiction se fait par l'observation d'un comportement inapproprié et il n'y a pas besoin de dosage biologique pour reconnaître la dépendance ».
- Des politiques de prévention globale plutôt que répressives, impliquant tous les acteurs en entreprise et ne se limitant pas aux seuls postes à risque ou de sécurité permettent de lutter efficacement contre les pratiques addictives.
- Une meilleure cohérence des pratiques au niveau national.

Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (41) reste dans la même dynamique en axant plusieurs de ses objectifs sur le monde du travail.

D'une part sur la prévention des conduites addictives :

- Modification du Code du Travail relatif à l'alcool sur les lieux de travail (article R 4228-20) permettant aux entreprises de mettre en place, via le règlement intérieur, des mesures de limitation de consommation de boissons alcoolisées.
- Diffusion d'une circulaire de la DGT et de la MILDECA aux DIRECCTE relative à la prévention des risques professionnels liés à l'introduction et la consommation de drogues et d'alcool dans l'entreprise.
- Formation sur les conduites addictives dans le monde professionnel, destinée aux membres des Comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et à l'encadrement.

D'autre part sur l'amélioration de la connaissance des effets de la consommation de drogues et d'alcool sur la sécurité, la santé au travail et les relations au travail :

- Favoriser la recherche et l'information sur les conséquences de la consommation de SPA au travail.
- Proposer aux médecins du travail de participer à des enquêtes de consommation.
- Mieux identifier et quantifier les accidents du travail graves ou mortels dus à la consommation de SPA.
- Engager une réflexion sur la mise en place de nouveaux outils de connaissance.

### **3.3.2.2 Plan santé au travail**

La prévention des pratiques addictives en milieu professionnel figure pour la première fois dans le Plan santé au travail 2016-2020 (42). Les actions sont les suivantes :

- Améliorer la connaissance des pratiques addictives et leurs conséquences en milieu professionnel.
- Mieux former les acteurs de la prévention dont les services de santé au travail, au repérage et à la prévention des pratiques addictives.
- Promouvoir le débat entre acteurs de l'entreprise sur les pratiques addictives en milieu professionnel.
- Promouvoir le maintien en emploi des travailleurs atteints de maladies chroniques évolutives par le développement d'outils afin que les entreprises puissent élaborer des solutions organisationnelles permettant l'intégration de ces salariés dans le collectif.
- Favoriser l'homogénéisation de la prise en charge des travailleurs en risque de désinsertion professionnelle par une coordination régionale des différents organismes acteurs (CARSAT, DIRECCTE, SST...)
- Développer la recherche sur les mécanismes de la désinsertion professionnelle et en diffuser les connaissances et les outils concourant au maintien en emploi.

### **3.3.2.3 Rapport de la Cour des comptes**

Un rapport de la Cour des comptes a été publié en juin 2016 sur les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool (29). Il fait le constat :

- d'une absence de consensus sur la nécessité de développer une politique publique spécifique en matière d'alcool. Ceci s'explique par le fait que l'alcool, et notamment le vin, est un art de vivre français et a un rôle très important dans son économie, et qu'il n'y a pas de consensus scientifique à ce jour sur une consommation modérée et non nocive.
- d'un manque d'investissement dans l'enseignement ou la recherche.
- d'une absence de bilan économique global des conséquences nocives de la consommation d'alcool.
- de l'absence d'une véritable politique commune, la MILDECA ayant du mal à jouer

son rôle sur le plan national du fait de disparités importantes entre les régions.

- d'un manque d'actions suffisamment efficaces des pouvoirs publics sur la réglementation concernant l'alcool.

Concernant le milieu du travail, la Cour des comptes fait les propositions suivantes : modification du code du travail pour interdire totalement l'introduction d'alcool sur le lieu de travail, mise en œuvre du repérage précoce et intervention brève (RPIB) dans les services de santé au travail, actions pour faciliter les orientations des personnes en difficulté avec l'alcool.

### **3.4 Accès et maintien dans l'emploi des personnes ayant une addiction**

Parmi les usagers de SPA, ceux présentant une addiction représentent un nombre difficilement quantifiable et leur profil est très hétérogène de part la nature des substances consommées.

#### **3.4.1 Accès à l'emploi**

Les personnes ayant une addiction rencontrent globalement plus de difficultés pour accéder au marché du travail. Ces difficultés reposent à la fois sur (43) :

- des causes similaires à d'autres populations en difficulté sur la question de l'emploi : le faible niveau d'étude, les périodes sans travail à justifier sur le curriculum vitae, l'absence de logement stable, les épisodes de rupture familiale et sociale conduisant à une vie solitaire, le contexte de crise économique exigeant une plus forte qualification dans les recrutements.
- des causes spécifiques aux parcours dans la toxicomanie et l'alcoolisme :
  - sur le plan sanitaire : un état de santé dégradé (infection par le VIH ou VHC, cirrhose du foie, effets indésirables des traitements associés), troubles psychiatriques plus élevés que dans la population générale.
  - sur le plan juridique : des sanctions pénales et incarcérations mal perçues dans un parcours de recherche d'emploi.
  - les a priori : peurs sur le statut sérologique, présence d'un traitement de substitution freinant le médecin du travail lors d'une visite médicale d'embauche.

La notion d'employabilité est la capacité relative que possède un individu à obtenir un emploi satisfaisant compte tenu de l'interaction entre ses caractéristiques personnelles et le marché du travail qui repose sur (43):

- une dimension propre à chaque individu : la représentation que l'on se fait de ses propres compétences, l'estime de soi et la capacité à valoriser son expérience tout en considérant les ressources physiques et matérielles de l'individu.

- une dimension extérieure à chaque individu : l'accès ou le maintien dans un emploi implique de se conformer aux normes sociales existantes (politesse, amabilité, tenue vestimentaire adaptée...) ainsi qu'aux règles inscrites dans le code du travail et les dispositions internes de l'entreprise.

Afin de favoriser l'employabilité des populations les plus précaires présentant une addiction, des dispositifs non spécifiques permettant l'accompagnement et l'insertion existent : activités occupationnelles, ateliers de redynamisation, aide à la rédaction de curriculum vitae et à la recherche d'emploi, ateliers et chantiers d'insertion, programmes personnalisés d'accompagnement vers l'emploi... Il existe aussi à l'échelon local des programmes d'insertion spécifiques (comme par exemple le réseau TAPAJ (Travail Alternatif Payé À la Journée) permettant aux jeunes en très grande précarité, souvent consommateurs de SPA, d'être rémunérés en fin de journée, pour une activité professionnelle, ne les engageant pas sur la durée).

En 2007, une enquête conjointement conduite par l'OFDT et Drogues-Alcool-Tabac-Info-Service avait révélé que seulement 18 % des centres de soins déclaraient développer des activités spécifiques d'insertion (ces activités étant souvent de simples orientations vers le pôle emploi plutôt que de véritables programmes d'insertion par l'emploi) alors que 75 à 80 % des personnes fréquentant les structures spécialisées en addictologie sont sans emploi régulier (43).

Sur le plan national, une des priorités du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (41) est de prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux dans le but de favoriser la réinsertion sociale des personnes présentant une addiction.

### **3.4.2 *Maintien dans l'emploi***

#### **3.4.2.1 *Acteurs***

L'ensemble des acteurs du monde du travail doit se sentir concerné par les pratiques addictives en milieu professionnel (10,14,44). Un retard de connaissance du problème et de prise en charge du salarié favorise sa stigmatisation et sa mise à l'écart ayant pour conséquence l'installation de dysfonctionnements durables sur le collectif de travail.

##### **3.4.2.1.1 *Salarié***

Le salarié présentant un problème en lien avec sa consommation de SPA est soumis à des obligations légales. L'article L. 4122-1 du Code du travail stipule qu'il doit « prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que celle des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail... ».

En cas de manquement à son obligation de sécurité, le salarié encourt une sanction disciplinaire (dont le licenciement) et sa responsabilité pénale peut être engagée.

##### **3.4.2.1.2 *Hiérarchie***

Le responsable hiérarchique, ayant connaissance des pratiques addictives d'un salarié



doit le recevoir en entretien en décrivant et consignait objectivement les faits et en expliquant clairement que la situation crée des problèmes au sein de l'entreprise. Le dialogue doit rester ouvert et les entretiens devant être cordiaux et empathiques ; les seules mesures disciplinaires doivent être évitées. Le salarié peut être adressé au médecin du travail (visite à la demande de l'employeur prévue par l'article R. 4624-17 du Code du travail) (45).

#### **3.4.2.1.3 CHSCT et Organisations syndicales**

Le rôle du CHSCT et des partenaires sociaux est de mettre tout en œuvre pour éviter les comportements pathologiques en faisant du travail un lieu pour promouvoir la santé et le bien-être de manière générale.

Le représentant du CHSCT peut également exercer un droit d'alerte selon l'article L.4131-2 du Code du travail. En l'absence de CHSCT, les délégués du personnel ont les mêmes missions que les membres de ce comité selon les articles L. 4611-2 et L. 4611-3 du Code du travail. Les décisions prises ne doivent se baser que sur l'aspect santé et sécurité au travail, la morale ou le jugement devant être mis de côté.

#### **3.4.2.1.4 Collègues**

Ce sont les premiers confrontés aux problèmes liés à l'addiction du salarié. Ils ont une responsabilité directe. Selon l'article 223-6 du Code pénal, ils ont un droit d'alerte à leur hiérarchie et peuvent être poursuivis pour non assistance à personne en péril, s'ils laissent le salarié en situation de danger. Ils peuvent également faire valoir leur droit de retrait (abandon du poste de travail) pour se mettre en sécurité en cas de confrontation à un danger grave et imminent pour leur vie ou leur santé.

Dans le cas où ils décident d'aborder le problème avec le salarié en question, ils doivent appliquer les règles de discrétion et de non-jugement et parler uniquement des dysfonctionnements qui ont une répercussion sur le travail, le collectif de travail ou sur les relations humaines (45).

A l'inverse, les collègues de travail ont, de la part de la hiérarchie, un droit d'information, d'explication et d'écoute dans le but d'améliorer l'ambiance de travail, tout en respectant la vie privée du salarié.

