



HAL
open science

Enquête addiction auprès des salariés du Centre Hospitalier Charles Perrens de Bordeaux : description et analyse des facteurs socio-professionnels associés à l'usage du tabac.

Nicolas Bontemps

► To cite this version:

Nicolas Bontemps. Enquête addiction auprès des salariés du Centre Hospitalier Charles Perrens de Bordeaux : description et analyse des facteurs socio-professionnels associés à l'usage du tabac.. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03011783

HAL Id: dumas-03011783

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03011783v1>

Submitted on 18 Nov 2020

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 07 Octobre 2020 à TOULOUSE par

BONTEMPS Nicolas

Né le 08 Novembre 1987 à BIARRITZ

**ENQUETE ADDICTION AUPRES DES SALARIES DU CENTRE HOSPITALIER
CHARLES PERRENS DE BORDEAUX : DESCRIPTION ET ANALYSE DES
FACTEURS SOCIO-PROFESSIONNELS ASSOCIES A L'USAGE DE TABAC**

Sous la direction du Dr Jacques DUBERNET

Rapporteur de thèse : Pr Jean-Claude PAIRON

Membres du jury :

Mme le Professeur I. BALDI,

Mr le Professeur M. DRUET-CABANAC

Mr le Professeur J.-M. SOULAT

Mme le Docteur Y. ESQUIROL

Mr le Docteur F. HERIN

Mme le Docteur C. VERDUN-ESQUER

Mme le Docteur C. CARLES

Présidente

Examineur

Examineur

Examinatrice

Examineur

Examinatrice

Examinatrice

REMERCIEMENTS

A notre Présidente de thèse,

Madame le Professeur Isabelle BALDI

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Discipline Médecine du Travail

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de juger ce travail qui, je l'espère, vous donnera satisfaction. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon plus 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 Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jacques DUBERNET

Praticien Hospitalier,

Discipline Addictologie

Je vous remercie d'avoir bien voulu assurer la direction de cette thèse et de m'avoir dispensé vos précieux enseignements concernant cette discipline qu'est l'addictologie que je m'efforce d'appliquer au mieux dans ma pratique quotidienne de Médecin du Travail. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Discipline Médecine du Travail

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en acceptant de siéger à mon jury. Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements dispensés à Limoges que j'ai beaucoup appréciés. Veuillez recevoir le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon estime.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Discipline Médecine du Travail

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury. Qu'il me soit permis de vous témoigner ici ma gratitude et ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Yolande ESQUIROL

Maître de Conférence des Universités, Praticien Hospitalier

Discipline Médecine du Travail

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse. Je vous remercie également pour la qualité de l'enseignement dispensé à Toulouse. Je vous prie de croire en l'assurance de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Fabrice HERIN

Maître de Conférence des Universités, Praticien Hospitalier

Discipline Médecine du Travail

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A Madame le Docteur Catherine VERDUN-ESQUER

Praticien hospitalier

Discipline Médecine du Travail

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce Jury. Je vous remercie pour votre enseignement au cours de mon passage dans le service de Pathologie Professionnelle que j'ai particulièrement apprécié. Je vous prie de trouver dans ce travail l'expression de ma profonde et respectueuse gratitude et de ma sincère admiration.

A Madame le Docteur Camille CARLES

Maître de Conférence des Universités, Praticien Hospitalier

Discipline Médecine du Travail

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 toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ce travail de thèse

A Monsieur BIAIS, Directeur du Centre Hospitalier Charles Perrens

Nous vous remercions d'avoir permis la poursuite de cette enquête auprès de vos salariés. Je vous exprime ici ma très sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Discipline Addictologie

Recevez toute notre gratitude pour votre enseignement qui m'a permis de mieux appréhender cette discipline qu'est l'addictologie. Merci également à tous les membres de votre service pour leur accueil et pour le travail remarquable réalisé au quotidien.

A Monsieur le Docteur Dominique DELMAS SAINT HILAIRE

Docteur en médecine

Discipline Médecine du Travail

Merci pour votre disponibilité ainsi que pour nos échanges fort enrichissants au sujet de cette belle spécialité qu'est la Médecin du Travail, et dont je me souviendrai pour ma pratique professionnelle future. Nous vous adressons nos sincères remerciements.

A Madame le Docteur Marie-Thérèse CECCATO

Docteur en médecine

Discipline Médecine du Travail

Merci d'avoir été à l'initiative de ce travail de thèse et de m'avoir permis de le poursuivre. Merci également de ta disponibilité et de tes précieux conseils qui m'ont guidé tout au long de mon travail. Pour cela, trouves ici l'expression de ma profonde gratitude.

A tout le personnel administratif et de direction du Centre Hospitalier Charles Perrens, et en particulier **Monsieur ALOZY**, *Directeur des Ressources Humaines et du Dialogue Social* ; **Monsieur FLOREAN**, *Directeur des soins* ; **Madame HIDOUX**, *Cadre Supérieure de santé* et **Madame FRANCOIS**, *Responsable du Service Qualité – Gestion des risques* pour leur intérêt pour ce travail ainsi que pour leur soutien logistique. Merci également à **Madame THEODORIDES**, *Assistante Qualité et Communication*, pour son investissement dans la communication autour de cette enquête.

A tous les membres du Laboratoire SANPSY CNRS USR 3413 de l'Université de Bordeaux, et en particulier à **Monsieur Jean-Marc ALEXANDRE**. Merci pour ta disponibilité à mes diverses sollicitations et pour tes éclairages bienvenus concernant la méthodologie de ce travail.

A tous les salariés du Centre Hospitalier Charles Perrens,

Pour l'intérêt et le temps qu'ils ont bien voulu accorder afin de contribuer à ce travail.

A toutes les personnes rencontrées au cours de mon internat

Tellement de belles rencontres au cours de ces quatre années de spécialité ! Je remercie infiniment tous mes maîtres de stage, les équipes médicales, paramédicales et techniques des différents services dans lesquels j'ai été si bien accueilli et qui m'ont permis de devenir le Médecin que je suis aujourd'hui.

A mes co-internes de la Tour de Gassies, **Ninon, Alice, Thomas et Julie**. Merci pour tous ces bons moments passés, que ce soit en stage ou en-dehors. Je n'oublierai pas les excellentes recettes réunionnaises de Ninon, mais surtout la fameuse tarte au citron meringuée de Thomas !

A mes co-internes d'addictologie, **Raphaëlle, Loriane, David, Vincent et Julie** (encore !). Merci pour tous ces moments partagés, en particulier lors de la fameuse réunion du Lundi !

Enfin, à ma team de la promo 2016 de Médecine du Travail, **Thomas, Julie et Sarah**. Que de chemin parcouru depuis cette première session de cours à Toulouse, tant sur le plan professionnel que personnel ! Ne changez rien vous êtes parfaits ! Belle carrière à vous tous !

A mes proches

A mes amis du tennis, **Nico, Ben, Jojo, Thib, Clem, Rod**

Que de bons moments passés, sur les courts et en-dehors... C'est vrai, j'ai été moins présent sur les courts depuis quelques temps mais je compte bien me rattraper, et je vous attends au Pays Basque pour la prochaine virée à San Sé !

A ma belle-famille,

Merci à tous de m'avoir accueilli si chaleureusement au sein de votre famille. Merci à **Colette** pour vos précieux conseils et pour m'avoir initié aux vertus de l'homéopathie/eau sucrée ! Je n'oublie pas non plus **Pascal**, sans qui je ne saurais pas faire la différence entre l'utilisation des ZZ et des Drylock avec le SX4 ! Et surtout, merci de m'accepter moi et mon côté taquin et de m'apporter toute votre affection.

A Sylvain,

Tu ne fais peut-être pas officiellement partie de la belle-famille, mais en tant que témoin de la future mariée c'est comme si... Merci de ta patience et de ta pédagogie envers le profane que j'étais au moment de me guider dans le flou que représentaient les statistiques. J'ai hâte de voir la direction que va prendre ta carrière (Médecin/Ministre ?)

A mes tantes, oncles, cousins et cousines,

Nous ne nous voyons pas très souvent depuis quelques années même si nous gardons toujours contact ! Que notre installation au Pays Basque nous permette de nous voir plus souvent !

A pépé Michel, mamie Jeanine et mamie Yvette,

Merci d'avoir toujours été présents pour moi, pour tous ces mercredis et ces vacances passées chez vous, ces moments resteront toujours gravés dans ma mémoire.

A papy Jacques,

J'aurais aimé que tu puisses voir ça... mais tu es au quotidien dans mon cœur et je sais que tu veilles sur moi et ma famille.

A mes parents,

Vous avez toujours été présents, encore plus pendant mes études. Vous êtes des modèles pour moi à bien des égards, et 1000 mercis ne sauraient suffire pour tout ce que vous m'avez apporté et m'apportez encore. Je ne pourrai jamais vous rendre tout ce que vous m'avez donné, mais sachez que je serai toujours là ! Une énième fois, merci pour tout !

Et pour finir,

A **Marie**, les mots manquent pour te dire ce que je ressens. Merci pour ton soutien inconditionnel, pour ton sourire, ton écoute, ta patience, et tes petits gâteaux (qui se font de plus en plus rares), sans toi tout ce travail n'aurait pas été possible. Merci tout simplement d'être là, nombreux sont nos projets, certains ont dû être repoussés mais ils n'en seront que plus beaux ! J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve !

Ah et j'oubliais, merci de m'avoir donné une merveilleuse petite fille, **Agathe**, qui illumine mes journées à la minute où je vois ses beaux yeux bleus (et qui réduit un peu mes nuits...). Surtout ne grandis pas trop vite !

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis 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 et 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.

Admis 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 déshonoré et méprisé si j'y manque »

Table des matières

INTRODUCTION.....	11
I- Consommation de tabac au travail et encadrement législatif.....	11
1. Généralités.....	11
2. Encadrement législatif.....	13
II- Consommation de tabac au sein d'un établissement de santé.....	15
1. Dispositions particulières.....	15
2. Rôle du tabagisme dans la relation patient-soignant en psychiatrie.....	16
3. Devoir d'exemplarité du personnel hospitalier.....	16
4. Prévalence des usagers du tabac chez les salariés hospitaliers.....	16
III- Lutte contre le tabagisme au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP).....	17
1. Mesures à destination de la population générale.....	17
2. Mesures à destination des salariés du CHCP.....	17
3. Genèse du projet d'accès au soin de l'addiction au tabac.....	18
OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	21
MATERIELS ET METHODE.....	23
I- Rappels de la méthodologie employée pour la construction de l'étude lors de la première phase réalisée en 2017.....	23
1. Enquête auprès du Service de Santé au Travail.....	23
2. Variables recherchées.....	23
II- Adaptation du questionnaire.....	25
III- Déroulement de l'enquête.....	26
IV- Méthodes statistiques utilisées.....	28
RESULTATS.....	29
I- Caractérisation socioprofessionnelle de la population étudiée.....	29
II- Résultats concernant l'usage de tabac.....	32
1. Prévalence de l'usage du tabac chez les salariés du CHCP.....	32
2. Prévalence d'usagers quotidiens du tabac au sein du CHCP.....	33
3. Motivations à l'usage de tabac.....	34
4. Recherche d'un possible usage pathologique de tabac.....	36
5. Prise en charge thérapeutique de l'addiction au tabac.....	37
6. Connaissance de l'existence de consultations d'aide au sevrage tabagique au CHCP et désir de prise en charge.....	39
7. Analyse des facteurs socio-professionnels associés à l'usage du tabac.....	40

III- Résultats concernant l'usage d'autres substances psychoactives.....	42
1. Refus de réponse au questionnaire.....	42
2. Prévalence des consommations de substances psychoactives.....	42
3. Résultats concernant l'usage d'alcool.....	44
4. Résultats concernant l'usage de médicaments psychotropes.....	46
5. Résultats concernant l'usage de cannabis.....	48
6. Résultats concernant l'usage d'opiacés, cocaïne et stimulants.....	49
7. Analyse des facteurs socio-professionnels associés à l'usage des autres substances psychoactives.....	51
DISCUSSION.....	53
I- Interprétation de nos résultats.....	53
1. Données socio-démographiques de l'échantillon.....	53
2. Usage de tabac.....	53
3. Usage d'alcool.....	55
4. Usage de cannabis.....	55
5. Usage de médicaments psychotropes.....	56
6. Usage des autres substances.....	56
II- Intérêt de ce travail.....	57
III- Forces et faiblesses de la méthodologie de ce travail.....	57
IV- Forces et faiblesses des résultats.....	59
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	65

Liste des abréviations

CHCP : Centre Hospitalier Charles Perrens

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CMP : Centre Médico-psychologique

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SST : Service de Santé au Travail

INTRODUCTION

I- Consommation de tabac au travail et encadrement législatif

1. Généralités :

1.1 Toxicité du tabac :

Selon le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC), le tabagisme peut être considéré comme un cancérigène certain (groupe 1). Cette pratique constitue la première cause de maladie et de décès évitables dans le monde, ainsi que la première cause de cancer, tuant environ 8 millions de personnes par an (1). Cette toxicité est liée à la composition de la fumée de tabac dans laquelle ont été identifiées plus de 4000 substances chimiques, dont 250 classées dangereuses et au moins 50 classées cancérigènes (2) parmi lesquels on retrouve des goudrons, des gazs toxiques (monoxyde de carbone) ou encore des métaux lourds (plomb, cadmium, mercure). Ainsi, bien que le tabagisme ne soit pas considéré sur le plan légal comme un risque chimique en tant que tel (3), on ne peut nier une exposition à un produit toxique pour un salarié qui fumerait sur son lieu de travail, mais aussi pour ses collègues. Le tabagisme passif est en effet classé depuis 2002 par le CIRC comme « cancérigène pour l'homme » avec un risque avéré de cancer du poumon (groupe 1) (4). De plus, cette exposition passive augmente également de 70% le risque de maladie coronaire et multiplie par 1,8 le risque d'accident cérébral.

Dans la Jurisprudence française, la notion de protection de l'individu face aux fumées de tabac, y compris en entreprise, est désormais bien établie. En effet, la Cour de Cassation du 29 juin 2005 a statué en faveur d'une salariée non-fumeuse exposée aux fumées de tabac de ses collègues sur son lieu de travail (5).

Ainsi, dans le cadre d'une démarche globale de prévention et de son obligation de sécurité vis-à-vis de ses salariés, un employeur est tenu de réaliser une évaluation des risques qu'il doit consigner dans le Document Unique d'Evaluation des Risques (DUER) en vertu de l'article R.4121-1 du Code du Travail. Il peut être accompagné par son médecin du travail, ainsi que par l'équipe pluridisciplinaire, qui peut mettre en place différents outils (entretiens avec les salariés, visite d'entreprise, métrologies (mesurage des polluants atmosphériques : nicotine, monoxyde de carbone, empoussièrément) et/ou biométrologies (dosage de la cotinine urinaire ou de l'oxyde de carbone dans l'air expiré).

1.2 Consommation de tabac et addiction :

Au-delà des effets somatiques liés aux substances chimiques dégagées lors de sa combustion et de sa consommation, le tabac s'avère être une substance psychoactive (SPA) extrêmement addictive (6). Cette addiction constitue une pathologie ayant des répercussions sur le fonctionnement même de l'individu en influant sur certaines de ses décisions, sur ses émotions et sur son comportement (7). Le tabac bénéficie cependant d'une certaine acceptation sur le plan social, notamment en raison de l'absence de troubles du comportement aigus engendrés. Pour autant, l'usage de tabac n'est pas sans poser de problématique au sein d'un effectif professionnel de par les implications que cela peut avoir sur l'individu et sur le collectif de travail. En effet, le tabagisme est générateur de coûts supplémentaires pour l'entreprise (8) et peut être générateur de tensions dans l'entreprise liées à des inégalités qui peuvent apparaître entre les consommateurs ou non concernant les temps de pause quotidiens par exemple, à des troubles du comportement qui peuvent apparaître en cas de craving ou de sevrage ou encore à la multiplication d'arrêts maladie générant un surplus voire une surcharge de travail pour les collègues. Le tabagisme peut également être source de surcoût par la détérioration des matériels et par la majoration du risque d'incendie.

Afin de se prémunir de ces différents écueils, l'employeur est encouragé à faire preuve de vigilance face aux consommations de substances psychoactives sur le lieu de travail, et peut faire appel au Médecin du travail dans le cadre de son rôle de prévention auprès de l'employeur et des salariés (9).

1.3 Risque d'incendie engendré par la consommation de tabac

En-dehors de ses effets à long terme sur la santé, la consommation de tabac sur le lieu de travail génère un risque immédiat pour l'ensemble du collectif par la survenue accidentelle possible d'un incendie. Ainsi, bien que les principales causes de départ de feu restent liées à des opérations particulières (meulage, soudage...) ou à un dysfonctionnement électrique, il ne faut pas négliger l'éventualité d'un mégot de cigarette mal éteint pouvant devenir une source d'inflammation. Toutes causes confondues sur les dix dernières années, les incendies sur le lieu de travail sont responsables en moyenne de 120 blessés dont 15 graves et un décès tous les ans. Au-delà de ce bilan humain, il est également important de pointer les conséquences

économiques pour les entreprises qui s'avèrent désastreuses puisque 7 entreprises sur 10 ferment à la suite d'un incendie grave (10).

1.4 Consommation de tabac et rôle des Services de Santé au Travail (SST)

La lutte contre le tabagisme est un objectif prioritaire de santé publique dans la population générale, notamment au travers du Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022, qui définit 28 actions à mettre en œuvre avec l'objectif ambitieux d'aboutir à la première génération d'adultes non-fumeurs (moins de 5% de fumeurs d'ici 2032). Les SST peuvent être intégrés à ce programme en particulier en aidant à « faire des établissements sanitaires et médicosociaux des lieux exemplaires en ce qui concerne la lutte contre le tabac », ainsi qu'en participant à « l'information de manière adaptée des femmes, aux différents âges de la vie, sur les risques liés au tabac » (11).

Concernant plus particulièrement les établissements de santé, « la médecine du travail participera activement aux actions de prévention, d'information et de sensibilisation aux méfaits du tabagisme dans l'établissement de santé. Elle désignera une personne référente « tabac » qui travaillera en étroite coordination avec l'équipe de liaison de tabacologie. (12) »

2. Encadrement législatif

2.1 Les grandes lois :

2.1.1 Loi Veil : loi n° 76-616 relative à la lutte contre le tabagisme du 9 juillet 1976

Il s'agit du premier grand texte visant à lutter contre le tabagisme en s'attaquant en priorité à la publicité, mais il prévoit également des interdictions de fumer dans certains lieux à usage collectif.

2.1.2 Loi Evin : loi n° 91-32 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme du 10 janvier 1991

Cette loi relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme renforce considérablement le dispositif législatif et, parmi d'autres mesures, intègre le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif (y compris les locaux des gares et moyens de transport sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs ; ces lieux étant définis par décret).

2.1.3 Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif

Ce décret, applicable depuis le 1er février 2007, a permis de modifier la loi Évin et d'étendre l'interdiction de fumer à d'autres lieux à usage collectif, incluant entre autres « tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail » et les « établissements de santé ».

2.1.4 Ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes

Ce texte permet la mise en place du paquet neutre, mais prévoit également à l'article L3511-3 la prescription de substituts nicotiques par différents professionnels de santé, incluant le médecin du travail à destination des salariés.

2.2 Les politiques de santé publique

2.2.1 Plans Cancer (2003-2007, 2009-2013 et 2014-2019)

A partir de 2002, la « guerre au tabac » est déclarée par le Président de la République Jacques Chirac. Cela passe par de nombreuses mesures réunies dans le Plan Cancer I (2003-2007). Par la suite, deux nouveaux plans ont été mis en place, le dernier sur la période de 2014 à 2019 qui prévoyait notamment la mise en place d'un Programme National de Réduction du Tabagisme. Ce programme, dont les différentes actions ont été achevées avant son terme, est désormais prolongé par le Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 composé de 28 actions à mettre en œuvre.

2.2.2 Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Cette loi de politique de santé publique générale prévoit notamment deux points concernant le tabac, et vise ainsi à abaisser le nombre de fumeurs quotidiens et à réduire le tabagisme passif dans les lieux de loisirs et l'environnement professionnel, ainsi qu'à le faire disparaître totalement dans les établissements scolaires.

II- Consommation de tabac au sein d'un établissement de santé

1. Dispositions particulières

Depuis le 1er février 2007, il est interdit de fumer dans les lieux à usage collectif. Il est cependant laissé aux entreprises la possibilité d'aménager des espaces dédiés et encadrés afin d'accueillir les fumeurs. Cette dérogation n'est en revanche pas prévue dans l'enceinte d'un établissement de santé où l'interdiction formelle de fumer, pour les salariés comme pour les patients, reste la règle (13).

En ce qui concerne les établissements de soins psychiatriques, une tolérance reste prévue pour les patients hospitalisés dans des *Unités long séjour* dont les chambres sont assimilées à des espaces privés. Une interdiction reste cependant possible dès lors que celle-ci est prévue dans le règlement intérieur de l'établissement (14).

2. Rôle du tabagisme dans la relation patient-soignant en psychiatrie

Pour de nombreux soignants en psychiatrie, le tabagisme a longtemps été considéré comme un levier thérapeutique et social (15). En effet, le fait de fumer en compagnie des patients pouvait constituer une modalité afin de pouvoir rentrer en contact avec le patient ; et ainsi favoriser le lien social ; ce qui constitue un des enjeux de la psychiatrie. A contrario, on pensait qu'imposer un sevrage pouvait s'avérer délétère pour l'adhésion thérapeutique par l'apparition d'un syndrome de sevrage et du craving, avec pour conséquence une potentielle agressivité voire une décompensation psychiatrique.

3. Devoir d'exemplarité du personnel hospitalier

Le ministère de la santé a rappelé, dès 1999, que « le comportement des personnels médicaux et non médicaux ne doit en aucun cas constituer aux yeux du public un encouragement à consommer du tabac. Ils ont, bien au contraire, à jouer le rôle de modèle(16) ». Ce rôle de modèle a été à nouveau rappelé dans les actions du Plan National de Lutte contre le Tabac, insistant sur les notions que « les lieux de santé, porteurs de soins et promoteurs de la santé, se doivent d'être exemplaires en ce qui concerne la gestion de la question du tabac en leur sein » et que les professionnels de santé « sont encore trop nombreux à fumer et leur exemplarité et leur motivation à aborder ce sujet auprès des patients s'en ressent. Il faut donc leur offrir un environnement aidant et empathique à la fois pour les aider à prendre la décision d'aller vers l'arrêt et pour les accompagner tout au long de ce cheminement. »

4. Prévalence des usagers du tabac chez les salariés hospitaliers

La circulaire ministérielle du 3 avril 2000 prévoyait la réalisation d'une enquête annuelle confiée au Réseau Hôpital sans Tabac visant à évaluer la prévalence du tabagisme chez les salariés hospitaliers. La dernière enquête « Baromètre tabac personnel hospitalier » (17) parue en 2003 montre les résultats suivants :

- Une prévalence du tabagisme chez les personnels hospitaliers de 24%, en diminution par rapport aux deux années précédentes (31% en 2002, 32,6% en 2001).

- 77% des usagers de tabac l'étaient de façon quotidienne.
- 76% fumaient pendant leurs heures de travail.
- La consommation moyenne de cigarettes consommées par jour s'élevait à 12.
- 65% des fumeurs quotidiens exprimaient un désir d'arrêt.

En comparaison, la prévalence en population générale s'établissait à 30% en 2019 (18).

III- Lutte contre le tabagisme au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP)

1. Mesures à destination de la population générale

Le Centre Hospitalier Charles Perrens mène depuis plusieurs années une politique dont le but est de sensibiliser l'ensemble de la population aux effets néfastes du tabagisme et à inciter à se diriger vers le soin. Cet engagement s'est traduit par un certain nombre de mesures prises telles que :

- L'adhésion au *Réseau Hôpital sans tabac/Lieu de santé sans tabac* depuis 2002, piloté par le RESPADD (Réseau de Prévention des Addictions). Par cette adhésion, l'ensemble de l'institution (directeur, soignants, professionnels et patients) s'est engagé à promouvoir une politique de lutte contre le tabagisme en signant la Charte « Hôpital Sans Tabac » (19).
- La *Journée mondiale sans tabac* qui a lieu le 31 mai sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (20).
- Le *Moi(s) sans tabac* qui a lieu tous les ans au mois de novembre à l'initiative des pouvoirs publics et de Santé Publique France (21).
- Les *Espaces sans tabac* en association avec la Ligue contre le cancer (22).

2. Mesures à destination des salariés du CHCP

Tout d'abord, le CHCP s'est mobilisé afin d'apporter des solutions aux personnels soignants dans leur pratique quotidienne afin de pouvoir mieux appréhender la pathologie addictive et ainsi pouvoir venir en aide aux patients plus efficacement. Cette volonté s'est traduite par l'accès à des séminaires de formation professionnelle, par l'organisation de consultations addictologiques pour les patients hospitalisés et par la création d'une Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).

En parallèle, le CHCP a souhaité mettre en place un dispositif d'aide au sevrage tabagique afin d'accompagner les salariés face au contexte législatif anti-tabac de plus en plus restrictif prohibant la consommation au sein de l'établissement. Dans ce contexte, le médecin du travail a souhaité, dès 2012, mettre en place des consultations d'aide au sevrage tabagique pour les salariés.

3. Genèse du projet d'accès au soin de l'addiction au tabac

3.1 Estimation de la prévalence de fumeurs au CHCP

La base de ce projet d'accès au soin fut d'avoir une estimation de la prévalence de fumeurs travaillant au sein de l'établissement. Pour cela, deux estimations avaient déjà été réalisées en 2011 lors d'une journée dédiée au risque cardio-vasculaire et en 2012 par le biais d'une enquête réalisée auprès des cadres supérieurs de chaque unité. Malheureusement, l'absence de résultats concordants (25 à 33 % de fumeurs pour l'étude basée sur 100 questionnaires contre 44% pour celle ayant interrogé les cadres dont 25% se disant intéressés par une prise en charge sur le lieu de travail) et la faible participation ne permettaient pas une estimation fiable.

3.2 Création de la Commission Tabac

Cette commission, créée en 2011 à l'initiative de la Direction et du CHSCT, a pour but de proposer des actions au sein de l'établissement afin d'accompagner les salariés vers le sevrage tabagique. Elle s'apparentait au "comité de pilotage" prôné dans le Guide Hôpital sans Tabac du RESPADD (23), et sa composition en était donc inspirée. Ainsi, on retrouvait des membres de la Direction (Directeur adjoint), des membres du CHSCT (Secrétaire et Secrétaire adjointe), la Responsable du Service Qualité et Gestion des Risques, le Médecin et l'Infirmière de Santé au travail, des membres du Pôle Addictologie (cadre supérieur de santé, Praticien Hospitalier, Chef de Pôle), des membres de la Pharmacie hospitalière et des Cadres supérieurs de santé.