#### **3.4.2.1.5 Médecin du travail et service de santé**

La loi du 20 juillet 2011 a fait des médecins du travail et des SST des acteurs de premier plan pour identifier des pratiques addictives en milieu de travail, d'une part par leur démarche de prévention individuelle (entretiens médicaux et infirmiers) et d'autre part par leur démarche de prévention collective dans leur missions de conseillers de l'entreprise (évaluation des conditions de travail et risques professionnels).

Selon l'article R4623-1 du code du travail, « le médecin du travail et le service de santé sont les conseillers de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux ». Leur rôle est exclusivement préventif (le médecin du travail anime et coordonne une équipe pluridisciplinaire afin de mener des actions de prévention en milieu de travail) et consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail,

ainsi que toute atteinte à la sécurité des tiers (article L. 4622-3 du Code du travail).

Les éléments essentiels de la déontologie du médecin du travail sont l'indépendance professionnelle (article R. 4127-5 du Code de la Santé publique), le secret médical et le secret professionnel (interdiction de révéler les secrets de fabrication et les procédés d'exploitation). Il possède une indépendance dans la prescription des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude au poste de travail (article R. 4624-25)

#### **3.4.2.1.6 Aides extérieures**

Les médecins traitants ainsi que les services sociaux et les assistantes sociales sont une aide très précieuse pour aider le médecin du travail à faire le lien avec la prise en charge médicosociale du salarié.

Certaines structures peuvent intervenir en entreprises, comme l'ANPAA, les CSAPA. Au niveau territorial, les ARACT et les CARSAT peuvent accompagner la réalisation d'un diagnostic et la mise en place d'un plan de prévention. Les chefs de projet MILDECA (directeurs de cabinet des préfets) peuvent être sollicités pour contribuer financièrement à un programme de prévention. Il existe également des consultants spécialisés sur la prévention des conduites addictives en milieu de travail.

Les sites internet sont très utiles, comme le site de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), drogues info services ainsi que certains numéros verts (tabac info service, écoute alcool, écoute cannabis...).

### **3.4.2.2 Moyens et Outils**

#### **3.4.2.2.1 Prise en charge du salarié par le service de santé au travail**

##### **3.4.2.2.1.1 Repérage**

###### ***Le repérage clinique***

Des recommandations ont été émises par la SFMT (45). Une fois leurs connaissances et leurs pratiques professionnelles évaluées sur l'addiction, les médecins du travail doivent se former sur le repérage des mésusages de SPA et des facteurs professionnels prédictifs de ces pratiques addictives. La SFMT a proposé deux typologies :

#### Typologie des facteurs professionnels déterminant les conduites

##### de consommation de SPA d'après Lutz (2012)

- Tensions psychiques : conflit, souffrance, isolement, désœuvrement, anxiété, vigilance, activités interrompues, charge émotionnelle, manque d'expérience, mésestime de soi, exclusion, surinvestissement, manque de reconnaissance, âge, perte de sens, injonction contradictoire, écueil éthique, usure mentale.
- Tensions physiques : temps de travail, horaires atypiques, gardes, activité répétitive, intensité des gestes, bruit, odeurs, chaleur, douleur, TMS, âge
- Pratiques culturelles et socialisantes : genre du métier, habitudes conviviales, relation hiérarchique, bizutage, support de communication non verbale, image de marque, réseau, démarche commerciale, cohésion d'équipe, âge, ancienneté.
- Précarité professionnelle : statut, rémunération, image de marque du métier, évolution professionnelle, reclassement, formation, projet d'entreprise peu clair.
- Disponibilité et offre des produits liées au milieu professionnel : offre d'alcool sur le lieu de travail, métiers de production, de vente ou de contrôle liés aux produits psychoactifs, métiers de la santé....
- Pauvreté des liaisons sociales : absence de reconnaissance, manque de soutien, isolement, relations hiérarchiques de mauvaise qualité, opacité managériale, manque de soutien syndical, manque de temps pour les transmissions, manque de réunion de travail, absence de supervision, absence de débats professionnels, absence d'évolution professionnelle, absence ou excès de contrôle, exclusion, désinsertion sociale....

## Typologie des usages professionnels de SPA d'après Lutz (2012)

- a. Les usages culturels
- b. Les conduites dopantes
- c. Les stratégies individuelles et collectives de défense
- d. L'usage avec dépendance

Ainsi, le médecin du travail doit repérer cliniquement un mésusage de SPA que ce soit en pratique de routine lors des visites périodiques et d'embauche ou à l'occasion de visites ponctuelles. Pour cela, il peut s'aider de plusieurs outils (45):

- La consommation déclarée par le salarié et ses modalités en s'aidant des recommandations de bonnes pratiques relatives au dossier médical de santé au travail de l'HAS paru en 2009 (46). Le médecin doit interroger régulièrement le salarié sur l'ensemble des substances légales et illégales et envisager la possibilité d'autres consommations associées.
- Les questionnaires standardisés et validés sur les consommations permettent d'ouvrir le dialogue comme le DETA, l'AUDIT et l'AUDIT-C, le FACE pour l'alcool, le test de Fagerström pour la dépendance nicotinique, le questionnaire CAST pour le cannabis.
- Les signes d'alerte :
  - cliniques : état clinique général altéré, signes d'intoxication aiguë répétée, signes d'intoxication chronique et signes de manque spécifiques à chaque SPA, apparition de troubles psychiatriques comme anxiété, impulsivité, troubles de l'humeur...
  - sociaux : situation financière, personnelle ou familiale difficile, précarité du travail, harcèlement, pratiques addictives de l'entourage professionnel et personnel.
  - comportementaux : difficultés relationnelles, désinvestissement professionnel, repli sur soi, retards répétés, erreurs...
- Le RPIB est une méthode par questionnaire, validée par la HAS (47), pour le tabac, l'alcool et le cannabis. C'est une méthode, encore peu utilisée aujourd'hui, à but préventif qui cible les salariés ayant une consommation à risque qui peut aboutir à une addiction. Il consiste à recueillir la consommation déclarée, évaluer le risque, faire une intervention brève (entretien motivationnel, remise de brochure...) et à proposer un accompagnement. Il en résulte qu'un simple conseil dispensé en quelques minutes peut réduire d'un tiers le nombre de buveurs excessifs (48). Ce RPIB peut-être confié à un infirmier en santé au travail, dans le cadre d'un protocole écrit, les salariés s'exprimant parfois plus facilement lors des entretiens infirmiers non « sanctionnés » par un avis d'aptitude (14).

### **Le repérage biologique**

Seul le médecin du travail est autorisé à pratiquer un dépistage par prélèvement sanguin (45). Il ne peut être envisagé que comme un outil d'aide au diagnostic et à la décision et doit être précédé systématiquement du repérage clinique.

Le médecin décide, en toute indépendance, de la nécessité ou non de proposer un test biologique et de le prescrire au cours de toute visite médicale dès lors qu'il considère qu'une consommation de SPA interfère avec le poste de travail ou met en jeu la santé du salarié et de son entourage. Ce dépistage ne peut être systématique, même pour les postes à risques ou de sûreté et de sécurité. Le principe du consentement éclairé doit être respecté et recueilli après avoir expliqué au salarié la raison des examens demandés et leurs conséquences éventuelles selon les résultats. Le salarié peut refuser le dépistage biologique après avoir été averti des conséquences de son refus, dans ce cas, une inaptitude médicale est envisageable si le médecin du travail juge cet examen nécessaire à sa décision d'aptitude. Le test de dépistage est soumis au secret médical et le salarié ne peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire en cas de positivité de la recherche de SPA. Le médecin doit se limiter à faire connaître à l'employeur l'aptitude ou l'inaptitude du candidat à un poste ou du salarié(45).

Les méthodes de dépistage validées pour les SPA sont le prélèvement de sang ou d'urine. Les tests salivaires par leur manque de fiabilité ne peuvent pas être recommandés. Dans l'enquête de l'INPES de 2009, les tests biologiques sont en réalité peu pratiqués par les médecins du travail : 20,2% effectuent des alcoolémies, 19,7% des tests urinaires de dépistages de toxicomanies et 17,2% d'éthylotest. Des outils permettant de mieux objectiver des troubles du comportement comme des analyses de la vigilance, des troubles cognitifs, des réflexes (manifestations limitant le maintien à un poste de travail) seraient utiles (24).

#### **3.4.2.2.1.2 Avis d'aptitude et orientation thérapeutique**

La décision d'aptitude du médecin du travail doit prendre en compte le niveau de risque que cette pathologie induit en milieu du travail, pour le salarié ou pour son entourage. Elle doit donc d'abord être guidée par la connaissance du poste du travail.

Selon la dangerosité de la situation pour le salarié ou son entourage, le médecin du travail peut émettre :

- une orientation vers le médecin traitant pour arrêt maladie si l'addiction est incompatible avec le poste. La reprise du travail au sein de l'entreprise peut se faire dès l'amélioration de l'état de santé, lorsque la prise en charge de l'addiction est initiée.
- un avis d'aptitude avec des propositions d'aménagement du poste de travail ou un reclassement, compatible avec la pathologie.
- un avis d'aptitude simple. Certains mésusages sont sans répercussion sur l'environnement du travail et ne doivent pas avoir d'incidence sur la décision d'aptitude.

Dans les professions soumises à des conditions d'aptitude physique, la surveillance médicale s'effectue dans le cadre d'une médecine d'aptitude et non dans le cadre de la

médecine du travail organisée par le code du travail. Des arrêtés réglementent la délivrance des aptitudes médicales à certains emplois (de la fonction publique, du personnel exerçant des fonctions de sécurité sur le réseau ferré national, des marins des navires de commerce, de pêche et de plaisance, du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile) (45).

Dans tous les cas, et quelque soit la décision du médecin du travail, en cas de pathologie addictive avérée, ce dernier a le rôle de conseiller et d'orienter le salarié vers un accompagnement thérapeutique et médicosocial.

### **3.4.2.2 Démarche de prévention collective**

Outre le repérage individuel des pratiques addictives, la dimension collective est primordiale pour analyser les facteurs propres à l'entreprise favorisant ces pratiques, permettant ainsi une amélioration de la qualité de vie au travail et de la performance de l'entreprise. Elle doit se faire en concertation avec tous les acteurs de l'entreprise pour une meilleure acceptation et application et doit concerner l'ensemble des salariés, pas seulement ceux en difficulté. Le principal écueil à éviter est de se situer dans une démarche de répression et de sanction(2,10,49).

#### **3.4.2.2.1 Constat préalable**

Il est nécessaire 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. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte :

- la culture générale de prévention des risques dans l'entreprise
- l'évaluation du risque « pratiques addictives » dans l'entreprise
- l'existence éventuelle d'actions de prévention en matière de pratiques addictives et leur résultat, le vécu et la perception des salariés vis-à-vis des pratiques addictives en général
- les habitudes culturelles notamment en matière de consommation
- les conditions de travail
- le bilan de l'état social de l'entreprise et des outils de gestion des ressources humaines existants.

#### **3.4.2.2.2 Comité de pilotage et charte globale de prévention**

Une fois le constat préalable établi, un comité de pilotage représentatif de l'entreprise est créé, dirigé par la direction et comprenant des membres de l'encadrement et du service des ressources humaines, des représentants du personnel, des membres du CHSCT, des membres du service de santé au travail et des salariés désignés de manière concertée.

Les membres du comité de pilotage doivent bénéficier d'un apport de connaissances scientifiques sur les pratiques addictives et d'un accompagnement dans l'élaboration de la démarche de prévention afin de partir sur de bonnes bases. Le service de santé au travail peut

guider le comité pour trouver des ressources extérieures compétentes.

La rédaction d'une charte globale de prévention permet de tracer les décisions prises par le comité de pilotage et doit définir précisément la conduite à tenir par l'entreprise de l'ensemble de la problématique : conditions du retrait ou du maintien au poste, mise au point sur la façon dont sont gérées les urgences individuelles, lister les relais externes qui assurent prise en charge et le suivi, rappeler les obligations et les responsabilités de chacun. Elle ne remplace pas le règlement intérieur mais le complète et doit être diffusée largement à l'ensemble du personnel, y compris les nouveaux embauchés et les travailleurs temporaires (CDD, intérimaires, prestataires extérieurs).

#### **3.4.2.2.3 Plan d'action en entreprise**

Une fois le comité de pilotage et la charte de prévention établis, un plan d'action de l'entreprise peut être instauré.

Les rôles de chacun doivent être bien définis. Le soutien de la hiérarchie directe, des délégués du personnel, du service de santé au travail doit être connu de tous. Le rôle d'alerte (et non de délateur) de l'ensemble des salariés doit être rappelé en insistant sur l'importance de lutter contre les attitudes d'évitement. La confidentialité doit être respectée et les interventions et mesures prises discrètes afin d'instaurer un climat de confiance. Enfin il est important de rassurer l'ensemble du personnel sur l'absence de sanction encourue en cas d'appel au secours ou d'alerte, cet avertissement étant destiné en premier lieu à protéger le salarié et son entourage de travail.

Les actions de prévention peuvent porter sur :

- La définition de signaux et d'indicateurs d'alerte et de suivi permettant à chacun de déceler une situation nécessitant d'intervenir et permettant d'évaluer l'impact de la démarche mise en œuvre. Il n'existe pas d'indicateurs ou de signaux universels, quelques un peuvent être cités : l'absentéisme répété de courte durée, les retards fréquents, la diminution de la qualité du travail et/ou de la productivité. Le médecin du travail peut communiquer des statistiques relatives aux consommations de SPA.
- Une réflexion sur la culture de l'entreprise vis à vis des consommation de SPA, les pots en entreprise et les repas d'affaires.
- L'établissement d'une liste des postes de sûreté et de sécurité pour lesquels un alcootest ou un dépistage médical de consommation de drogues peut être pratiqué si cette liste ne figure pas dans le règlement intérieur
- Les retours d'expérience d'autres entreprises pour affiner la démarche de prévention ;
- La communication sur les réussites dans l'entreprise afin d'assurer la pérennité de la démarche sur le long terme

Par ailleurs, l'évaluation du mésusages des SPA fait partie de l'évaluation des risques psychosociaux de l'entreprise et doit être formalisée par écrit dans le document unique.

## 4 Conclusion

Les liens entre travail et addiction sont complexes et justifient une réflexion systématique du médecin du travail confronté à un salarié présentant une addiction. Le travail peut-être à l'origine d'une addiction ou favoriser cette dernière et l'accès à l'emploi peut parfois aggraver la maladie en modifiant en profondeur la vie du sujet (difficulté de la gestion émotionnelle, des ressources financières apportées par le nouveau travail...). Quand le travail est identifié comme facteur protecteur en revanche, il doit être associé à la prise en charge de la maladie addictive. Il peut être un signe de réussite du traitement ou participer à la prise en charge de l'addiction : le travail peut constituer une ressource pour le soin et inversement(43).

Le rôle du médecin du travail est d'intégrer sur la durée le salarié et sa pathologie chronique dans son environnement de travail. Il est l'un des acteurs principaux du repérage, de l'orientation et de la prise en charge des addictions en milieu de travail. Il doit s'appuyer sur les recommandations SFMT de mars 2013 : « Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel ». C'est à l'occasion de plusieurs épisodes de consommation (signant de probables rechutes) sur le lieu de travail chez un même salarié qu'il doit s'interroger sur l'existence d'une véritable addiction (que la pathologie soit connue du salarié ou ignorée).

Quand le travail est trop impactant sur la maladie ou impacté par elle, une orientation vers le médecin traitant en vue d'un arrêt maladie doit être envisagée pour que le salarié puisse entamer une démarche de soin. Une fois la prise en charge médicale initiée et le sujet acteur de son traitement, une guérison de la maladie (pouvant prendre des années) n'est pas nécessaire pour envisager un retour au travail. La visite de pré-reprise permet des aménagements de postes en amont (horaires décalés pour permettre le suivi (rendez-vous médicaux, prise de médicaments...), reprise à temps partiel thérapeutique, changement de poste au sein de l'entreprise...). Les visites occasionnelles à la demande du médecin permettent d'accompagner le salarié sur le vécu au travail en rapport avec sa maladie.

Le maintien dans l'emploi pourrait être facilité par l'attribution, pour la pathologie addictive, d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Cette reconnaissance n'a à priori jamais été demandée (et donc reconnue) pour cette pathologie. Afin de faciliter l'orientation vers la médecine de soins, il pourrait être établi des conventions entre les services de santé au travail et les centres médicaux de prise en charge en addictologie permettant ainsi une action plus rapide et plus coordonnée dans le parcours de soins et donc d'envisager un retour à l'emploi plus précoce.

L'entreprise a également un rôle à jouer dans la démarche globale de prévention des addictions. Le cadre réglementaire et la politique de l'entreprise sont directement responsables des pratiques addictives des salariés d'où l'importance de changer en profondeur les mentalités et le fonctionnement du monde de l'entreprise. De la même manière qu'on ne demande pas à un épileptique de ne pas faire de crises d'épilepsie ou à un asthmatique de ne pas faire de



crises d'asthme sur son lieu de travail, il est inopportun et inefficace de demander à un salarié ayant une addiction de ne pas faire de rechutes, donc de ne pas consommer sur son lieu de travail. C'est à l'entreprise de s'adapter aux salariés et non l'inverse.

Une réflexion pourrait être menée sur l'élaboration d'un label « entreprise sans alcool et sans drogues » ainsi que sur l'émission de recommandations de bonnes pratiques en santé et travail concernant la prévention des risques liés aux conduites addictives en milieu de travail. Enfin, la gestion des pratiques addictives est à intégrer dans la problématique des risques psychosociaux en entreprise (50).

## **Partie II - Analyses issues de la cohorte ADDICTAQUI**

*Cette partie a été acceptée pour communication dans le congrès international de référence pour la recherche en addictologie, the CPDD (College on Problem of Drug Dependence) 79th Annual Scientific Meeting, qui se déroulera à Montréal du 17 au 22 juin 2017.*

### **1 Introduction**

Au sein de notre société, le travail occupe une fonction centrale (créateur de richesses, sources de revenus et d'épanouissement, vecteur de lien social...)(51) et est structurant dans la vie d'un individu. Il est considéré comme une valeur positive. En 2009, les français sont 70% à estimer que le travail est très important dans leur vie, ce qui les place en cinquième position parmi les européens (52). Comme nous l'avons vu dans la première partie de notre thèse, l'addiction entretient des liens complexes avec le travail. Ce constat est à mettre en parallèle avec un des aspects essentiels du métier du médecin du travail : le maintien dans l'emploi.

Le but de notre étude est de savoir si la sévérité d'une addiction a une influence sur les problèmes d'emploi et de ressources (financières et autres) des sujets et inversement. L'objectif principal de notre étude est de montrer une association éventuelle entre la sévérité de l'addiction et l'emploi (objectif 1). Les objectifs secondaires sont de regarder si le type d'addiction influe sur les problèmes d'emploi (objectif 2), de rechercher une association éventuelle entre l'évolution de la sévérité de l'addiction et l'évolution des problèmes d'emploi et des ressources, et de rechercher une association éventuelle entre l'évolution de la sévérité de l'addiction et le statut d'emploi (objectif 3).

### **2 Matériels et méthodes**

Notre étude s'est déroulée dans l'équipe Addiction du laboratoire de recherche SANPSY CNRS USR 3413 de l'Université de Bordeaux, rattaché au Pôle Addictologie du Centre Hospitalier Charles Perrens – CHU de Bordeaux. Le pôle Addictologie a trois missions : une mission de soins, une mission d'enseignements théoriques et pratiques et une mission de recherche fondamentale et clinique.

Dans le laboratoire de recherche SANPSY, une cohorte prospective ADDICTAQUI (53) débutée en 1994 a permis d'inclure à ce jour plus de 4000 sujets dépendants débutant une prise en charge pour leur addiction. Initialement limitée aux personnes dépendantes aux opiacés, elle a été étendue à toutes les addictions, y compris aux addictions sans substance depuis 2002. Tous les sujets, lors d'un premier rendez-vous avant de débiter la prise en charge médicale, sont soumis à un questionnaire standardisé : l'ASI ou Addiction Severity Index. Suite à ce questionnaire initial (dit « ASI de base »), un questionnaire simplifié (dit « ASI de suivi ») leur est à nouveau soumis à trois mois de suivi puis tous les six mois aussi longtemps qu'ils acceptent d'y répondre.