Ce comité se réunissait à raison d'une réunion trimestrielle avec compte-rendu écrits et il bénéficiait d'une autonomie matérielle et organisationnelle. Ses propositions étaient soumises à la Direction et au CHSCT.

3.3 Mise en place de consultations spécialisées pour les salariés

Ainsi créée, la Commission Tabac a commencé par définir ses missions en janvier 2012. Il a alors été décidé de s'orienter vers un accompagnement individuel des salariés qui souhaitent initier une démarche de prise en charge de leur addiction au tabac en proposant des aides médicales, organisationnelles et financières. Par la suite, il a fallu mobiliser les services de soin (service d'addictologie et Pharmacie hospitalière) à partir d'octobre 2012, présenter le dispositif et le faire valider en CHSCT le 3 décembre 2012 et initier des campagnes d'information des salariés à compter du mois de décembre 2012. Le Médecin addictologue et le Médecin du Travail ont ensuite collaboré afin de réaliser une plaquette d'information (Annexe 1) dans laquelle sont rappelés quelques éléments législatifs, la possibilité d'une prise en charge gratuite par le service d'Addictologie mais également les coordonnées de services extérieurs à l'établissement pour les salariés ne souhaitant pas être pris en charge sur leur lieu de travail.

Les consultations ont ensuite pu débiter, réalisées par un praticien hospitalier du service d'Addictologie. Elles avaient pour but de proposer une prise en charge globale (somatique, psychologique et addictologique) et prolongée du salarié, passant par des rendez-vous de suivi après évaluation du besoin et en fonction des disponibilités de chacun.

La prise en charge ayant lieu sur le lieu de travail, il est apparu nécessaire de pouvoir attribuer, sur demande, un numéro d'anonymat (Annexe 2) afin de garantir la confidentialité informatique des données compilées lors de l'entretien, et en particulier afin de sécuriser l'accès au dossier informatique afin qu'aucun autre professionnel de santé du CHCP ne puisse y accéder.

Plusieurs leviers ont pu être identifiés afin de favoriser l'adhésion au soin. Tout d'abord, la facilité d'accès au soin sur le plan géographique dans la mesure où les consultations se déroulaient sur le lieu de travail, de même que la délivrance des traitements par la Pharmacie hospitalière. De plus, les salariés étaient autorisés à consulter sur leur temps de travail, en fonction des nécessités de leur service et après accord du cadre. Un certificat de présence pouvait être délivré par le Médecin addictologue si besoin. Ils bénéficiaient également d'une priorité d'accès au soin, le service d'Addictologie s'étant engagé à réduire ses délais d'attente passant en moyenne de 2 mois en temps normal (hors urgences) à 1 mois. Enfin, l'adhésion était également favorisée par la gratuité du dispositif, le coût financier étant entièrement supporté par l'entreprise. Cette prise en charge incluait les consultations, les traitements

substitutifs nicotiques, les campagnes d'information et les coûts de fonctionnement. Il n'a pas été possible d'estimer précisément ce coût global mais, pour l'année 2016, le coût de la prise en charge des substituts nicotiques s'est élevé à 2 931 euros, et une journée par semaine était consacrée aux consultations pour les salariés.

3.4 Perspectives d'évolution du dispositif

A partir de 2016, il a été décidé d'étendre la durée de prise en charge financière des patchs nicotiques de 6 mois à 9 mois afin de favoriser la pérennité du sevrage. Désormais, la politique de santé publique a évolué et ces traitements sont désormais pris en charge par l'Assurance Maladie au même titre que tout autre médicament.

Par ailleurs, l'addiction ne devant pas être considérée comme se rapportant à une substance en particulier mais comme un mode de fonctionnement à part entière, quelle que soit la substance (ou le comportement) mis en jeu, il a paru important de faire évoluer la Commission Tabac vers une Commission Addiction afin d'envisager l'ensemble de la problématique addictive au sein du CHCP.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Justification de l'étude

La lutte contre les addictions et en particulier contre le tabagisme est considérée depuis de nombreuses années comme un enjeu de santé publique majeur. De ce fait, de nombreuses mesures dissuasives ont été mises en place au fil des années avec des contraintes législatives de plus en plus fortes pour les entreprises, et notamment pour les établissements de santé. Ces mesures, imposées aux salariés, peuvent mettre en difficulté les salariés présentant une pathologie addictive et influencer directement sur leur santé au travail.

La littérature scientifique ne rapportant que peu d'expériences sur des dispositifs d'accompagnement au sevrage tabagique organisés par les entreprises à destination de leurs salariés, il a été décidé, au travers d'un travail de thèse (24) réalisé en 2017, de réaliser une étude descriptive transversale qui a permis de décrire les caractéristiques sociodémographiques et médicales de la population des salariés du CHCP, ainsi que les modalités de leur usage de substances psychoactives. Cette étude a permis de mettre en évidence une prévalence de fumeurs au sein de l'établissement de 41,3% avec une addiction non prise en charge dans 65% des cas, alors que les trois-quarts exprimaient un désir d'arrêt et une prévalence d'entrée en soins de 27% contre 4,2% dans la population des travailleurs salariés ayant un usage pathologique du tabac en Aquitaine en 2009 (25). Cependant, plusieurs limites ont pu être identifiées, et en particulier la faible participation (17,5%), qui n'a pas permis de pouvoir diffuser ces résultats à l'ensemble de la communauté scientifique.

Objectifs de l'étude

Afin de pouvoir corroborer ces résultats encourageants, nous avons souhaité tout d'abord poursuivre ce travail d'état des lieux des usages du tabac et de diverses substances psychoactives chez les salariés du CHCP.

Nous avons également souhaité compléter cette étude purement descriptive par une étude plus analytique à la recherche d'une éventuelle corrélation entre certains déterminants professionnels (horaires de travail, stress au travail...) et l'usage de substances psycho-actives.

MATERIELS ET METHODE

1. Rappels de la méthodologie employée pour la construction de l'étude lors de la première phase réalisée en 2017

La méthodologie utilisée lors du précédent travail réalisé en 2017 nous paraissant valide, et afin de permettre une bonne reproductibilité des résultats, nous avons décidé de conserver la méthode utilisée précédemment, tout en y effectuant quelques modifications permettant de l'adapter à notre travail actuel.

Il s'agissait donc d'une étude descriptive transversale.

Le seul critère d'inclusion était d'être salarié du CHCP, quel que soit le type de contrat.

Nous y avons ajouté un critère d'exclusion qui est celui d'avoir déjà répondu à cette étude précédemment.

1. Enquête auprès du Service de Santé au Travail

Afin de déterminer les variables à rechercher, une enquête avait été réalisée en collaboration avec le Médecin du Travail pour rechercher la prévalence des fumeurs et les données sociodémographiques des salariés. Ce recueil de données par le SST, réalisé sur la période du 01/01/2015 au 31/12/2016 grâce à une extraction à partir du logiciel STETHO© complété par une extraction manuelle, a également permis d'obtenir une liste anonymisée de l'effectif précisant le sexe, la profession et le lieu d'exercice de chaque salarié.

2. Variables recherchées

L'étude de la littérature et le travail préalable réalisé auprès du SST avaient permis de définir les variables à rechercher suivantes :

- Prévalence de l'usage du tabac chez les salariés de l'hôpital.
- Modalités d'usage du tabac (quantité, fréquence, motivations à l'usage).

- Recherche d'un possible usage pathologique en s'appuyant sur le test DETA-CAGE (Annexe 3), utilisé pour évaluer l'usage d'alcool et adapté dans le cas présent à l'évaluation d'autres substances psychoactives dont le tabac. Il se compose de 4 questions, une réponse positive à deux questions définissant un possible usage pathologique.
- Antécédents de prise en charge de l'addiction au tabac et lieu de prise en charge.
- Connaissance de l'existence de consultations gratuites au sein de l'établissement pour l'aide à la prise en charge de l'addiction au tabac.
- Souhait d'arrêt ou de modulation de l'usage prochainement.
- Recherche d'un phénomène d'émulation en observant l'influence du collectif sur le désir de modifier sa consommation de tabac.
- Estimation de la consommation d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, stimulants et médicaments psychotropes) des salariés de centre hospitalier.

Afin de décrire la population, les variables retenues étaient :

- Age
- Sexe
- Rythme de travail (de jour, de nuit ou alternance jour/nuit)
- Le lieu d'exercice (site hospitalier ou sites extérieurs répartis sur tout le département)
- Classification des professions occupées en fonction de la catégorisation des emplois de la Fonction Publique (tableau 1) :

CATEGORIE A	CATEGORIE B	CATEGORIE C
Attaché d'administration	Adjoint des cadres	Adjoint administratif
Cadre	Animateur	Agent d'entretien
Directeur	Assistant médico-	Aide médico-psychologique
Ergothérapeute	administratif	Aide-soignant hospitalier
Infirmier	Assistant socio-éducatif	Ambulancier, conducteur
Kinésithérapeute	Conseiller en économie	Aumônier
Médecin, interne	sociale et familiale	Auxiliaire de puériculture
Orthophoniste	Diététicien	Personnel de maîtrise
Podologue	Éducateur	Personnel ouvrier
Psychologue	Moniteur – éducateur	
Psychomotricien	Personnel technique	
	Préparateur en pharmacie	

Tableau 1 : Répartition des professions hospitalières en fonction de la catégorisation de la Fonction Publique

II. Adaptation du questionnaire :

Le questionnaire utilisé avait été adapté à partir du modèle d'auto-questionnaire utilisé lors de l'Étude Santé Travail en Aquitaine réalisée en 2009 (25). Plusieurs modifications avaient ainsi été apportées :

- Ajout de quatre questions permettant de renseigner la prise en charge effective ou le désir de prise en charge de l'addiction.
- Ajout d'une partie concernant la consommation de médicaments (benzodiazépines et hypnotiques).
- Ajout d'un item « je ne souhaite pas répondre » à chacune des parties.
- Modification de la page de garde et des *Informations générales* afin de s'adapter au public visé par l'étude.

Pour la suite de l'étude, nous avons souhaité ajouter la question « aviez-vous déjà répondu à cette enquête en 2017 ? ».

Ce questionnaire a été diffusé à la fois en version papier et en version informatique.

La version informatique, qui avait préalablement été construite par l'Unité Addiction du laboratoire de recherche SANPSY CNRS USR 3413 de l'Université de Bordeaux, rattachée à l'Université de Bordeaux, a été modifiée par cette même équipe afin d'y intégrer ce dernier item. Le logiciel d'enquête utilisé était *SphinxOnline*® (26).

La version papier (Annexe 4), composée de 10 pages recto-verso agrafées, était imprimée par le service Communication de l'Hôpital, qui se chargeait ensuite de le disposer au niveau de 3 lieux identifiés comme accueillant exclusivement les salariés, à savoir le restaurant d'entreprise, le Service de Santé au travail et le bâtiment administratif. Des urnes de ramassage ont également été installées au niveau de ces trois points stratégiques.

III. Déroulement de l'enquête

Ce questionnaire ayant déjà été distribué précédemment, nous possédions déjà une autorisation de diffusion de la part du Directeur du CHCP et du CHSCT (Annexe 5). Afin de relancer l'enquête, il nous a paru nécessaire d'informer à nouveau ces différents acteurs, ce qui a été fait par le Médecin du travail à l'occasion d'une réunion du CHSCT.

Nous avons ensuite souhaité communiquer largement autour de cette étude, tout d'abord auprès de l'encadrement hiérarchique par une présentation au cours d'une réunion mensuelle d'encadrement réunissant les cadres des différentes unités de soin sur le site principal de Bordeaux, mais aussi sur les sites extra-muros à travers toute la Gironde. En vue d'informer les salariés, un courrier d'information, validé par le Médecin du travail et mis en forme par le service Communication, a été diffusé par l'intermédiaire de la messagerie électronique du Service de Santé au travail vers les messageries professionnelles de tous les salariés du CHCP. Plusieurs éléments y étaient rappelés :

- Un rappel des résultats encourageants de la première partie de l'étude ainsi que la nécessité d'obtenir des données supplémentaires.

- Un rappel du caractère totalement anonyme de cette enquête, ainsi que du stockage des données sur des serveurs de l'Université de Bordeaux totalement indépendants de l'entreprise.
- Un rappel de la consigne de ne pas compléter ce questionnaire si cela avait déjà été fait en 2017. De la même manière, il était précisé de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.
- Un rappel sur les différentes modalités de participation à l'enquête (lien informatique vers la plateforme d'enquête en ligne, questionnaires papier à disposition près des urnes en précisant leur localisation ou à renvoyer au SST).

Une relance était prévue tous les mois, puis hebdomadaire durant le dernier mois d'enquête. Durant ce dernier mois, une relance spécifique a également été adressée aux équipes d'encadrement des services de soin mais aussi des services techniques et logistiques.

Plusieurs voies de communication ont été utilisées, en majorité par l'intermédiaire du service dédié de l'établissement, ainsi qu'avec le concours de la Responsable du Service Qualité et Gestion des Risques, elle-même membre de la Commission Addiction. Ainsi, une information a été faite sous la forme d'un bandeau sur le site intranet, et une campagne d'affichage (Annexe 7) a été réalisée à proximité des lieux où étaient disposés les questionnaires ainsi qu'au sein des ateliers techniques.