## 2.1 Schéma d'étude

### **Objectifs 1 et 2 : analyse transversale**

Nous avons réalisé une analyse descriptive et transversale d'un échantillon de la cohorte ADDICTACQUI, couvrant une période de 8 ans du 01.01.08 au 31.08.16, exploitant les données des ASI de base.

### **Objectif 3 : analyse prospective**

Nous avons réalisé une analyse prospective d'un sous-échantillon issu du premier, exploitant les ASI de base et les ASI à 18 mois de suivi ( $\pm 6$  mois).

## 2.2 Population

Concernant la cohorte ADDICTACQUI :

- Les critères d'inclusion étaient : être majeur, présenter au moins une addiction avec ou sans substance selon les critères de diagnostic du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), être en demande de prise en charge pour cette addiction et accepter de participer à la cohorte.
- Les critères d'exclusion étaient : toute incapacité empêchant la compréhension et l'utilisation des outils.

Concernant notre étude :

- Objectifs 1 et 2
  - Les critères d'inclusion étaient : avoir passé un ASI de base entre le 01 janvier 2008 et le 31 août 2016.
  - Les critères d'exclusion étaient : être en injonction thérapeutique, recevoir une pension, être étudiant, être retraité.
- Objectif 3
  - Un sous-échantillon a été sélectionné parmi celui de l'analyse transversale et deux critères d'inclusion ont été ajoutés : avoir passé un ASI de suivi à 18 mois  $\pm 6$  mois, avoir pour objet principal d'addiction l'alcool, les opiacés ou le tabac.

## 2.3 Procédure

La cohorte ADDICTACQUI est une cohorte ouverte, avec évaluation à l'inclusion, puis suivi à 3 mois après l'inclusion, puis tous les 6 mois, des sujets consultant spontanément et consécutivement pour un problème d'addiction aux substances ou d'addiction comportementale. L'inclusion a lieu au moment de la prise en charge dans un des centres d'inclusion à Bordeaux et Bayonne. L'outil utilisé est l'ASI. Les patients sont informés et donnent leur consentement pour que les résultats de leur questionnaire servent à leur prise en charge thérapeutique mais puissent également être utilisés à des fins de recherche au sein du

laboratoire d'addictologie. Ils peuvent à tout moment de leur prise en charge stopper leur participation à cette cohorte.

Concernant notre étude, les données anonymisées ont été extraites de la base de données principale et le travail a été effectué sur le logiciel statistique JMP. N'ont été extraites que les données provenant des ASI de base (et des ASI de suivi à 18 mois (+/- 6 mois) pour l'analyse prospective) passés entre le 01 janvier 2008 et le 31 août 2016. Un premier travail préparatoire a permis un nettoyage des données extraites permettant par la suite la réalisation des calculs par le logiciel tout en s'assurant qu'il n'y avait pas de données manquantes pour les variables principales que nous souhaitons étudier.

## **2.4 Outil utilisé**

L'ASI est un hétéro-questionnaire standardisé dont la validité a été démontrée (54). L'outil utilisé est une version modifiée prenant en compte le tabac, le jeu ainsi que les autres comportements addictifs (55). Il est soumis au patient lors d'un entretien semi-structuré de 45 minutes guidé par un évaluateur. Il permet d'évaluer la sévérité de l'addiction après exploration de six domaines de la vie du sujet susceptibles d'être affectés par un trouble de l'usage de substances ou d'un comportement addictif. Les six domaines sont : état médical, emploi/ressources, usage de substances et comportements, situation légale, relations familiales/sociales, état psychologique. Pour chaque domaine, un score de sévérité est ainsi obtenu.

L'ASI explore 2 périodes : toute la vie et les 30 derniers jours. Le score de sévérité (SV) de chaque domaine exploré est établi par l'évaluateur sur une échelle allant de 0 à 9 à partir des données objectives et subjectives recueillies pendant l'entretien. Plus ces scores sont élevés, plus la sévérité est importante : un score de 0 signifie l'absence de sévérité ou un score non significatif, un score de 9 signifie un pronostic vital engagé, un score supérieur ou égal à 4 traduit un besoin d'aide ou de traitement supplémentaire dans le domaine concerné.

L'ASI génère aussi des scores composites (SC) calculés par une formule mathématique à partir des données objectives recueillies et qui prennent en compte uniquement la période actuelle. Ces scores permettent d'étudier l'évolution de la sévérité de l'addiction dans chacun des domaines. Le score composite de chaque domaine exploré est établi à partir d'un sous-ensemble d'items reflétant l'état actuel du sujet et s'étend sur une échelle allant de 0 à 1. Pour chaque domaine, plus le score est proche de 1, plus la sévérité est importante.

## **2.5 Stratégie d'analyse**

### **2.5.1 Variables**

Les variables utilisées concernant les informations générales sont :

- Le sexe.

- L'âge.
- L'objet principal d'addiction, c'est à dire le motif principal de prise en charge et déclaré par le patient comme posant le plus de problèmes (un recodage a été effectué : T = tabac, A = alcool, P = polysubstances, O = opiacés, Ca = cannabis, SaS = addiction sans substances, S = stimulants (regroupant amphétamines et cocaïne), Bz = benzodiazépines).

Les variables utilisées concernant la partie emploi/ressources sont :

- le nombre d'années d'étude.
- le nombre de journées de travail rémunérées sur les trente derniers jours, à savoir qu'un temps plein équivaut à trente jours.
- le statut d'emploi : la variable « nombre de journées de travail rémunérées » a été recodée, à savoir qu'à partir d'un jour travaillé sur le mois, le sujet était considéré comme « travailleur » et inclus dans le groupe emploi, en l'absence de jour travaillé, le sujet était inclus dans le groupe sans emploi.
- l'occupation actuelle ou catégorie socioprofessionnelle du dernier emploi.
- la durée en années du plus long emploi plein temps au même poste.
- le revenu mensuel net en euros.
- le score de sévérité (SV) emploi/ressources : ce score allant de 0 à 9 est établi suivant un ensemble de variables concernant le domaine de l'emploi et des ressources financières et autres du patient (formation, compétences...), sur la période actuelle ainsi que sur la vie entière .
- les scores composites (SC) emploi/ressources.
- l'évolution du SC emploi/ressources : c'est la différence entre le SC en base et le SC à 18 mois ( $\pm 6$  mois). Un score positif représente une amélioration, un score de 0 représente une stabilité.

Les variables utilisées pour étudier la sévérité de l'addiction sont :

- les SV de l'objet principal d'addiction (SV Tabac pour le tabac, SV Alcool pour l'alcool, SV Substances pour les opiacés, le cannabis, les stimulants, les benzodiazépines, SV Jeu pour le jeu, SV Alimentation pour l'alimentation et SV le plus élevé retrouvé pour les polysubstances/polycomportements déclarés comme problématiques par le patient.
- les SC pour l'objet principal d'addiction, à savoir les SC de l'alcool, les SC des

opiacés et les SC du tabac pour l'objectif 3. Les SC de chaque objet d'addiction sont analysés séparément et non comparables entre eux.

- l'évolution du SC pour l'objet principal d'addiction.

## **2.5.2 Analyses statistiques**

### **Objectif 1 et 2 : analyse transversale**

Nous avons décrit notre échantillon selon l'ensemble des variables. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence (%) et les effectifs (n), et les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne (m) et l'écart-type (ET) quand la distribution suivait une loi normale, par la médiane et les quartiles 1 et 3 quand la distribution suivait une loi anormale.

Pour répondre à l'objectif 1 (montrer l'association éventuelle entre la sévérité de l'addiction et l'emploi), nous avons recherché :

- une différence de moyenne du SV de l'objet principal d'addiction selon le statut d'emploi par un test de Student.
- une association entre le SV de l'objet principal d'addiction et le SV emploi/ressources par un test de corrélation de Pearson. Pour rappel, quand  $r = 1$ , la corrélation est parfaite, quand  $r = 0$  il n'y a pas de corrélation, quand  $r < 0$ , la corrélation est inversement proportionnelle.

Pour répondre à l'objectif 2 (regarder si le type d'addiction influe sur l'emploi), nous avons recherché une différence de moyenne du SV emploi/ressources selon l'objet principal d'addiction par une analyse de variances (ANOVA). Un test post-hoc de Tukey-Kramer permettant de comparer deux à deux les variables (ici, les différents objets d'addiction) a été réalisé en cas d'ANOVA significative.

### **Objectif 3 : analyse prospective**

Nous avons décrit notre sous-échantillon en base puis décrit l'évolution de nos variables d'intérêt entre l'ASI de base et l'ASI de suivi.

Pour répondre à l'objectif 3 (rechercher une association éventuelle entre l'évolution de la sévérité de l'addiction et l'évolution des problèmes d'emploi et des ressources, et rechercher une association éventuelle entre l'évolution de la sévérité de l'addiction et le statut d'emploi) :

- nous avons regardé s'il existait, par groupe de substances (alcool, tabac, opiacés) une corrélation entre l'évolution du SC de l'objet principal d'addiction et l'évolution du SC emploi/ressources par un test de corrélation de Pearson.
- parmi les patients qui ne changeaient pas de statut d'emploi entre la base et le suivi, nous avons examiné s'il existait une différence d'évolution du SC de l'objet principal d'addiction selon le statut d'emploi par un test de Student.