Concernant le recueil des questionnaires, il s'est organisé comme suit :

- Pour la version informatique, la base de données intégrant les réponses des participants était générée de manière automatique par le logiciel *SphinxOnline*© sous la forme d'un tableau EXCEL© récupéré par le laboratoire SANPSY à la clôture de l'enquête.
- Pour la version papier, le ramassage des questionnaires était réalisé régulièrement pour une centralisation au niveau du SST avant saisie manuelle sur un tableau EXCEL© identique à celui généré par le logiciel en ligne.

IV. Méthodes statistiques utilisées :

Les données ont été centralisées à la fin de l'étude. Les deux bases de données (issues de la saisie manuelle et de la saisie automatique) ont été fusionnées entre elles, la base de données résultante a elle-même été fusionnée avec celle regroupant les données récupérées en 2017. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel JMP®, mis à disposition par l'équipe du laboratoire SANPSY. Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de nombre (n), de fréquence (%), de moyenne et d'écart-type (ET). Les variables qualitatives ont été décrites en termes de nombre et de fréquence. Nous avons appliqué le chi-square test pour comparer les variables catégorielles entre les groupes d'intérêt. Afin de réaliser les analyses multivariées par régression logistique de variables nominales, nous avons choisi de répartir les salariés « En cours de sevrage < 5 ans » dans les groupes « fumeurs » et « non-fumeurs » en fonction de leur usage actuel (persistance d'un usage ou non) afin d'obtenir une réponse dichotomique pour la variable à étudier. Nous avons également choisi de regrouper les deux modalités « travail de nuit » et « en alternance jour/nuit » qui présentaient selon nous les mêmes implications cliniques. Enfin, nous avons choisi de traiter les refus de réponse comme des données manquantes. Le niveau de signification pour tous les tests statistiques a été fixé à $p < 0,05$.

RESULTATS

L'autorisation de diffuser le questionnaire avait été accordée le 18 juin 2017 par le Directeur du CHCP, puis le 26 juin 2017 par le CHSCT. Cette autorisation a été renouvelée après une information quant à la poursuite de l'étude par le Médecin du travail au cours de la réunion du CHSCT du 10 décembre 2018. L'enquête s'est déroulée du 11/03/2019 au 12/07/2019.

En 2017, 316 questionnaires avaient été récoltés. Lors de cette deuxième phase, nous avons pu récupérer 126 réponses supplémentaires dont 110 (87,3%) par voie électronique. Parmi les répondants, 14 ne se rappelaient plus avoir répondu au questionnaire et 23 ont indiqué l'avoir déjà fait en 2017. Ces derniers ont donc été exclus de l'analyse statistique.

Après exclusion de ces 23 questionnaires, il nous restait donc 419 réponses exploitables, soit un taux de réponse global de 23,2%.

I. Caractérisation socioprofessionnelle de la population étudiée :

Sur un total de 419 répondants, 66 salariés (15,7%) n'ont pas souhaité répondre à au moins un des cinq items composant la partie *Information*, soit par refus explicite, soit par absence de réponse. Au total, ce sont 120 questions qui sont restées sans réponse. Les refus explicites concernaient en majorité le lieu d'exercice (sur le site principal ou dans les sites périphériques) et la catégorie professionnelle.

La figure 1 montre la répartition des motifs d'absence de réponse pour les données sociodémographiques :

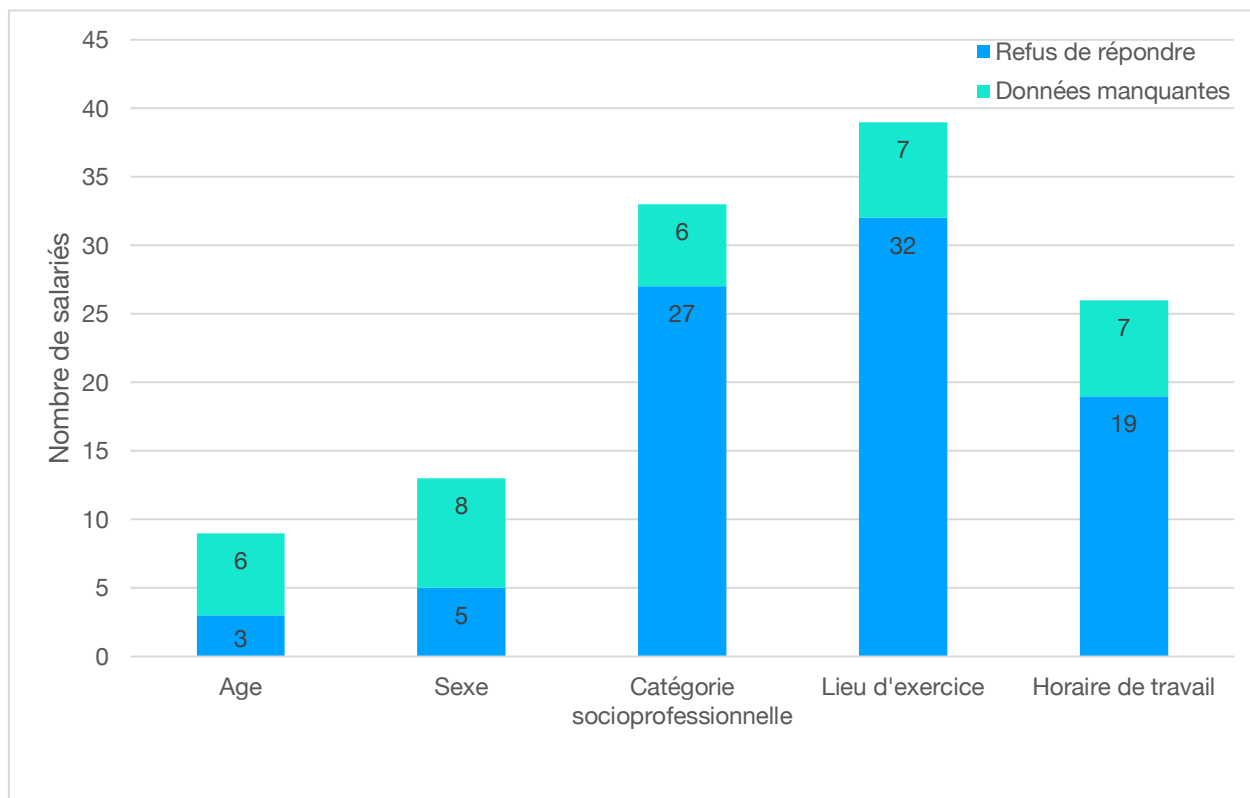


Figure 1 - Répartition des refus de réponse et des données manquantes en fonction des items de caractérisation des données socioprofessionnelles du questionnaire

L'effectif des salariés ayant répondu à notre questionnaire était composé en majorité de femmes, au nombre de 300 soit 73% de l'effectif ayant répondu (ER) dont l'âge était compris pour plus des deux tiers entre 25 et 45 ans (n = 206 soit 65,9% de l'ER). Concernant la catégorie professionnelle, la catégorie A était la plus représentée, constituant plus de la moitié de l'effectif (n = 219 soit 53% de l'ER). Quant aux modalités d'exercice, les salariés ayant répondu à notre enquête travaillaient en majorité de jour (n = 292 soit 70,9% de l'ER) sur le site hospitalier principal (n = 298 soit 72,3% de l'ER).

Le tableau 2 représente la répartition de l'effectif de salariés ayant répondu à notre questionnaire en fonction des informations socioprofessionnelles requises :

Donnée socio-professionnelle	Effectif salarié (%)*
Age (n = 413)	
< 25 ans	27 (6,5 %)
25 – 45 ans	272 (65,9%)
> 45 ans	111 (26,9%)
Refus de répondre	3 (0,7%)
Sexe (n = 411)	
Femme	300 (73 %)
Homme	106 (25,8 %)
Refus de répondre	5 (1,2 %)
Catégorie professionnelle (n= 413)	
Catégorie A	219 (53%)
Catégorie B	119 (28,8%)
Catégorie C	48 (11,6%)
Refus de répondre	27 (6,5 %)
Lieu de travail (n = 412)	
Site hospitalier	298 (72,3%)
Site extra-hospitalier	82 (19,9%)
Refus de répondre	32 (7,8%)
Horaire de travail (n = 412)	
Travail de jour	292 (70,9%)
Travail de nuit	6 (1,5%)
En alternance jour/nuit	95 (23,1%)
Refus de répondre	19 (4,6%)

* Les pourcentages de salariés sont calculés en fonction de l'effectif de chaque catégorie.

Tableau 2 - Données sociodémographiques de l'échantillon (n = 419)

II. Résultats concernant l'usage de tabac :

Sur les 419 questionnaires récoltés, 6 salariés (1,4%) ont exprimé le souhait de ne pas répondre à la partie du questionnaire explorant l'usage de tabac.

1. Prévalence de l'usage du tabac chez les salariés du CHCP

Au sein de notre échantillon, 327 salariés (79,4% de l'ER) avaient affirmé avoir déjà consommé du tabac au cours de leur vie. Près de la moitié de ces salariés consommateurs l'étaient toujours au moment de notre enquête (n = 146 soit 44,8% de l'ER), et 40 salariés (12,3%) n'avaient initié un sevrage (arrêt ou diminution de la consommation) que récemment.

Les tableaux 3 et 4 représentent le nombre de salariés qui avaient déclaré un usage présent et/ou passé de tabac :

Usage de tabac actuel ou passé	Effectif salarié n = 412
Absence d'usage de tabac	85 (20,6%)
Antécédent d'usage du tabac	327 (79,4%)

Tableau 3 - Répartition des usagers de tabac à un moment de leur vie chez les salariés du CHCP

Consommation actuelle de tabac	Effectif salarié n = 326
Non-fumeur	140 (42,9%)
Fumeur actuel	146 (44,8%)
En cours de sevrage (< 5 ans d'arrêt)	40 (12,3%)

Tableau 4 - Modalités d'usage actuel des salariés ayant déclaré avoir consommé au cours de leur vie

Parmi les 40 salariés en cours de sevrage, 28 déclaraient être toujours consommateurs, ce qui portait le nombre total de fumeurs à 174. La prévalence d'usagers du tabac au sein de la population de salariés du CHCP s'élevait donc à 42,1%.

2. Prévalence d'usagers quotidiens du tabac au sein du CHCP

Chez ces 174 salariés fumeurs, il était retrouvé un usage quotidien pour 120 (69%) d'entre eux.

La fréquence de consommation des usagers de tabac est exposée sur la figure 2 :

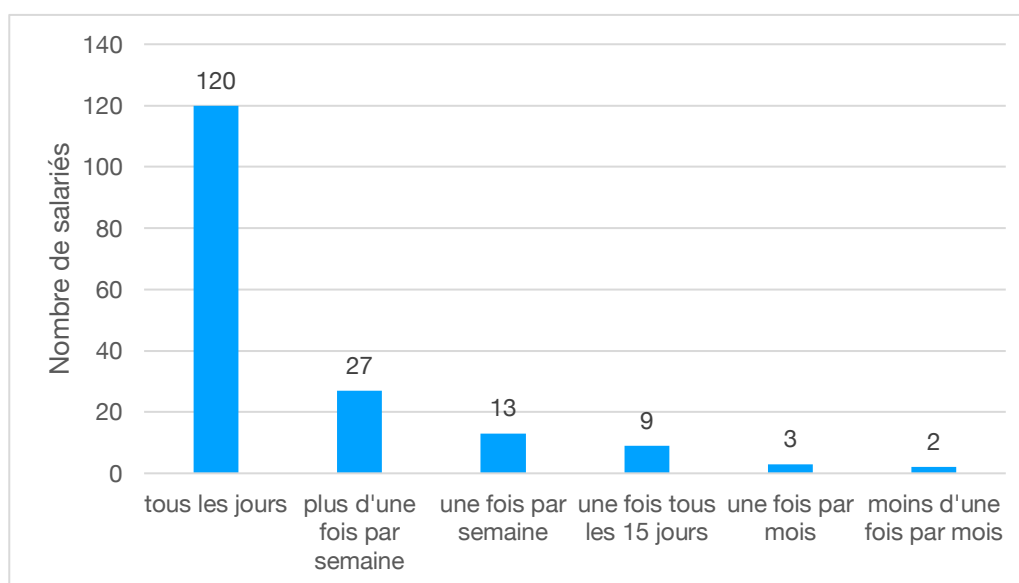


Figure 2 - Répartition des usagers actuels de tabac en fonction de leur fréquence de consommation

Le nombre de cigarettes consommées par les fumeurs quotidiens s'élevait à 12,1 cigarettes par jour (ET = 7,7).

Nous avons observé la proportion de fumeurs quotidiens pour chacune des données sociodémographiques recueillies. La proportion d'usagers du tabac quotidiens la plus élevée était retrouvée prioritairement chez les salariés âgés de 25 à 45 ans ; 89 salariés étant consommateurs soit 32,7% de l'effectif de la catégorie (EC). On retrouvait également une proportion plus élevée de fumeurs chez les salariés appartenant à la catégorie B (39 salariés soit 32,8% de l'EC), exerçant sur un site extra-hospitalier (29 salariés soit 35,3% de l'EC) et travaillant de nuit (3 salariés soit 50% de l'EC) ou en alternance jour/nuit (37 salariés soit 38,9% de l'EC). Nous n'avons pas retrouvé de différence dans les proportions de fumeurs en fonction du genre.