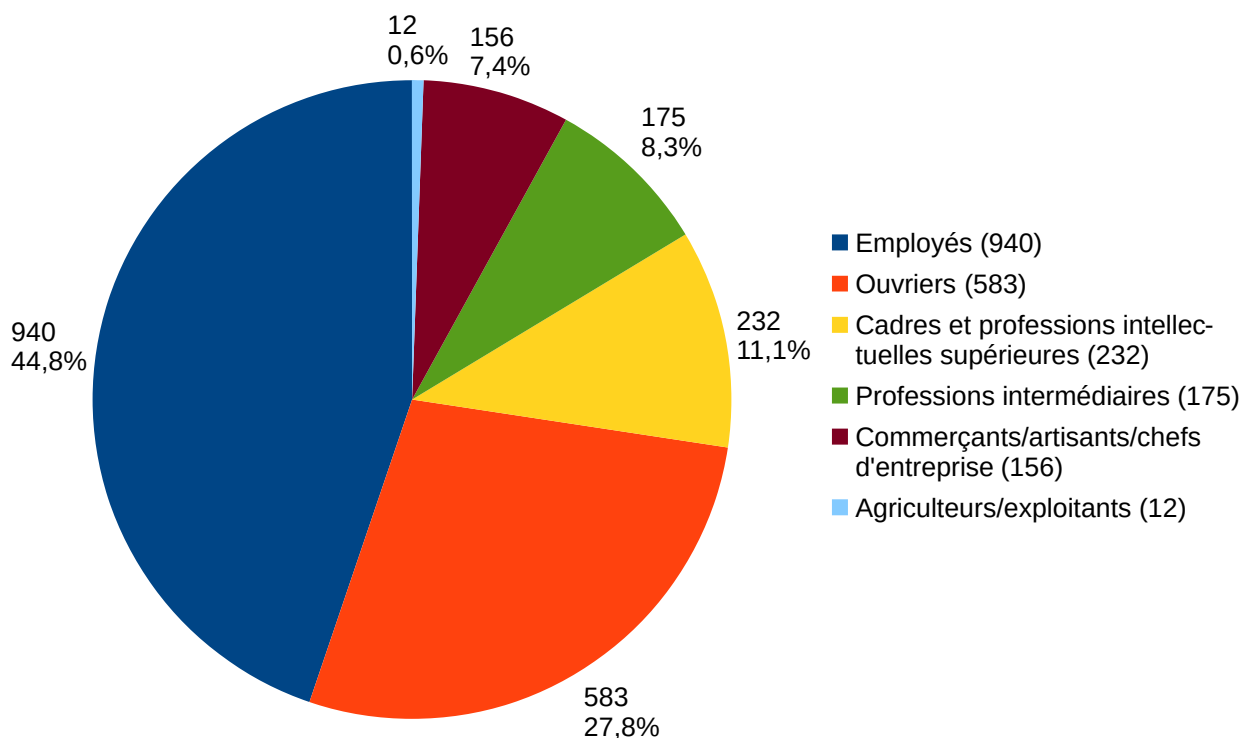
### 3 Résultats

#### 3.1 Analyse transversale

Notre échantillon comportait 2143 participants dont 67 % étaient des hommes (n=1427). L'âge moyen était de 37,7 ans (ET=10,8).

La moyenne du nombre d'années d'étude était de 11,9 (ET=2,8) soit un niveau baccalauréat. 51,8 % des sujets (n=1111) n'avaient pas le baccalauréat. 58,1% des sujets (n=1245) avaient un emploi.

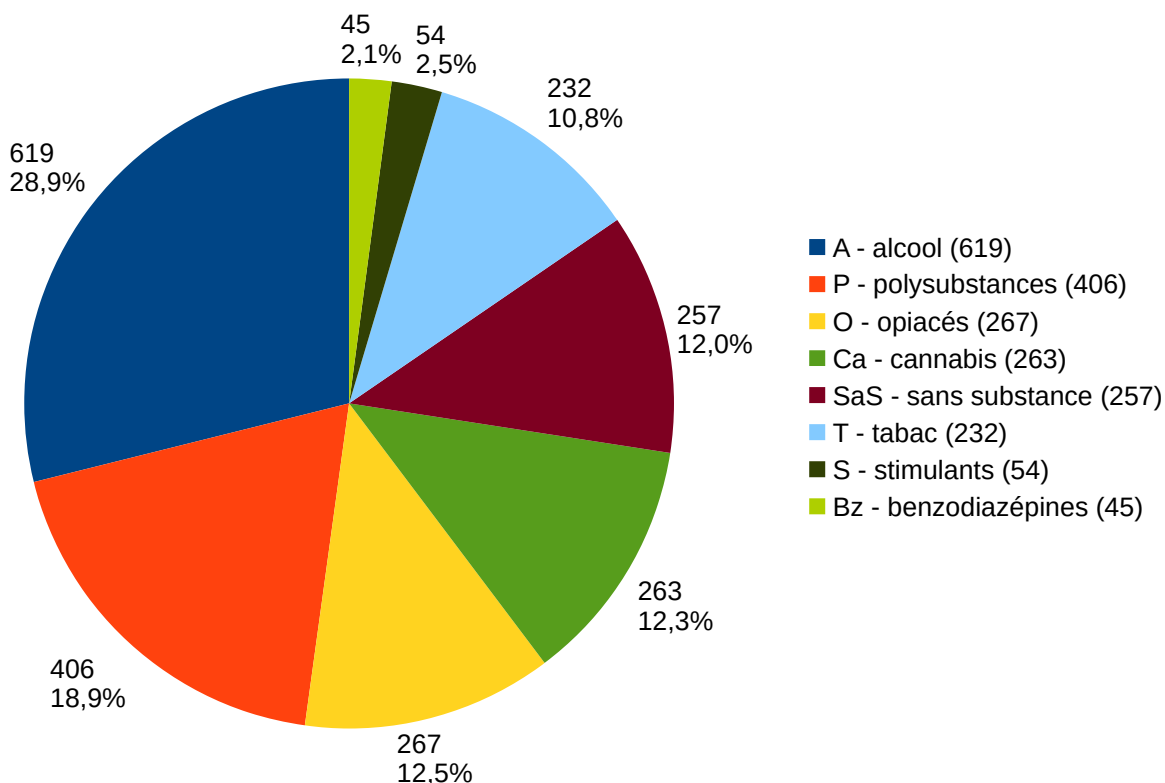
Les catégories socioprofessionnelles étaient représentées de la manière suivante :



Graphique 1: Répartition des catégories socio-professionnelles

La médiane de la durée maximale de l'emploi le plus longtemps occupé était de 5 ans (quartile 1 = 2 et quartile 3 = 10). Parmi les travailleurs (n=1245), la moyenne de jours travaillés rémunérés mensuels était de 26,9 et 80,8% (n=1007) des sujets travaillaient à temps plein. Le salaire mensuel moyen net était de 1585 euros (ET=1217).

Les objets d'addiction principaux étaient représentés de la manière suivante :



Graphique 2: Répartition des objets d'addiction principaux

La moyenne du SV de l'objet principal d'addiction (quel que soit l'objet) était de 6,30 (ET= 1,08) et la moyenne du SV emploi/ressources était de 2,66 (ET=2,32).

Pour répondre à l'objectif 1 :

- Il n'a pas été retrouvé de différence significative de moyenne du SV de l'objet principal d'addiction selon le statut d'emploi ( $p=0,11$ ). La moyenne de ce score dans le groupe « emploi » était de 6,27 et dans le groupe « sans emploi » de 6,35.
- Il a été retrouvé une corrélation significative ( $p<0,001$ ) entre le SV de l'objet principal d'addiction et le SV emploi/ressources ( $r = 0,14$ ), même après avoir tenu compte des différentes variables âge, sexe, type de dépendance et revenus d'emploi.

Pour répondre à l'objectif 2 :

- Le test de variance s'est révélé significatif ( $p<0,001$ ) montrant une différence entre les SV emploi/ressources selon les différents objets principaux d'addiction. Le test post-hoc a permis de comparer les variances deux à deux.



	SV E/R (ET)
<i>p</i>	<0,001
O (n=267)	3,28 (2,19) <sup>a</sup>
P (n=406)	3,13 (2,32) <sup>a</sup>
Ca (n=263)	2,73 (2,35) <sup>a,b</sup>
SaS (n=257)	2,57(2,28) <sup>b</sup>
A (n=619)	2,54 (2,33) <sup>b</sup>
S (n=54)	2,54 (2,49) <sup>a,b,c</sup>
Bz (n=45)	2,53 (2,37) <sup>a,b,c</sup>
T (n=232)	1,52 (1,93) <sup>c</sup>

Note : SV E/R = score de sévérité emploi/ressources ; ET= écart-type ; n= effectif ; O=opiacés ; P=polysubstances ; C=cannabis ; SaS=addiction sans substances ; A=alcool ; S=stimulants ; Bz=benzodiazépines ; T=tabac.

Le test ANOVA est performant pour comparer les scores de sévérité entre les différents groupes. Quand l'ANOVA est significatif, un test post-hoc de Tukey Kramer est utilisé : quand les scores de sévérité emploi/ressources ne sont pas connectés par la même lettre (a,b,c), ils sont significativement différents.

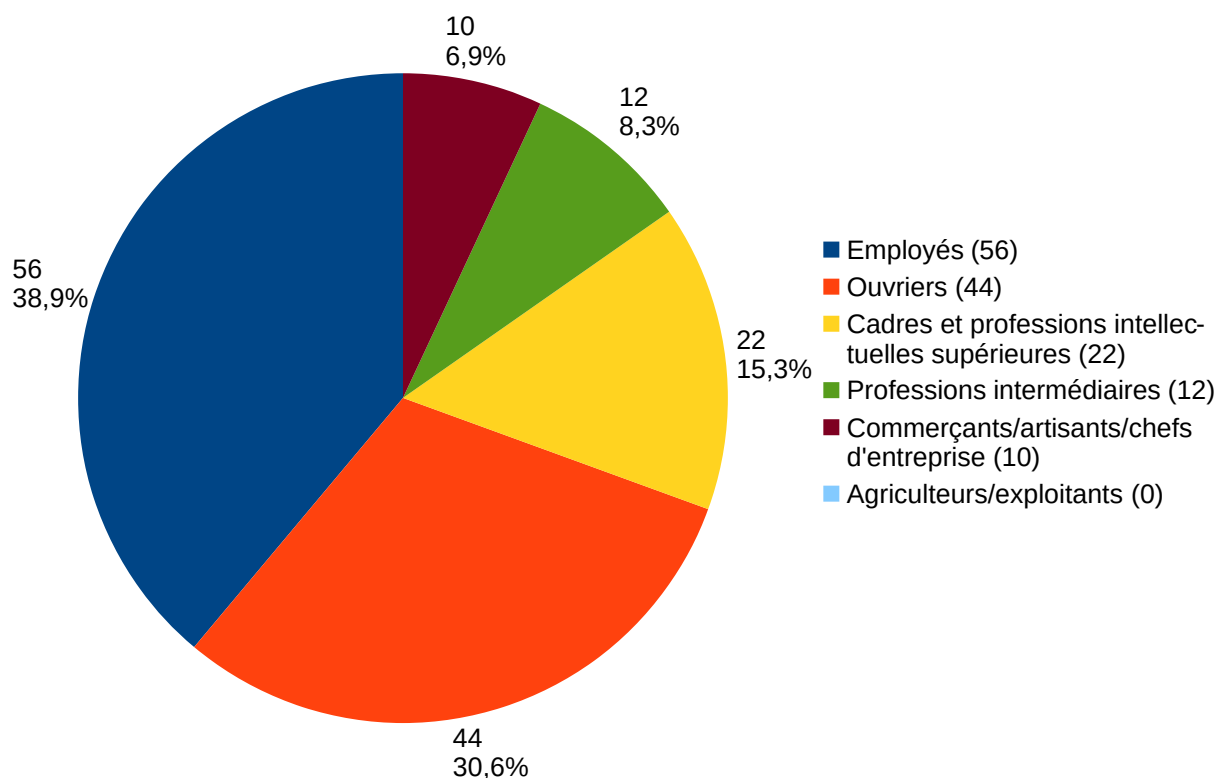
Tableau 1 : Comparaison du score de sévérité emploi/ressources en fonction de l'objet principal d'addiction