Donnée socio-professionnelle	Effectif total salarié par catégorie	Nombre de fumeurs quotidiens (%)*
Age (n = 413)		
< 25 ans	27	7 (25,9%)
25 – 45 ans	272	89 (32,7%)
> 45 ans	111	21 (18,9%)
Sexe (n = 411)		
Femme	300	84 (28%)
Homme	106	29 (27,4%)
Catégorie professionnelle (n= 413)		
Catégorie A	219	54 (24,7%)
Catégorie B	119	39 (32,8%)
Catégorie C	48	10 (20,8 %)
Lieu de travail (n = 412)		
Site hospitalier	298	76 (25,5%)
Site extra-hospitalier	82	29 (35,3%)
Horaire de travail (n = 412)		
Travail de jour	292	68 (23,3 %)
Travail de nuit	6	3 (50%)
En alternance jour/nuit	95	37 (38,9%)

* Les effectifs de fumeurs quotidiens sont calculés par rapport aux effectifs totaux de chaque catégorie.

Tableau 5 - Proportion de fumeurs quotidiens selon les caractéristiques socioprofessionnelles

3. Motivations à l'usage de tabac

Nous avons recherché parmi les 174 usagers actuels de tabac quels étaient les motivations (plusieurs choix possibles) de leur consommation. Les motivations prédominantes semblaient être en lien avec une consommation pour se détendre pour 105 salariés (60,3% des usagers actuels), avec une consommation festive pour 100 salariés (57,5%) ou encore avec une recherche de soulagement d'une tension pour 89 salariés (51,1%). Parmi ces usagers consommant pour se détendre, 67 (38,5%) disaient consommer afin de soulager une tension en lien avec le travail.

Les motivations évoquées par les fumeurs sont détaillées dans le tableau suivant :

Motif de consommation du tabac	Nombre de réponses pour les 174 fumeurs actuels
Pour se détendre	105 (60,3%)
Pour augmenter ses performances	9 (5,2%)
De manière festive	100 (57,5%)
Pour soulager une tension	89 (51,1%)
→ En lien avec le travail	67 (38,5%)
Pour une autre raison	46 (26,4%)

Tableau 6 - Motivations de leur consommation rapportées par les usagers de tabac

Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à la consommation motivée par la recherche de soulagement d'une tension liée à une tension au travail. Cette modalité de consommation était en proportion plus représentée dans les catégories A et B que dans la catégorie C (tableau 7). Cette recherche d'anxiolyse était également plus représentée chez les salariés travaillant en alternance jour/nuit en comparaison à ceux travaillant exclusivement de nuit ou de jour (tableau 8).

Les tableaux 7 et 8 représentent la proportion de fumeurs recherchant un soulagement d'une tension liée au travail en fonction de la catégorie professionnelle et des horaires de travail :

Catégories socio-professionnelles	Effectif total pour chaque catégorie	Nombre de fumeurs (%)*
Catégorie A	219	36 (16,4%)
Catégorie B	119	21 (17,6%)
Catégorie C	48	4 (8,3%)

* Les pourcentages de fumeurs sont calculés par rapport aux effectifs totaux de chaque catégorie.

Tableau 7 - Pourcentage de salariés fumeurs recherchant le soulagement d'une tension liée au travail en fonction de la catégorie professionnelle.

Horaire de travail	Effectif total pour chaque catégorie	Nombre de fumeurs (%)*
Travail de jour	292	36 (12,3%)
Travail de nuit	6	1 (16,7%)
Alternance jour/nuit	95	25 (26,3%)

* Les pourcentages de fumeurs sont calculés par rapport aux effectifs totaux de chaque tranche d'horaire de travail.

Tableau 8 - Pourcentage de salariés fumeurs recherchant le soulagement d'une tension liée au travail en fonction des horaires de travail.

4. Recherche d'un possible usage pathologique du tabac

Afin de déterminer quels pouvaient être les salariés du CHCP susceptibles de présenter un usage pathologique du tabac, nous nous sommes appuyés sur les critères du questionnaire DETACAGE. Un usage pathologique du tabac était ainsi retrouvé chez 146 (83,9%) des 174 salariés fumeurs.

Parmi ces 146 fumeurs, nous avons pu exploiter les données pour 143 d'entre eux concernant l'âge, la catégorie professionnelle et l'horaire de travail. Concernant le sexe et le lieu de travail, nous disposions de 142 questionnaires. L'étude de la répartition des fumeurs avec un possible usage pathologique du tabac en fonction des caractéristiques sociodémographiques montrait une proportion de trouble de l'usage un peu supérieure dans la tranche 25 – 45 ans ainsi que chez les salariés appartenant à la catégorie B et ceux exerçant sur un site extra-hospitalier. Concernant les rythmes de travail, le nombre d'usagers pathologiques semblait proportionnellement moins important chez les salariés travaillant exclusivement de jour que pour ceux travaillant de nuit ou en alternance jour/nuit. En revanche, la répartition entre les hommes et les femmes ayant un possible usage pathologique était sensiblement identique (tableau 9).

Concernant les fumeurs quotidiens (n = 120), ils étaient 115 à présenter un possible usage pathologique soit une prévalence de 95,8%.

Donnée socio-professionnelle	Effectif total salarié par catégorie	Nombre de fumeurs ayant un possible usage pathologique
Age (n = 413)		
< 25 ans	27	9 (33,3%)
25 – 45 ans	272	103 (37,9%)
> 45 ans	111	31 (27,9%)
Sexe (n = 411)		
Femme	300	101 (33,7%)
Homme	106	38 (35,8%)
Catégorie professionnelle (n= 413)		
Catégorie A	219	66 (30,1%)
Catégorie B	119	47 (39,4%)
Catégorie C	48	15 (31,2%)
Lieu de travail (n = 412)		
Site hospitalier	298	95 (31,9%)
Site extra-hospitalier	82	33 (40,2%)
Horaire de travail (n = 412)		
Travail de jour	292	90 (30,8%)
Travail de nuit	6	3 (50%)
En alternance jour/nuit	95	40 (42,1%)

* Les effectifs de fumeurs quotidiens sont calculés par rapport aux effectifs totaux de chaque catégorie.

Tableau 9 - Répartition des fumeurs présentant un possible usage pathologique en fonction des caractéristiques socioprofessionnelles

5. Prise en charge thérapeutique de l'addiction au tabac

Afin d'identifier les salariés qui nécessitaient ou avaient nécessité une prise en charge, nous avons recueilli le besoin de prise en charge exprimé par les anciens fumeurs et ceux en cours de sevrage (n = 61). Nous avons ajouté cela aux 120 usagers actuels de tabac qui présentaient un possible usage problématique de tabac. Ainsi, ce sont 181 salariés qui ont rapporté présenter actuellement, ou avoir présenté par le passé, une problématique liée à la consommation de tabac.

Sur ces 181 salariés, 94 (51,9%) déclaraient avoir présenté ou présenter actuellement une problématique autour de l'usage du tabac, et 54 exprimaient un besoin de prise en charge. Au total, ce sont 127 salariés (70,2%) présentant ou ayant présenté un problème avec l'usage du tabac qui n'avaient jamais bénéficié d'une prise en charge.

Parmi les 54 individus entrés en soin, 53 avaient précisé les modalités de leur prise en charge :

- 23 (43,4%) avaient consulté auprès du service d'Addictologie de Charles Perrens.
- 16 (30,2%) avaient bénéficié d'une prise en charge auprès d'un autre professionnel de santé.
- 14 (26,4%) avaient tenté un sevrage seul à l'aide de patchs nicotiniques.

Nous nous sommes alors intéressés à ces 127 salariés qui n'avaient jamais accédé au soin, et nous avons réalisé une description sociodémographique de cet échantillon. Les 25 – 45 ans avaient moins accès aux soins que les salariés des autres catégories d'âge. Les salariés de catégorie B, exerçant sur un site extra-hospitalier ou ayant des horaires de nuit ou en alternance jour/nuit avaient également un accès moindre à une prise en charge addictologique. En revanche, il n'y avait pas de différence entre les hommes et les femmes dans l'accès au soin.

Donnée socio-professionnelle	Effectif total salarié par catégorie	Nombre de fumeurs ayant un possible usage pathologique
Age (n = 413)		
< 25 ans	27	6 (22,2%)
25 – 45 ans	272	87 (32%)
> 45 ans	111	32 (28,8%)
Sexe (n = 411)		
Femme	300	88 (29,3%)
Homme	106	34 (32,1%)

* Les effectifs de fumeurs quotidiens sont calculés par rapport aux effectifs totaux de chaque catégorie.

Tableau 10 - Proportion des salariés fumeurs ou anciens fumeurs n'ayant jamais eu accès au soin en fonction des données démographiques

Donnée socio-professionnelle	Effectif total salarié par catégorie	Nombre de fumeurs ayant un possible usage pathologique
Catégorie professionnelle (n= 413)		
Catégorie A	219	59 (26,9%)
Catégorie B	119	41 (34,4%)
Catégorie C	48	12 (25 %)
Lieu de travail (n = 412)		
Site hospitalier	298	82 (27,5%)
Site extra-hospitalier	82	29 (35,4%)
Horaire de travail (n = 412)		
Travail de jour	292	78 (26,7 %)
Travail de nuit	6	2 (33,3%)
En alternance jour/nuit	95	36 (37,9%)

* Les effectifs de fumeurs quotidiens sont calculés par rapport aux effectifs totaux de chaque catégorie.

Tableau 11 - Proportion des salariés fumeurs ou anciens fumeurs n'ayant jamais eu accès au soin en fonction des données professionnelles

6. Connaissance de l'existence de consultations d'aide au sevrage tabagique au CHCP et désir de prise en charge

Parmi les 327 personnes concernées par cette partie du questionnaire (fumeurs actuels et anciens fumeurs), 316 ont répondu à cet item. Dans cet échantillon, 282 salariés (89,2%) avaient connaissance des consultations d'aide au sevrage tabacologique gratuites proposées au sein du CHCP. En revanche, dans ces 282 salariés, 60 (19,9%) n'étaient pas informés sur le caractère confidentiel et gratuit de ces consultations.

Concernant le désir de modification de consommation pour les 174 salariés fumeurs actuels ou en cours de sevrage, 134 (77,9%) disaient avoir le projet de moduler leur consommation dans les 5 années à venir.

Concernant l'effet d'une dynamique de groupe dans la motivation à initier une démarche de prise en charge d'un trouble de l'usage du tabac, 90 salariés (32%) sur les 281 fumeurs interrogés avaient répondu que cela les avait incités à modifier leur usage.

7. Analyse des facteurs socio-professionnels associés à l'usage du tabac

Les résultats de la première analyse des facteurs socio-professionnels associés à la consommation ou non de tabac sont présentés dans le tableau 12. Concernant l'âge, il existait un risque significativement plus faible de fumer chez les plus de 45 ans (OR = 0,58 [0,34-0,997], p = 0,0490) et chez les moins de 25 ans (OR = 0,31 [0,10-0,99], p = 0,0480) par rapport aux 25-45 ans. On retrouvait également un risque plus élevé de consommer du tabac pour les salariés qui exerçaient sur un site extérieur (OR = 2,16 [1,26-3,72], p = 0,0052) et pour ceux qui travaillaient avec des horaires de nuit ou en alternance jour/nuit (OR = 2,03 [1,18-3,50], p = 0,0109) par rapport à ceux qui travaillaient exclusivement de jour. Il n'avait pas été retrouvé d'association statistiquement significative en ce qui concerne le sexe et la catégorie professionnelle.

Variable	Fumeur n (%)*	Non- fumeur n (%)	Analyse univariée		Analyse multivariée	
			OR [IC 95%]	p	OR ajusté [IC 95%]	p
Age						
< 25 ans	9 (2,2%)	18 (4,5%)	0,54 [0,23-1,25]	0,1519	0,31 [0,10-0,99]	0,0480
25 - 45 ans	128 (31,7%)	139 (34,4%)	- 1 -	-	- 1 -	-
> 45 ans	34 (8,4%)	76 (18,8%)	0,48 [0,30-0,78]	0,0026	0,58 [0,34-0,997]	0,0490
Sexe						
Homme	49 (12,2%)	56 (14%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Femme	118 (29,5%)	177 (44,2%)	0,76 [0,49-1,19]	0,2348	0,77 [0,46-1,28]	0,3094
Catégorie professionnelle						
Catégorie A	84 (22,1%)	132 (34,7%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Catégorie B	54 (14,2%)	63 (16,6%)	1,35 [0,85-2,12]	0,1994	1,41 [0,86-2,31]	0,1764
Catégorie C	15 (3,9%)	32 (8,4%)	0,74 [0,38-1,44]	0,3723	1,04 [0,49-2,21]	0,9600
Lieu de travail						
Intra-hospitalier	111 (29,7%)	181 (48,4%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Extra-hospitalier	41 (11%)	41 (11%)	1,63 [0,99-2,67]	0,0520	2,16 [1,26-3,72]	0,0052
Horaire de travail						
De jour	107 (27,6%)	181 (46,8%)	- 1 -	-	- 1 -	-
De jour + nuit	52 (13,4%)	47 (12,1%)	1,87 [1,18-2,97]	0,0077	2,03 [1,18-3,50]	0,0109

* Tous les pourcentages sont calculés par rapport à l'effectif total de répondants pour chaque variable interrogée.

Tableau 12 - Analyse du risque d'usage du tabac, chez les salariés du CHCP, non ajusté et ajusté sur des critères socio-professionnels.