## 3.2 Analyse prospective

### 3.2.1 Description des ASI en base

Notre sous-échantillon comportait 147 patients dont 68 % (n=100) étaient des hommes. L'âge moyen était de 40,7 ans (ET=12,0). 52,4 % des sujets (n=77) avaient un emploi.

Les catégories socioprofessionnelles étaient représentées de la manière suivante :



Graphique 3: Répartition des catégories socio-professionnelles

Les objets d'addiction principaux étaient représentés de la manière suivante : 53,1 % (n=78) par l'alcool, 31,3 % (n=46) par les opiacés et 15,7 % (n=23) par le tabac.

La moyenne du SV de l'objet principal d'addiction était à 6,45 (ET=0,97) et la moyenne du SV emploi/ressources était de 2,76 (ET=2,34).

### **3.2.2 Evolution des variables d'intérêt entre l'ASI de base et l'ASI de suivi**

Concernant la variable statut d'emploi :

- 74,83 % des patients (n=110) gardaient leur statut d'emploi (cela correspond à tous les sujets ayant un emploi sur l'ASI de base qui en avaient un à 18 mois et à ceux n'ayant pas d'emploi en base et qui n'en avaient pas à 18 mois).
- 23,13 % (n=34) des patients changeaient de statut d'emploi : parmi les 77 patients ayant un emploi en base, 17 % (n=13) ne travaillaient plus à 18 mois et parmi les 67 patients n'ayant pas d'emploi en base, 31 % (n=21) travaillaient à 18 mois.

La moyenne de l'évolution du SC emploi/ressources, quasiment stable, était de 0,03 (ET=0,22) ; 36,05 % (n=53) des sujets de l'échantillon s'amélioraient et 63,95 % (n=94) restaient stable ou se dégradait.

L'évolution de l'addiction après 18 mois de prise en charge tendait globalement vers l'amélioration :

- Parmi le groupe alcool (n=78), la moyenne d'évolution du SC de l'objet principal d'addiction était de 0,30 (ET=0,29) ; 87,18 % (n=68) des sujets s'amélioraient et 12,82 % (n=10) des sujets restaient stable ou se dégradait.
- Parmi le groupe opiacés (n=46), la moyenne d'évolution du SC de l'objet principal d'addiction était de 0,13 (ET=0,12) ; 80,44 % (n=37) des sujets s'amélioraient et 19,56 % (n=9) des sujets restaient stable ou se dégradait.
- Parmi le groupe tabac (n=23), la moyenne d'évolution du SC de l'objet principal d'addiction était de 0,44 (ET=0,28) ; 95,65 % (n=22) des sujets s'amélioraient et 4,35 % (n=1) des sujets restaient stable ou se dégradait.

Pour répondre à l'objectif 3 :

Dans les trois groupes, il n'a pas été retrouvé de corrélation significative entre l'évolution du SC de l'objet principal d'addiction et l'évolution du SC emploi/ressources :

- Pour l'alcool :  $r = -0,09$  et  $p = 0,41$ .
- Pour les opiacés :  $r = 0,26$  et  $p = 0,08$ .
- Pour le tabac :  $r = -0,04$  et  $p = 0,9$ .

Parmi les patients qui gardaient leur statut d'emploi (n=110), il n'a pas été retrouvé de différence significative de moyenne de l'évolution du SC de l'objet principal d'addiction selon le statut d'emploi :

- Pour l'alcool :  $p=0,79$  ; la moyenne d'évolution du SC de l'objet principal d'addiction est de 0,27 dans le groupe sans emploi et de 0,29 dans le groupe avec emploi.
- Pour les opiacés:  $p=0,64$  ; la moyenne d'évolution du SC de l'objet principal d'addiction est de 0,14 dans le groupe sans emploi et de 0,16 dans le groupe avec emploi.
- Pour le tabac:  $p=0,83$  ; la moyenne d'évolution du SC de l'objet principal d'addiction est de 0,46 dans le groupe sans emploi et de 0,29 dans le groupe avec emploi.

## 4 Discussion

L'objectif principal de notre étude était de montrer une association éventuelle entre la sévérité de l'addiction et l'emploi.

Les objectifs secondaires étaient de :

- regarder si le type d'addiction influe sur les problèmes d'emploi.
- rechercher une association éventuelle entre l'évolution de la sévérité de l'addiction et l'évolution des problèmes d'emploi et des ressources.
- rechercher une association éventuelle entre l'évolution de la sévérité de l'addiction et le statut d'emploi.

L'analyse transversale n'a pas retrouvé d'association entre le SV de l'objet principal d'addiction et le statut d'emploi mais a retrouvé une corrélation significative entre le SV de l'objet principal d'addiction et le SV emploi/ressources. Elle a également montré qu'il existait une différence significative des SV emploi/ressources entre les différents types d'addiction.

L'analyse prospective a montré que les patients gardaient majoritairement leur statut d'emploi à 18 mois et amélioraient globalement leur addiction après 18 mois de prise en charge. Il n'a pas été retrouvé de corrélation entre l'évolution du SC de l'objet principal d'addiction et l'évolution du SC de sévérité emploi/ressources ni d'association entre l'évolution du SC de l'objet principal d'addiction et le statut d'emploi.

Concernant les limites et forces de cette étude :

- La population étudiée est en demande de soins et prise en charge dans un centre d'addictologie, elle ne reflète pas complètement la population salariée vue en médecine du travail puisque certains patients sont sans emploi. On ne peut donc pas généraliser nos résultats.
- L'ASI est un outil standardisé et de référence utilisé en addictologie. Alors que l'analyse concernant la sévérité de l'addiction a pu être précise, certaines variables de la partie emploi/ressources, en revanche, ont manqué pour une catégorisation plus fine des sujets étudiés. Cette étude n'a par exemple pas permis de différencier les patients qui travaillaient réellement de ceux en arrêt maladie.
- Certains biais de confusion (variables âge, sexe, type de dépendance et revenus d'emploi) ont été vérifiés à l'aide de tests. En revanche, le biais de mémorisation n'a pas pu être évité, l'ASI se basant en partie sur des données subjectives obtenues par les réponses des patients au questionnaire de l'ASI.
- L'analyse prospective était limitée à trois objets principaux d'addiction (alcool, opiacés, tabac) car considérés par nous comme ayant le plus d'intérêt dans le monde

du travail (nombre de salariés concernés important pour l'alcool et le tabac, gravité pour les opiacés).

L'analyse de la littérature n'a pas retrouvé d'études cherchant un lien entre l'emploi et la sévérité de l'addiction. Les études réalisées à ce jour ne font pas la distinction principale entre l'addiction et la consommation de SPA sans troubles de l'usage, donnant ainsi des résultats souvent contradictoires donc non concluants. Certaines études suggèrent que le fait d'avoir un emploi ne favorise pas l'abstinence chez les populations précaires (56–58). Des études montrent que les personnes à statut socioéconomique élevé (SSE) consomment plus d'alcool que les personnes au SSE plus faible mais que ce sont ces dernières qui subissent le plus de conséquences négatives liées à l'alcool (59). D'autres études en revanche indiquent que le fait d'avoir un emploi est un facteur réduisant la consommation de SPA (60) alors que le chômage est associé à des consommations plus élevées de SPA et des troubles de l'usage pour l'alcool et les substances illégales plus fréquents (61). Certaines études enfin, étayaient le postulat communément admis que les personnes au SSE favorisé et ayant fait des études ont moins de problèmes de santé (dont l'addiction) que les autres (62), ce qui conforte un des résultats de notre étude qui montrait un lien entre la sévérité de l'addiction et le SSE du patient (regroupant diverses variables comme le niveau d'étude, les revenus, l'emploi...)

Les résultats de notre étude montrent que :

- L'addiction a des répercussions plus importantes sur l'emploi et les ressources d'un sujet d'autant plus que les substances consommées sont illégales. Les sujets ayant une addiction sont contraints de faire usage indépendamment du contexte et donc de se procurer la substance en question. Quand cette dernière est illégale, son accès est plus difficile, le temps passé à sa recherche est plus long (nécessité d'un réseau, dealer...) et peut se traduire par des conséquences judiciaires ; l'ensemble de ces facteurs peut avoir un impact direct sur l'emploi et les ressources du sujet mais les substances illégales n'empêchent toutefois pas d'avoir un emploi.
- L'addiction et sa sévérité évoluent indépendamment des difficultés d'emploi. Avoir un emploi est possible même en cas d'addiction sévère ; l'emploi seul ne diminue pas la sévérité de l'addiction.
- Les patients bénéficiant d'une prise en charge de leur addiction dans une structure spécialisée s'améliorent à plus de 80% à 18 mois de prise en charge, ce qui prouve une réelle efficacité des thérapeutiques actuelles utilisées en addictologie. Le médecin du travail dont le salarié débute une prise en charge en addictologie doit se donner le recul nécessaire (en moyenne plus d'un an) avant de constater une amélioration de l'état de santé de ce dernier. Un arrêt maladie de quelques semaines ou un séjour en « cure de désintoxication » ne suffit pas à guérir de la maladie ; la nécessité d'un dispositif ambulatoire de prise en charge de l'addiction sur le long terme alors que le

salarié poursuit son activité professionnelle est essentielle.

- L'ensemble des résultats de notre étude peut également permettre d'aider le médecin du travail dans sa prise de décision lorsqu'il est confronté à un salarié présentant une addiction. Bien que le maintien dans l'emploi soit à privilégier de manière générale en santé au travail, lorsque le médecin du travail est confronté à une dualité entre le maintien dans l'emploi et l'orientation vers la médecine de soins occasionnant un retrait temporaire de l'emploi, il doit privilégier l'accès aux soins. En effet, la majorité des sujets ayant une addiction s'améliorent quand une prise en charge efficace est débutée, et ceci indépendamment du fait d'avoir un emploi ou non.

# Annexes

## 1 Liste des abréviations

- ALD:** Affection Longue Durée  
**ANOVA:** ANalysis Of Variance  
**ANPAA:** Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie  
**API:** Alcoolisation Ponctuelle Importante  
**ARACT:** Association Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail  
**ASI:** Addiction Severity Index  
**AUDIT:** test Alcohol Use Disorder Identification  
**SPA:** Substances psychoactives  
**CAARUD:** Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues  
**CARSAT:** Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail  
**CAST:** Cannabis Abuse Screening Test  
**CDD:** Contrat à Durée Déterminée  
**CHSCT:** Comités d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail  
**CIM:** Classification Internationale des Maladies  
**CNRS:** Centre National de la Recherche Scientifique  
**CSAPA:** Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
**DESC:** Diplôme d'Etude Spécialisées Complémentaires  
**DETA:** Diminuer Entourage Trop Alcool  
**DIRECCTE:** Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi  
**DGS:** Direction Générale de la Santé  
**DGT:** Direction Générale du Travail  
**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders  
**EDF:** Electricité De France  
**ELSA:** Equipes Hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie  
**ET:** Ecart Type  
**FACE:** questionnaire Face Alcohol Consumption Evaluation  
**FFA:** Fédération Française en Addictologie  
**GDF:** Gaz de France  
**HAS:** Haute Autorité de Santé  
**ICJE:** Indice Canadien du Jeu Excessif  
**INPES:** Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
**INRS:** Institut National de Recherche et de Sécurité  
**INSERM:** Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
**InVS:** Institut de Veille Sanitaire  
**MDPH:** Maison Départementale des Personnes Handicapées  
**MDMA:** 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine



- MILDECA:** Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives
- MILDT:** Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies
- OECD:** Organisation for Economic Cooperation and Development
- OEDT:** Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
- OFDT:** Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- OMS:** Organisation Mondiale de la Santé
- PIB:** Produit Interieur Brut
- RPIB:** Repérage Précoce et Intervention Brève
- RQTH:** Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé
- TAPAJ:** Travail Alternatif Payé À la Journée
- TCC:** Thérapie Cognitivo-Comportementale
- TMS:** Troubles MusculoSquelettiques
- UDVI:** Usagers de Drogues par Voie Injectable
- SANPSY:** Sommeil Addiction NeuroPSYchiatry
- SC:** Score Composite
- SSE:** Statut Socio Economique
- SFMT:** Société Française de Médecine du Travail
- SST:** Service de Santé au Travail
- SV:** Score de Sévérité
- VHC:** Virus de l'hépatite C

## 2 Bibliographie

1. Auriacombe M, Fatséas M, Dubernet J. Addicto : Le Polycop de Bordeaux - Enseignement d'addictologie - Université de Bordeaux [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://formatoile2.u-bordeaux.fr/>
2. Hache P, Valladeau A-S, Gayet C. Pratiques addictives en milieu de travail - Principes de prévention. INRS. mars 2013;(ED 6147).
3. Société Française d'Alcoologie, Société Française de Médecine du Travail. Recommandations pour la pratique clinique - Dépistage du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportements en milieu professionnel - Texte court. Alcoologie Addictologie. 2013;35(1):61-92.
4. Morel A. Bases cliniques et conceptuelles des soins en addictologie. 2007; Disponible sur: <http://www.oppelia.fr>
5. INRS. Dossier Addictions. 2015; Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/addictions.html>
6. Alexandre J-M, Fatséas M, Auriacombe M. Addiction(s)? Biofutur. Décembre 2012; (338):27-9.
7. Auriacombe M, Serre F, Fatséas M. chapitre 6 - Le craving : marqueur diagnostic et pronostic des addictions ? In: Traité d'addictologie - 2e édition. Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p. 78-83.
8. Béraud J, Marcelli D, Venisse J. chapitre 4 - Les facteurs psychosociaux de risque, de gravité et de protection. In: Usage nocif de substances psychoactives- Identification des usages à risque - Outils de repérage - Conduite à tenir. Paris; 2002. p. 59-76. (La Documentation française).
9. Karila L, Reynaud M. chapitre 7 - Facteurs de risque et de vulnérabilité. In: Traité d'addictologie - 2e édition. Lavoisier Médecine Sciences. Paris; 2016. p. 84-6.
10. Durand E, Gayet C. Conduites addictives et travail. INRS-Doc Pour Médecin Trav. 2008; (115 -TC 121):339-62.
11. OECD. Tackling Harmful Alcohol Use : Economics and Public Health Policy. OECD Publ.
12. Lafaye de Micheaux C. Pratiques addictives à l'adolescence et théorie de l'attachement. Paris 7 - Denis Diderot - Faculté de médecine Xavier Bichat; 2008.
13. Duaux E, Krebs MO, Loo H, Poirier MF. Genetic vulnerability to drug abuse. Eur Psychiatry. 2000;15(2):109-14.
14. Hache P. Alcool et Travail. INRS -Réf En Santé Au Trav. déc 2015;(144 - TC 152).
15. Paille F. chapitre 49 - L'offre hospitalière de soins en addictologie. In: Traité d'addictologie - 2e édition. Lavoisier Médecine Sciences. Paris; 2016. p. 401-6.
16. Cadet-Taïrou A, Saïd S. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. OFDT - Tend. janv 2015;(98).
17. Fatséas M, Auriacombe M. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. In: Masson - Abrégé d'addictologie. Paris; 2008. p. 62-8.
18. Beck F, Richard J-B. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. OFDT-Tend. mars 2015;(99).
19. OFDT. Drogues, Chiffres clés - 6e édition [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr>
20. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale. IRDES - Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2005.

21. Beck F, Richard J-B, Guignard R. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. OFDT - Baromètre Santé Inpes 2014. avr 2015;
22. Kopp P. Le coût social des drogues en France. OFDT. déc 2015;
23. Costes J-M, Pousset M, Eroukmanoff V. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. OFDT - Tend. sept 2011;(77).
24. Gillet C, Demortière G. chapitre 29 : Conduites addictives et milieu professionnel. In: Traité d'addictologie - 2e édition. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2016. p. 251-6.
25. Orset C, Sarazin M, Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel, enquête de prévalence par questionnaire chez 1 406 salariés de la Loire. Arch Mal Prof L'environnement. 2007;68:5-19.
26. Serre F, Denis C, Fatséas M, Auriacombe M. Santé, travail et addiction. Cour Addict. 2012;14(2).
27. DIRECCTE Aquitaine. Etude Santé Travail Addiction - Enquête sur la consommation de substances parmi les travailleurs se rendant à la Médecine du Travail en Aquitaine. sept 2011;(13).
28. Palle C, Briand-Madrid L, Richard J-B. Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel. OFDT. oct 2015;
29. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool - rapport de la Cour des Comptes. 2016.
30. Arvers P, Assailly J-P, Batel P, Choquet M, Daniel T, Daoust M, et al. Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. In Paris; 2003. p. 118. (Expertise collective de l'Inserm).
31. Laumon B, Gadegbeku B, Martin J-L. Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) - Analyse épidémiologique. OFDT. avr 2011;
32. Journée nationale de prévention des conduites addictives en milieux professionnels - Impact des consommations de substances psychoactives sur le travail : le regard des dirigeants, des responsables RH et des représentants du personnel/syndicats. OFDT; 2015.
33. Dano C, Ernoul P, Penneau-Fontbonne D. Conduite addictive en milieu professionnel : les rôles du médecin du travail. Concours Méd. janv 2010;132(1):26-7.
34. Bisiou Y. chapitre 28 - Addictions : le point de vue de la loi,. In: Traité d'addictologie - 2e édition. Lavoisier Médecine Sciences. Paris; 2016. p. 245-50.
35. article R. 231-56-3 du Code du Travail relatif au risque d'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.
36. article R. 232-12-14 du Code du Travail relatif aux locaux ou emplacements dans lesquels sont entreposés ou manipulés des produits présentant des risques d'incendie ou d'explosion.
37. Durand E, Gayet C, Bijaoui A. Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail. INRS Doc Pour Médecin Trav. 2004;(99 - 99 TM 2):301-14.
38. MILDT. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Doc Fr- Collect Rapp Off.
39. Gayet C. Drogues illicites et risques professionnels Assises nationales, Paris, 25 juin 2010. INRS-Doc Pour Médecin Trav. 2010;(124 - TD 171):443-51.
40. MILDT, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique. Drogues illicites et risques professionnels - Assises Nationales - Synthèse. 25 juin 2010;
41. MILDT. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Doc Fr-Collect Rapp Off.
42. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Plan santé au travail 2016-2020.
43. Maguet O, Caldéron C. Insertion par l'emploi des usagers de drogues - Territoires en réseaux [Internet]. Bruxelles : Commission européenne; 2009. Disponible sur: <http://addictions-insertion-emploi.net/home/le-contexte-francais/>