Nous avons également observé les relations possibles entre l'usage de tabac des salariés du CHCP et le caractère possiblement pathologique ou non de celui-ci. Les résultats, consignés dans le tableau 13, montraient un risque plus faible d'usage pathologique chez les plus de 45 ans (OR = 0,60 [0,37-0,97], $p = 0,0377$) par rapport aux 25-45 ans. Cette association ne se confirmait cependant pas lors de l'analyse multivariée. Il n'existait pas non plus de relation statistiquement significative concernant le sexe. En ce qui concerne les facteurs professionnels, il existait un risque statistiquement plus important de présenter un usage pathologique chez les salariés exerçant sur un site extra-muros (OR = 1,83 [1,06-3,15], $p = 0,0300$). La catégorie professionnelle et les horaires de travail n'étaient en revanche pas associés significativement à un usage pathologique de tabac.

Variable	Usage pathologique n (%)*	Usage non pathologique n (%)	Analyse univariée		Analyse multivariée	
			OR [IC 95%]	<i>p</i>	OR ajusté [IC 95%]	<i>p</i>
Age						
< 25 ans	9 (2,2%)	18 (4,4%)	0,76 [0,33-1,76]	0,5287	0,43 [0,14-1,38]	0,1584
25 - 45 ans	106 (26,2%)	162 (40%)	- 1 -	-	- 1 -	-
> 45 ans	31 (7,6%)	79 (19,5%)	0,60 [0,37-0,97]	0,0377	0,65 [0,37-1,12]	0,1237
Sexe						
Homme	40 (10%)	65 (16,2%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Femme	101 (25,2%)	195 (48,6%)	0,84 [0,53-1,33]	0,4640	0,84 [0,50-1,41]	0,5230
Catégorie professionnelle						
Catégorie A	69 (18,1%)	148 (38,8%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Catégorie B	47 (12,3%)	70 (18,4%)	1,44 [0,90-2,30]	0,1259	1,44 [0,87-2,38]	0,1501
Catégorie C	15 (3,9%)	32 (8,4%)	1,005 [0,51-1,98]	0,9875	1,33 [0,63-2,81]	0,4468
Lieu de travail						
Intra-hospitalier	97 (25,9%)	196 (52,3%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Extra-hospitalier	34 (9,1%)	48 (12,8%)	1,43 [0,87-2,36]	0,1617	1,83 [1,06-3,15]	0,0300
Horaire de travail						
De jour	93 (24%)	195 (50,3%)	- 1 -	-	- 1 -	-
De jour + nuit	43 (11,1%)	57 (14,7%)	1,58 [0,99-2,52]	0,0541	1,55 [0,90-2,68]	0,1150

* Tous les pourcentages sont calculés par rapport à l'effectif total de répondants pour chaque variable interrogée.

Tableau 13 - Analyse du risque d'usage pathologique du tabac, chez les salariés du CHCP, non ajusté et ajusté sur des critères socio-professionnels.

III. Résultats concernant l'usage d'autres substances psychoactives

1. Refus de réponse au questionnaire

Les refus de répondre intéressaient en priorité les substances illicites, les opiacés arrivant au premier rang (n = 9) suivis de la cocaïne (n = 8) et des stimulants (n = 8). Les substances dont le questionnement a été le mieux accepté par les salariés étaient le tabac et l'alcool avec 6 refus pour chacune.

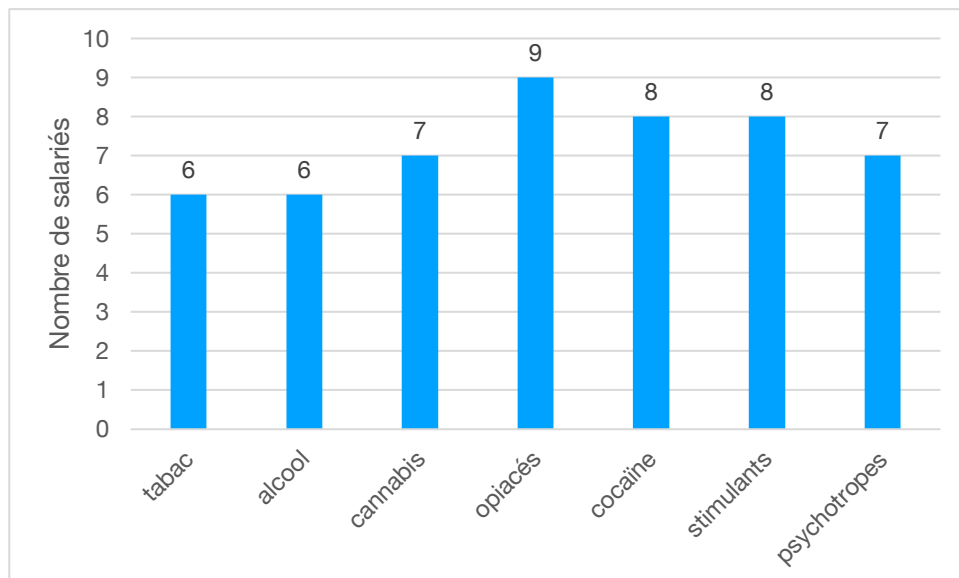


Figure 3 - Refus explicite de répondre pour les différentes substances psychoactives explorées

2. Prévalence des consommations de substances psychoactives

Concernant les substances psychoactives autres que le tabac, nous avons recueilli 410 réponses pour l'alcool, 408 pour les médicaments psychotropes et 409 pour les autres substances explorées.

L'usage d'alcool était le plus répandu, 385 salariés, soit 93,9% de l'effectif total (ET) avaient déjà consommé au cours de leur vie et 246 (60% de l'ET) étaient toujours consommateurs à l'heure actuelle. Parmi ces consommateurs actuels, 39 (15,8%) présentaient un possible usage pathologique selon les critères du DETA-CAGE. L'usage quotidien d'alcool concernait 13

salariés, soit 5,3% des usagers actuels, dont 8 (61,5%) présentaient un possible usage pathologique.

Concernant le cannabis, ils étaient 232 (56,7% de l'ET) à en avoir déjà expérimenté l'usage, 34 (8,3% de l'ET) étaient toujours consommateurs dont 23 (67,6%) avec un possible usage pathologique. Nous avons dénombré 7 salariés consommateurs quotidiens, dont 5 (71,4%) présentaient un possible usage pathologique.

La substance qui venait ensuite en termes de nombre d'utilisateurs était les médicaments psychotropes qui comptaient 114 salariés (27,9%) expérimentateurs au cours de leur vie, dont 28 (6,9% de l'ET) étaient toujours usagers à ce jour. On dénombrait 4 salariés (14,3%) parmi ceux qui présentaient un possible usage pathologique de benzodiazépines.

Les consommations des autres substances psychoactives étaient moins répandues et sont présentées dans le tableau 14 :

Substance psychoactive	Consommation au cours de la vie	Usagers actuels	Possible usage pathologique
Alcool (n = 410)	385 (93,9%)	246 (60%)	39 (15,8%)*
Cannabis (n= 409)	232 (56,7%)	34 (8,3%)	23 (67,6%)
Opiacés (n = 409)	40 (9,8%)	2 (5%)	0 (0%)
Cocaïne (n = 409)	41 (10%)	7 (17,1%)	1 (14,3%)
Stimulants (n = 409)	35 (8,6%)	3 (0,7%)	0 (0%)
Médicaments psychotropes (n = 408)	114 (27,9%)	28 (6,9%)	4 (14,3%)

* Tous les pourcentages d'usagers pathologiques sont calculés par rapport au nombre d'usagers actuels dans chaque catégorie de substance.

Tableau 14 - Prévalences de l'usage de substances psychoactives chez les salariés du CHCP

La figure 4 représente la proportion d'usagers pathologiques par rapport à l'effectif total de répondants en fonction des différentes substances. Le tabac arrive en tête des substances pour lesquelles les salariés présentaient un possible usage pathologique (120 salariés soit 29,10%) suivi de l'alcool et du cannabis.

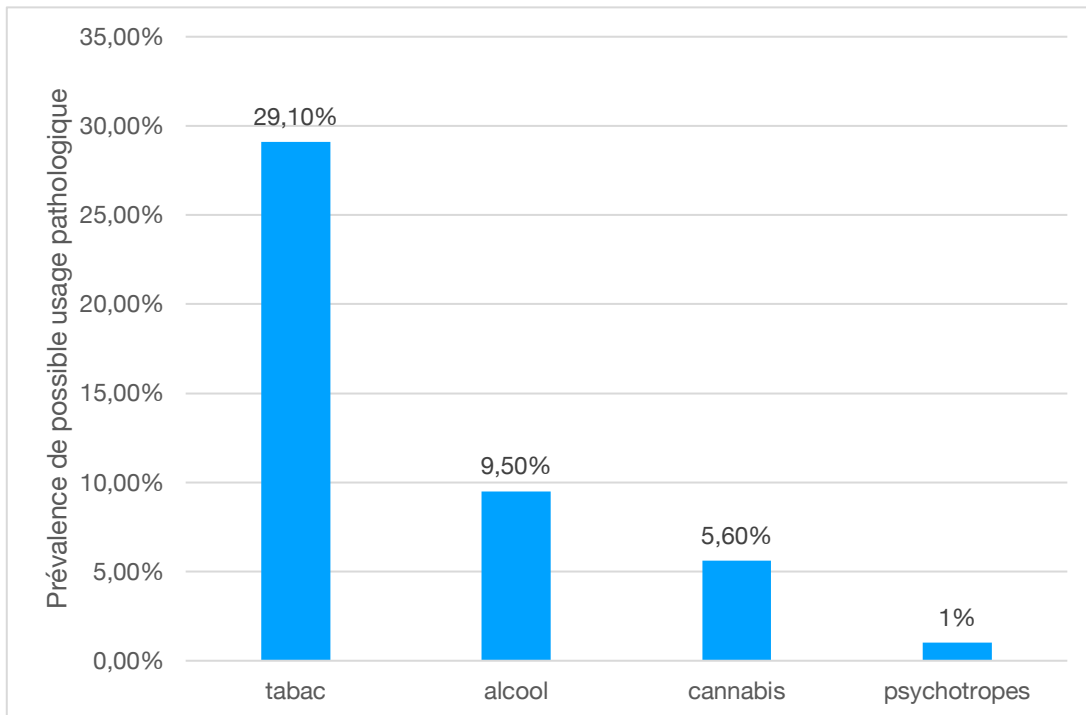


Figure 4 - Prévalence de possible usage pathologique de substances psychoactives au sein de la population des salariés du CHCP

3. Résultats concernant l'usage d'alcool

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des possibles usagers pathologiques d'alcool

Nous avons souhaité observer les caractéristiques sociodémographiques des 39 salariés présentant un possible usage pathologique de l'alcool. Un salarié n'a pas souhaité répondre pour l'item « sexe », et trois salariés ont refusé de répondre pour les questions se rapportant au « lieu de travail » et à « l'horaire de travail ». La répartition dans les différents groupes était relativement homogène mis-à-part une petite sur-représentation de la tranche 25-45 ans (30 salariés soit 11%) et une sous-représentation de la catégorie C (3 salariés soit 6,2%). On

retrouvait également une proportion de possibles usagers pathologiques d'alcool plus importante chez les hommes (19 salariés soit 17,9%) que chez les femmes (19 salariées soit 6,3%).

Donnée socio-professionnelle	Effectif total salarié par catégorie	Nombre d'usagers d'alcool ayant un possible usage pathologique (n = 39)
Age		
< 25 ans	27	2 (7,4%)*
25 – 45 ans	272	30 (11%)
> 45 ans	111	7 (6,3%)
Sexe		
Femme	300	19 (6,3%)
Homme	106	19 (17,9%)
Catégorie professionnelle		
Catégorie A	219	23 (10,5%)
Catégorie B	119	13 (10,9%)
Catégorie C	48	3 (6,2 %)
Lieu de travail		
Site hospitalier	298	27 (9,1%)
Site extra-hospitalier	82	9 (11%)
Horaire de travail		
Travail de jour	292	28 (9,6 %)
Travail de nuit	6	0 (0%)
En alternance jour/nuit	95	8 (8,4%)

* Tous les pourcentages d'usagers d'alcool possiblement pathologiques sont calculés par rapport aux effectifs totaux de chaque catégorie.

Tableau 15 - Répartition des consommateurs d'alcool présentant un possible usage pathologique en fonction des caractéristiques socioprofessionnelles

3.2.Motivations à la consommation d'alcool

Parmi les 246 usagers actuels d'alcool, la motivation principale à la consommation d'alcool était de loin le caractère festif avec 232 répondants, soit 94,3% des consommateurs. Venaient

ensuite la recherche de détente pour 77 salariés (31,3%) et la recherche de soulagement d'une tension pour 31 salariés (12,6%).

Motif de consommation d'alcool	Nombre de réponses parmi les 246 usagers d'alcool actuels
Pour se détendre	77 (31,3%)
Pour augmenter ses performances	0 (0%)
De manière festive	232 (94,3%)
Pour soulager une tension	31 (12,6%)
→ En lien avec le travail	16 (6,5%)
Pour une autre raison	13 (5,3%)

Tableau 16 - Motivations de leur consommation rapportées par les usagers actuels d'alcool

4. Résultats concernant l'usage de médicaments psychotropes

Sur les 114 salariés qui avaient déjà expérimenté la consommation de benzodiazépines, seuls 4 présentaient un possible usage pathologique. Nous avons exploré les données socio-démographiques de ces 4 salariés. Il n'était pas possible de relever une distribution évidente, mais il semblait que la tranche des 25-45 ans était la plus touchée, tous les salariés présentant un éventuel usage pathologique appartenant à cette catégorie. De la même manière, ces 4 salariés exerçaient sur le site hospitalier principal. Il existait également une sur-représentation de la catégorie C, en particulier par rapport à la catégorie A. On ne notait en revanche pas de différence en termes de proportion selon le genre et les horaires de travail.