44. MILDECA. Comment traiter la consommation de substances psychoactives en milieu professionnel ? [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/traiter-consommation-de-substances-psychoactives-milieu-professionnel>
45. SFMT. Recommandations : « Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel » [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php>
46. Recommandations de bonnes pratiques - Le dossier médical en santé au travail. HAS. janv 2009;10.
47. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève - Alcool, Cannabis, Tabac chez l'adulte [Internet]. 2014. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte)
48. MILDT. Dossier de Presse - Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013 - 2017 [Internet]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/priorite-2013-2017>
49. MILDT, DGT, INRS. Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel. Doc Fr [Internet]. janv 2012; Disponible sur: <https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Activities/Workdrug/MILDT.pdf>
50. Groupe Pompidou - Conseil de l'Europe. Conférence internationale - Prévention en milieu professionnel de la consommation d'alcool et de drogues - Rapport de réunion. Strasbourg; 2014 oct.
51. Vivier B. « La place du travail » (saisine gouvernementale). Notes Iéna - Inf Cons Économique Soc. juill 2003;(145).
52. Davoine L, Meda D. Place et sens du travail en Europe : une singularité française ? Cent D'études L'emploi. févr 2008;9.
53. Auriacombe M, Equipe Addiction, SANPSY CNRS USR 3413, Université de Bordeaux. ADDICTAQUI - Cohorte Addiction Aquitaine - Etude prospective multicentrique, multidisciplinaire. Disponible sur: <https://epidemiologie-france.aviesan.fr/epidemiologie-france/fiches/cohorte-addiction-aquitaine-trajectoires-de-personnes-presentant-une-addiction-aux-substances-ou-une-addiction-comportementale-en-contact-avec-le-dispositif-de-soins.-caracteristiques-medicales-neurobiologiques-sociologiques-et-psychologiques.-etude>
54. McLellan AT, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict.* 2006;15(2):113-24.
55. Denis C, Fatséas M, Beltran V, Serre F, Alexandre J-M, Debrabant R, et al. Usefulness and validity of the modified Addiction Severity Index: A focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling. *Subst Abus.* 37(1):168-17.
56. Aklin WM, Wong CJ, Hampton J, Svikis DS, Stitzer ML, Bigelow GE, et al. A therapeutic workplace for the long-term treatment of drug addiction and unemployment: Eight-year outcomes of a social business intervention. *J Subst Abuse Treat.* 2014;47:329-38.
57. Carlson E, Holtyn AF, Fingerhood M, Friedman-Wheeler D, Leoutsakos J-MS, Silverman K. The effects of the therapeutic workplace and heavy alcohol use on homelessness among homeless alcohol-dependent adults. *Drug Alcohol Depend.* 2016;168:135-9.
58. Silverman K, Holtyn AF, Morrison R. The Therapeutic Utility of Employment in Treating Drug Addiction: Science to Application. 2015;(74).
59. Collins SE. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Res Curr Rev.* 2016;38(1):83-94.

60. Leukefeld C, Webster JM, Staton-Tindall M, Duvall J. Employment and work among drug court clients: 12-month outcomes. *Subst Use Misuse*. 2007;42(7):1109-26.
61. Compton WM, Gfroerer J, Conway KP, Finger MS. Unemployment and Substance Outcomes in the United States 2002-2010. *Drug Alcohol Depend*. 1 sept 2014;0:350-3.
62. Lee JO, Herrenkohl TI, Kosterman R, Small CM, Hawkins JD. Educational Inequalities in the Co- occurrence of Mental Health and Substance Use Problems, and its Adult Socioeconomic Consequences: A Longitudinal Study of Young Adults in a Community Sample. *Public Health [Internet]*. août 2013 [cité 16 févr 2017];127(8). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3810533/>

## **TITRE : NOUVELLES CONNAISSANCES EN ADDICTOLOGIE : APPLICATION A LA SANTE AU TRAVAIL. Aspects théoriques et analyses issues de la cohorte ADDICTAQUI**

### **Partie I - Aspects théoriques : l'addiction en tant que maladie chronique**

**Introduction** : L'addiction est une maladie fréquente, grave et chronique. Pourtant les entreprises s'intéressent, le plus souvent sur un mode répressif, aux dommages aigus faisant suite à une consommation de substances psychoactives (SPA), ne distinguant pas l'addiction comme maladie chronique d'un usage simple sans addiction.

**Addiction** : L'addiction dépendant de facteurs de risque individuels, environnementaux et liés à l'objet d'addiction, est une modalité pathologique d'utilisation d'un objet de gratification dont le symptôme essentiel est le craving. La rechute signe le diagnostic de la maladie.

**Interaction entre addiction et emploi** : L'interaction entre l'emploi et l'addiction est complexe, le travail favorisant parfois les consommations. La législation encadre les consommations et les plans d'action nationaux œuvrent pour une meilleure prise en charge de l'addiction. Tous les acteurs de l'entreprise, dans une démarche de prévention collective, sont concernés par le maintien dans l'emploi de ces salariés. Le médecin du travail, par un repérage diagnostique et une orientation vers la médecine de soins joue un rôle central.

**Conclusion** : Le médecin du travail, suite à plusieurs épisodes de consommation sur le lieu de travail chez un salarié doit s'interroger sur l'existence d'une addiction, pathologie chronique à intégrer dans le monde du travail. Une réflexion est à mener sur l'attribution de RQTH pour l'addiction ainsi que sur la création de chartes entre les centres de soins et les services de santé au travail. Enfin, le rôle de l'entreprise est essentiel.

### **Partie II – Analyses issues de la cohorte ADDICTAQUI**

**Objectif**: Examiner les associations possibles entre la sévérité et le type d'addiction d'une part, l'emploi et les ressources d'autre part chez des sujets pris en charge pour leur addiction.

**Méthode**: Les patients ont été recrutés à partir de la cohorte prospective ADDICTAQUI. Une analyse descriptive et transversale des données des ASI (Addiction Severity Index) de base d'un échantillon de cette cohorte puis une analyse prospective à 18 mois ( $\pm$  6mois) d'un sous-échantillon ont été réalisés.

**Résultats**: 2143 patients étaient inclus, dont 67% hommes (âge moyen 37,7 ans). Il n'a pas été retrouvé de différence significative de moyenne du SV de l'objet principal d'addiction selon le statut d'emploi ( $p=0,11$ ). Il a été retrouvé une corrélation significative ( $p<0,001$ ) entre le SV de l'objet principal d'addiction et le SV emploi/ressources (Pearson,  $r = 0,14$ ). Le SV emploi/ressources différait selon l'objet d'addiction (3,3 pour les opiacés et 1,5 pour le tabac). Dans un sous-échantillon ( $n=147$ ), plus de 80 % ( $n=127$ ) des patients s'amélioraient. L'évolution de la sévérité de l'addiction n'était pas associée au statut d'emploi ni à l'évolution de la sévérité emploi / ressources.

**Discussion**: La sévérité de l'addiction et son évolution ne sont pas liées au seul facteur emploi. La prise en charge médicale de l'addiction est efficace puisque la majorité des patients s'améliorent à 18 mois. Face à l'existence d'une dualité entre le maintien au poste de travail et l'orientation vers la médecine de soin, le médecin du travail doit privilégier l'accès au soin pour le salarié présentant une addiction.

**DISCIPLINE** : médecine du travail

**MOTS CLES** : addiction, sévérité de l'addiction, emploi, maladie chronique, alcool, tabac, substances illégales, cohorte ADDICTAQUI

## **TITLE : NEW KNOWLEDGE IN ADDICTOLOGY : APPLICATION TO OCCUPATIONAL HEALTH. Theoretical aspects and analyses from the ADDICTAQUI cohort.**

### **Part I - Theoretical aspects: addiction as a chronic disease**

**Introduction:** Addiction is a frequent, serious and chronic disease. However, companies focus, mostly in a repressive mode, on acute damage following a consumption of psychoactive substances (SPA), not distinguishing addiction as a chronic disease from simple use without addiction.

**Addiction:** Addiction depending on individual, environmental and addictive risk factors is a pathological modality of use of a gratification object whose main symptom is craving. Relapse signs the diagnosis of the disease.

**Interaction between addiction and employment:** The interaction between employment and addiction is complex, with work sometimes encouraging consumption. Legislation regulates consumption and national action plans work towards a better management of addiction. All the actors of the company, in a collective prevention approach, are concerned with maintaining the employment of these employees. The occupational physician, through a diagnostic diagnosis and an orientation towards the medicine of care plays a central role.

**Conclusion:** The occupational physician, following several episodes of consumption in the workplace of an employee must question the existence of an addiction, a chronic pathology to integrate into the world of work. Reflection is needed on the allocation of RQTH (official recognition of a person's status as a worker with a disability) for addiction as well as the creation of charters between health centers and occupational health services. Finally, the role of the company is essential.

### **Part II - Analyses from the ADDICTAQUI cohort**

**Objectives :** To examine the possible associations between severity and type of addiction on the one hand, employment and resources on the other hand, in subjects taken in charge for their addiction.

**Method :** Patients were recruited from the prospective ADDICTAQUI cohort. A descriptive and cross-sectional analysis of the basic Addiction Severity Index data from a sample of this cohort followed by a prospective analysis at 18 months ( $\pm 6$  months) of a subsample were performed.

**Results:** 2143 patients were included, of which 67% were men (mean age 37.7 years). There was no significant difference in the SV mean of the main addiction object according to employment status ( $p = 0.11$ ). A significant correlation ( $p < 0.001$ ) was found between the SV of the main addiction object and the employment / resources SV (Pearson,  $r = 0.14$ ). The SV employment / resources differed depending on the object of addiction (3.3 for opiates and 1.5 for tobacco). In a sub-sample ( $n = 147$ ), more than 80% ( $n = 127$ ) of patients improved. Changes in the severity of addiction were not associated with employment status or changes in employment / resource severity.

**Discussion:** The severity of addiction and its development are not related solely to the employment factor. The medical management of addiction is effective since the majority of patients improve at 18 months. Faced with the existence of a duality between retention at the workplace and orientation towards care medicine, the occupational physician must give preference to access to care for the employee with an addiction.

DISCIPLINE: occupational medicine

KEY WORDS: addiction, severity of addiction, employment, chronic illness, alcohol, tobacco, illegal substances, ADDICTAQUI cohort