Donnée socio-professionnelle	Effectif total salarié par catégorie	Nombre de salariés ayant un possible usage pathologique de médicaments psychotropes (n = 4)
Age		
< 25 ans	27	0
25 – 45 ans	272	4 (1,5%)*
> 45 ans	111	0
Sexe (n = 411)		
Femme	300	3 (1%)
Homme	106	1 (0,9%)
Catégorie professionnelle		
Catégorie A	219	1 (0,4%)
Catégorie B	119	2 (1,7%)
Catégorie C	48	1 (2,1 %)
Lieu de travail		
Site hospitalier	298	4 (1,3%)
Site extra-hospitalier	82	0
Horaire de travail		
Travail de jour	292	2 (0,7 %)
Travail de nuit	6	0 (0%)
Alternance jour/nuit	95	1 (1%)

* Tous les pourcentages de d'usagers possiblement pathologique de médicaments sont calculés par rapport aux effectifs totaux de chaque catégorie.

Tableau 17 - Répartition des consommateurs de benzodiazépines présentant un possible usage pathologique en fonction des caractéristiques socioprofessionnelles

Concernant les motivations à l'usage de médicaments psychotropes, parmi les 114 salariés (27,9% des répondants à cette partie du questionnaire) qui avaient déjà été consommateurs durant leur vie, la majorité (22 salariés soit 19,3% des répondants) disaient consommer dans le but de soulager une tension. La plupart (19 salariés soit 16,7% des répondants) avaient précisé que cette tension était liée au travail. Les motivations qui étaient citées ensuite étaient « d'autres raisons » pour 11 salariés (9,6%) et pour se détendre pour 10 salariés (8,8%). Pour finir, 1 salarié (0,9%) disait avoir consommé dans le but d'augmenter ses performances.

5. Résultats concernant l'usage du cannabis

Parmi les 409 répondants à cette partie du questionnaire, 232 salariés (56,7%) avaient déjà consommé au cours de leur vie et 34 (8,3%) étaient toujours consommateurs au moment de notre étude. Un possible usage pathologique concernait 13 (3,2%) d'entre eux dont nous avons étudié la répartition sociodémographique. Un salarié n'avait pas souhaité répondre pour les critères de sexe, de lieu et d'horaire de travail. On retrouvait une proportion plus importante de possibles addicts au cannabis chez les moins de 25 ans (2 salariés, soit 7,4% de l'effectif total de cette catégorie d'âge) et chez les hommes (6 salariés soit 5,7%) par rapport aux femmes (6 salariées soit 2%). Les catégories A (9 salariés soit 4,1% de la catégorie) et C (3 salariés, 6,2% de la catégorie) étaient également plus représentées que la catégorie B.

Donnée socio-professionnelle	Effectif total salarié par catégorie	Nombre de salariés ayant un possible usage pathologique du cannabis (n = 13)
Age		
< 25 ans	27	2 (7,4%)*
25 – 45 ans	272	9 (3,3%)
> 45 ans	111	2 (1,8%)
Sexe		
Femme	300	6 (2%)
Homme	106	6 (5,7%)
Catégorie professionnelle		
Catégorie A	219	9 (4,1%)
Catégorie B	119	1 (0,8%)
Catégorie C	48	3 (6,2%)
Lieu de travail		
Site hospitalier	298	10 (3,3%)
Site extra-hospitalier	82	2(2,4%)
Horaire de travail		
Travail de jour	292	8 (2,7 %)
Travail de nuit	6	1 (16,7%)
Alternance jour/nuit	95	3 (3,1%)

* Tous les pourcentages de consommateurs de cannabis sont calculés par rapport aux effectifs totaux de chaque catégorie.

Tableau 18 - Répartition des consommateurs de cannabis présentant un possible usage pathologique en fonction des caractéristiques socioprofessionnelle

Chez les usagers de cannabis, les motivations à consommer du cannabis concernaient principalement un usage festif pour 29 salariés, soit 85,3% des usagers actuels. Les autres moteurs de consommation intéressaient une recherche de détente pour 14 salariés (41,2%) et afin de soulager une tension (11 salariés, 32,3%) qui était en lien avec le travail pour 8 salariés, soit 23,5% des usagers actuels.

Motif de consommation de cannabis	Nombre de réponses parmi les 34 usagers de cannabis actuels
Pour se détendre	14 (41,2%)
Pour augmenter ses performances	1 (2,9%)
De manière festive	29 (85,3%)
Pour soulager une tension	11 (32,3%)
→ En lien avec le travail	8 (23,5%)
Pour une autre raison	4 (11,8%)

Tableau 19 - Motivations de leur consommation rapportées par les usagers actuels de cannabis

6. Résultats concernant l'usage d'opiacés, cocaïne et stimulants

Concernant ces 3 substances, 409 réponses avaient pu être collectées. On recensait 40 (9,8%), 41 (10%) et 35 (8,6%) salariés qui avaient déjà consommé au cours de leur vie respectivement des opiacés, de la cocaïne ou des stimulants. Actuellement, ils étaient encore 2 (0,4%) à consommer des opiacés, 16 (3,9%) de la cocaïne et 7 (1,7%) des stimulants, soit un cumul de 25 usagers actuels. Dans ces 25 usagers, on retrouvait une proportion supérieure de salariés masculins (15 salariés soit 14,1% de la catégorie), appartenant à la catégorie B (12 salariés soit 10,1%), exerçant sur le site hospitalier (24 salariés soit 8%) et travaillant en alternance jour/nuit (11 salariés soit 11,6%). Un salarié n'avait pas souhaité répondre aux questions concernant l'âge, le lieu et les horaires de travail ; et deux salariés n'avaient pas souhaité répondre à l'item concernant le sexe.

Donnée socio-professionnelle	Effectif total salarié par catégorie	Nombre d'usagers actuels
Age (n = 413)		
< 25 ans	27	2 (7,4%)*
25 – 45 ans	272	22 (8,1%)
> 45 ans	111	0
Sexe (n = 411)		
Femme	300	8 (2,7%)
Homme	106	15 (14,1%)
Catégorie professionnelle (n= 413)		
Catégorie A	219	13 (5,9%)
Catégorie B	119	12 (10,1%)
Catégorie C	48	0
Lieu de travail (n = 412)		
Site hospitalier	298	24 (8%)
Site extra-hospitalier	82	0
Horaire de travail (n = 412)		
Travail de jour	292	13 (4,5 %)
Travail de nuit	6	0
En alternance jour/nuit	95	11 (11,6%)

* Tous les pourcentages d'usagers possiblement pathologiques sont calculés par rapport aux effectifs totaux de chaque catégorie.

Tableau 20 - Répartition des salariés présentant un usage actuel d'opiacés, de cocaïne ou de stimulants en fonction des données socio-démographiques.

Concernant les motivations de la consommation, on retrouvait exclusivement une consommation festive pour les stimulants (7 salariés) et quasi-exclusivement pour la cocaïne (13 salariés sur 16). Les 3 autres usagers de cocaïne consommaient pour se détendre, et les 2 salariés consommant des opiacés le faisaient pour une autre raison.

7. Analyse des facteurs socio-professionnels associés à l'usage des autres substances psychoactives

Nous avons souhaité étudier l'impact de divers facteurs socio-professionnels sur l'existence d'un possible usage pathologique de substances psychoactives. Dans notre échantillon, peu de salariés présentaient un usage pathologique d'opiacés, de cocaïne, de stimulants et de médicaments psychotropes, ne permettant pas d'obtenir de résultats significatifs.

Concernant l'alcool, aucun facteur professionnel n'était associé significativement à un usage pathologique d'alcool (tableau 21). Au niveau démographique, on retrouvait cependant une baisse statistiquement significative du risque de présenter un usage pathologique de l'alcool chez les femmes (OR = 0,29 [0,14-0,60], $p = 0,0010$) en comparaison aux hommes.

Variable	Usage pathologique n (%)*	Usage non pathologique n (%)	Analyse univariée		Analyse multivariée	
			OR [IC 95%]	<i>p</i>	OR ajusté [IC 95%]	<i>p</i>
Age						
< 25 ans	2 (0,5%)	25 (6,2%)	0,61 [0,14-2,70]	0,5137	0,63 [0,08-5,08]	0,6622
25 - 45 ans	31 (7,7%)	236 (58,6%)	- 1 -	-	- 1 -	-
> 45 ans	7 (1,7%)	102 (25,3%)	0,52 [0,22-1,22]	0,1355	0,58 [0,23-1,43]	0,2335
Sexe						
Homme	19 (4,8%)	85 (21,3%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Femme	20 (5%)	275 (68,9%)	0,32 [0,16-0,64]	0,0011	0,29 [0,14-0,60]	0,0010
Catégorie professionnelle						
Catégorie A	23 (6%)	192 (50,5%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Catégorie B	14 (3,7%)	105 (27,6%)	1,11 [0,55-2,25]	0,7661	1,02 [0,47-2,20]	0,9516
Catégorie C	3 (0,8%)	43 (11,3%)	0,58 [0,18-2,03]	0,3958	0,51 [0,11-2,37]	0,3945
Lieu de travail						
Intra-hospitalier	27 (7,2%)	266 (71,1%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Extra-hospitalier	10 (2,7%)	71 (19%)	1,39 [0,64-3,00]	0,4052	1,54 [0,67-3,57]	0,3115
Horaire de travail						
De jour	29 (7,5%)	257 (66,4%)	- 1 -	-	- 1 -	-
De jour + nuit	8 (2,1%)	93 (24%)	0,76 [0,34-1,73]	0,5155	0,69 [0,28-1,69]	0,4170

* Tous les pourcentages sont calculés par rapport à l'effectif total de répondants pour chaque variable interrogée.

Tableau 21 - Analyse du risque d'usage pathologique de l'alcool, chez les salariés du CHCP, non ajusté et ajusté sur des critères socio-professionnels.

Le tableau 22 présente les résultats concernant l'association entre un possible usage de cannabis chez les salariés du CHCP et les facteurs socio-professionnels. Seul le fait d'être une femme était associé à un moindre risque de présenter un usage pathologique de cannabis (OR= 0,26 [0,07-0,94], p = 0,0394) que le fait d'être un homme. Les autres facteurs, notamment professionnels ne pouvaient pas être liés significativement à la consommation de cannabis.

Variable	Usage pathologique n (%)*	Usage non pathologique n (%)	Analyse univariée		Analyse multivariée	
			OR [IC 95%]	p	OR ajusté [IC 95%]	p
Age						
< 25 ans	2 (0,5%)	25 (6,2%)	2,28 [0,47-11,2]	0,3074	1,94 [0,20-18,40]	0,5642
25 - 45 ans	9 (2,2%)	257 (63,8%)	- 1 -	-	- 1 -	-
> 45 ans	2 (0,5%)	108 (26,8%)	0,53 [0,11-2,49]	0,4200	0,58 [0,11-3,05]	0,5215
Sexe						
Homme	6 (1,5%)	97 (24,3%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Femme	6 (1,5%)	290 (72,7%)	0,33 [0,10-1,06]	0,0630	0,26 [0,07-0,94]	0,0394
Catégorie professionnelle						
Catégorie A	9 (2,4%)	206 (54,2%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Catégorie B	1 (0,3%)	118 (31%)	0,19 [0,02-1,55]	0,1220	0,21 [0,02-1,72]	0,1464
Catégorie C	3 (0,8%)	43 (11,3%)	1,60 [0,41-6,14]	0,4959	1,44 [0,27-7,58]	0,6686
Lieu de travail						
Intra-hospitalier	10 (2,7%)	281 (75,3%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Extra-hospitalier	2 (0,5%)	80 (21,4%)	0,70 [0,15-3,27]	0,6528	0,89 [0,17-4,74]	0,8954
Horaire de travail						
De jour	8 (2,1%)	277 (71,8%)	- 1 -	-	- 1 -	-
De jour + nuit	4 (1%)	97 (25,1%)	1,43 [0,42-4,85]	0,5679	1,33 [0,34-5,15]	0,6757

* Tous les pourcentages sont calculés par rapport à l'effectif total de répondants pour chaque variable interrogée.

Tableau 22 - Analyse du risque d'usage pathologique du cannabis, chez les salariés du CHCP, non ajusté et ajusté sur des critères socio-professionnels.

DISCUSSION

I- Interprétation de nos résultats

1. *Données socio-démographiques de l'échantillon*

Après la deuxième phase de diffusion de notre étude, nous avons obtenu un taux de réponse global à notre questionnaire de 23,2% (n = 419).

Les caractéristiques socio-démographiques étaient proches de celles du Baromètre Tabac Personnel Hospitalier réalisé en 2003 (17). L'effectif des salariés était composé en majorité de femmes (73% contre 80% lors du Baromètre Tabac Personnel Hospitalier), ce qui est représentatif de la population hospitalière. Cette forte féminisation entraîne une spécificité particulière du tabagisme hospitalier. Dans notre étude, la catégorie d'âge la plus représentée était les 25-45 ans (65,9%), l'âge moyen étant compris entre 39,5 ans et 42 ans selon le sexe dans l'étude de 2003. Les caractéristiques professionnelles différaient en revanche quelque peu, la catégorie A étant plus représentée dans notre étude (53% contre 38,1%) et le travail de nuit régulier ou occasionnel étant quant à lui sous-représenté avec 24,6% (n = 101) des salariés contre 37% dans l'étude Baromètre Tabac Personnel Hospitalier.

2. *Usage de tabac*

Nous avons retrouvé une prévalence de fumeurs dans notre population de l'ordre de 42,1% (n=174), bien supérieure à la prévalence de 24% retrouvée dans le Baromètre Tabac Personnel Hospitalier. De plus, les données émanant du service de santé au travail étaient également plus proches de cette dernière étude avec une prévalence de 26,8%. En comparaison, la prévalence dans la population générale en 2019 (18) était plus élevée avec 30,4% de fumeurs dont 24% fumant quotidiennement contre 29% (n= 120) dans notre étude. Nos résultats sont en revanche plus proche de la prévalence retrouvée dans la population générale des salariés en Aquitaine retrouvée lors de l'enquête réalisée en 2009 qui enregistrait une prévalence de salariés fumeurs de 46,7% (25). La consommation quotidienne moyenne était comparable entre notre échantillon qui consommait 12,1 cigarettes/jour et la population générale en 2019 qui fumait 12,5 cigarettes/jour.

Nous avons évalué la prévalence d'usagers pathologiques à 83,9% (n= 146) des fumeurs actuels, résultat très proche de celui des travailleurs aquitains dont la prévalence d'usagers pathologiques du tabac était de 81,6%. Cet usage possiblement pathologique concernait 34,8% des salariés du CHCP, soit une proportion un peu supérieure aux données récupérées par le SST qui recensait 29,1% de salariés ayant un possible usage pathologique.

Parmi les 89 salariés dont la motivation à consommer était la recherche de soulagement d'une tension, 75,3% (n= 67) faisaient le lien entre cette tension et le travail, ce qui est légèrement supérieur au résultat chez les travailleurs aquitains (70%). Il est pour autant primordial d'identifier ces facteurs de stress ou d'affect négatif, car ces-derniers influencent grandement la survenue du craving et la rechute dans la pathologie addictive (27).

Concernant les facteurs socio-professionnels qui pouvaient intervenir dans la survenue d'un usage du tabac, il est apparu que les moins de 25 ans (OR = 0,31 [0,10-0,99], p = 0,0480) et les plus de 45 ans (OR = 0,58 [0,34-0,997], p = 0,0490) présentaient statistiquement moins de risque de présenter un trouble de l'usage du tabac. Il y avait en revanche plus de risques de fumer pour les salariés exerçant sur des sites extérieurs tels que des Centre Médico-Psychologiques (CMP)... (OR = 0,58 [0,34-0,997], p = 0,0490) et chez ceux travaillant avec des horaires atypiques (OR = 2,03 [1,18-3,50], p = 0,0109). En revanche, seul le lieu de travail au sein d'un CMP était statistiquement associé à un risque supérieur de présenter un possible usage pathologique du tabac (OR = 1,83 [1,06-3,15], p = 0,0300).

Au cours de notre enquête, nous avons pu constater que 12,3% (n= 40) des salariés étaient en cours de sevrage, ce qui est un peu inférieur aux informations collectées par le SST (17,5%). Or, sur les 174 salariés fumeurs, 77,9% (n=134) ont exprimé le souhait de modifier leur usage dans les cinq prochaines années. Une dynamique de groupe pourrait exister dans la mesure où 32% (n= 90) des fumeurs ont déclaré s'être sentis motivés par la prise en charge d'un collègue. La plupart des salariés ayant déjà consommé du tabac au cours de leur vie (89,2%, n= 282) étaient informés de l'existence de consultations d'aide au sevrage tabacologique gratuites proposées au sein du CHCP. En revanche, 19,9% (n= 60) n'étaient pas informés sur le caractère confidentiel et gratuit de ces consultations.

3. Usage d'alcool

L'alcool était la substance la plus consommée avec une prévalence d'usagers actuels de 60% (n= 246). Un possible usage pathologique d'alcool concernait 15,8% (n= 39) des salariés, ce qui est comparable au résultat obtenu auprès des travailleurs en Aquitaine pour lesquels la prévalence d'usagers pathologiques était évaluée à 17,2% (25). L'usage quotidien d'alcool concernait 5,3% des salariés (n= 13), ce qui est inférieur à la population générale dans laquelle la consommation quotidienne est plus fréquente chez les hommes (11%) que chez les femmes (4%) (28). La prédominance de femmes au sein de notre effectif explique probablement cet écart.

Parmi les 246 usagers actuels d'alcool, la motivation principale à la consommation d'alcool était de loin le caractère festif avec 232 répondants, soit 94,3% des consommateurs. La recherche de soulagement d'une tension était citée par 12,6% des salariés (n= 31) dont 16 (51,6%) estimaient que cette tension était liée au travail. Ce résultat est inférieur au résultat pour les travailleurs en Aquitaine (70%).

Concernant les facteurs socio-professionnels, aucun facteur professionnel n'était associé significativement à un usage pathologique d'alcool. Le sexe féminin était en revanche associé à un moindre risque de présenter un usage pathologique de l'alcool (OR = 0,29 [0,14-0,60], p= 0,0010).

4. Usage de cannabis

Parmi les salariés du CHCP, plus de la moitié (56,7%, n= 232) avaient déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, mais seul 8,3% (n= 34) étaient toujours consommateurs. Dans ces usagers actuels, 38,2% (n= 13) présentaient un possible usage pathologique, ce qui est supérieur au reste des travailleurs en Aquitaine dont 31,8% des consommateurs actuels présentaient un possible trouble de l'usage. Dans la population générale, l'usage actuel est rapporté à 11% (29).

Concernant les motivations à l'usage, le recherche de soulagement d'une tension était évoquée par 11 salariés, dont 72,7% (n= 8) mettaient en avant un lien avec le travail, ce qui est quasiment identique au résultat pour les travailleurs en Aquitaine (72%).

Aucun facteur professionnel n'a permis de mettre en évidence une association statistiquement significative avec un usage possiblement pathologique de cannabis. En revanche, le fait d'être une femme était associé à un moindre risque de présenter un usage pathologique de cannabis (OR= 0,26 [0,07-0,94], p = 0,0394) que le fait d'être un homme.

5. Usage de médicaments psychotropes

Dans notre étude, 114 salariés disaient avoir déjà consommé et 6,9% (n= 38) étaient des usagers actuels. Parmi eux, 14,3% (n= 4) présentaient un possible usage pathologique. Il semblait exister une plus forte proportion de trouble de l'usage chez les 25-45 ans, dans la catégorie C et sur le site hospitalier principal. Dans la population générale, l'usage actuel de médicaments psychotropes augmente depuis 2005 avec désormais une prévalence de 18%, et touche particulièrement les femmes (29).

Concernant les motivations à l'usage de médicaments psychotropes, 86,4% (n=19) des usagers consommant pour soulager une tension déclaraient que cette tension était liée au travail.

6. Usage des autres substances

La proportion d'usagers de ces substances était faible et la motivation principale retrouvée était un usage récréatif.

II- Intérêt de ce travail

L'intérêt principal de ce travail réside dans le choix de décrire les usages d'une population de salariés hospitaliers et d'analyser les facteurs socio-professionnels pouvant mener à l'usage en ne s'intéressant plus seulement à l'étude d'un type de substance et aux quantités consommées, mais plutôt à la pathologie addictive dans sa globalité. Cela distingue notre travail des enquêtes de Santé Publique et permet d'apporter une vision plus ciblée permettant une meilleure efficacité dans la détection de la pathologie addictive et dans le choix de la thérapeutique à fournir. D'après notre étude, une grande proportion (83,9%, n= 146) des 174 salariés usagers de tabacs présentent un usage pathologique du tabac. Pour ces salariés addicts, il apparaît que toutes les campagnes d'information et les mesures coercitives ne s'avèrent pas suffisantes, et qu'une entrée en soin semble indispensable.

III- Forces et faiblesses de la méthodologie de ce travail

Cette recherche présente un certain nombre de limites. Un biais de sélection a pu être engendré par l'absence de randomisation. En effet, on peut aisément envisager que les usagers de tabac et d'autres substances aient été plus enclins à répondre à ce questionnaire. Cela est mis en évidence par la discordance avec les résultats obtenus par le service de santé au travail. Cependant, les distributions des salariés selon le sexe et les horaires de travail étaient similaires entre notre échantillon et celui du SST. En revanche, la catégorie B était légèrement sur-représentée et la catégorie C sous-représentée dans notre enquête, tout comme les salariés des sites extra-muros. La distribution de notre population étant cependant proche de la distribution de l'échantillon du SST, mais aussi de l'enquête Baromètre Tabac Personnel Hospitalier, nous avons émis l'hypothèse qu'il n'y avait pas de différence significative entre notre échantillon et la population de salariés de l'hôpital.

S'agissant d'une enquête déclarative portant sur des sujets sensibles, il a pu apparaître un biais de désirabilité sociale. Ceci pourrait être d'autant plus vrai que nous interrogeons dans notre étude le comportement de professionnels de santé.

Concernant la communication de l'enquête par questionnaire, nous avons cherché par différents moyens (voie hiérarchique, messagerie professionnelle, campagne d'affichage) à informer tous

les salariés du CHCP, mais nous ne pouvons exclure que certains salariés n'en aient pas eu connaissance. Une limite importante à la diffusion de l'information est venue d'une mauvaise communication lors de la première diffusion du mail d'information survenue le 11 mars 2019 rendant difficilement compréhensible notre démarche. Cette erreur a pu être rectifiée et un nouveau mail a été émis le 12 avril 2020. On ne peut donc pas exclure une perte d'information liée à cet écueil.

Concernant cet auto-questionnaire, nous avons choisi de favoriser la confidentialité du fait du caractère sensible des données recueillies au sein d'un collectif de travail. Nous ne pouvons donc pas exclure que certains salariés aient répondu plus d'une fois à ce questionnaire. De la même manière, cette enquête ayant été menée en deux phases, nous ne pouvons être certains que des salariés n'aient pas répondu lors des deux phases de diffusion. Pour limiter ce risque de doublon, il était explicitement précisé de ne répondre qu'une seule et unique fois à ce questionnaire, et nous avons ajouté une question interrogeant sur une éventuelle passation précédente dans le questionnaire diffusé en 2019. Toute réponse positive à cette question entraînait une exclusion de l'analyse.

Pour le contenu du questionnaire, nous avons choisi d'utiliser le questionnaire déjà diffusé en 2017 afin de permettre une bonne reproductibilité des résultats, d'autant que ce questionnaire était déjà inspiré de celui employé pour l'Etude Santé Travail en Aquitaine. Ce questionnaire avait été choisi car il avait bénéficié d'une bonne acceptabilité par les salariés et qu'il utilisait des items proches du questionnaire *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) qui permettaient de rechercher des troubles de l'usage en fonction d'arguments cliniques. Il avait été choisi d'interroger en priorité l'usage du tabac, mais une large ouverture avait été réalisée vers les autres substances psycho-actives en adéquation avec les évolutions de l'addictologie clinique. Il avait été remonté dès la première phase de l'enquête une limite concernant l'exploration de l'usage d'opiacés qui ne prévoyait pas le simple usage thérapeutique à visée antalgique. De la même manière, la consommation de médicaments psychotropes avait probablement été sous-estimée suite à une mauvaise compréhension du terme « consommateur » qui avait probablement été compris comme « en-dehors de toute prescription médicale » car arrivant à la suite des autres substances.

Concernant l'acceptabilité de ce questionnaire, nous pouvions nous attendre à une faible acceptabilité d'une enquête portant sur l'usage de substances (dont certaines illicites) au sein d'une entreprise. Afin de limiter l'abstention, il avait été choisi que le Médecin du Travail soit le référent principal de cette étude en assurant l'information au CHSCT, en communiquant les courriers d'information aux salariés et en centralisant les réponses au questionnaire. Il a également été précisé que le stockage des données informatiques était réalisé sur un serveur externe appartenant à l'Université de Bordeaux. L'adhésion à cette enquête avait finalement été plutôt bonne, et les items auxquels les salariés n'avaient pas répondu concernaient plutôt les données socio-démographiques, et en particulier le lieu d'exercice. Au final, la partie du questionnaire la plus informative a concerné l'exploration de l'usage du tabac.

Enfin, la dernière limite sur le plan méthodologique tient au type même de l'étude réalisée. En effet, cette étude descriptive ne permet pas de déterminer de liens de causalité entre un éventuel trouble de l'usage et les facteurs socio-professionnels étudiés. Cela n'était toutefois pas l'objet de notre travail, et nous avons réalisé des calculs de proportion et de régression logistique afin de mettre en évidence d'éventuelles associations significatives nécessitant des explorations complémentaires.

IV- Forces et faiblesses des résultats

Nos résultats concernant la prévalence de fumeurs au sein de l'établissement étant discordants avec les résultats obtenus par le SST et ceux du Baromètre Tabac Personnel Hospitalier, nous avons considéré que ces derniers résultats nous semblaient plus fiables que ceux obtenus par l'intermédiaire de notre questionnaire. En effet, l'ensemble des salariés du CHCP sont convoqués aux visites de Médecine du Travail, l'effectif de l'échantillon observé est par conséquent plus important et plus représentatif de la population hospitalière. Cela étant dit, on retrouve une forte prévalence de l'addiction au tabac dans ces deux études ; cette addiction représentant un risque potentiel pour la santé et la sécurité des travailleurs de par sa toxicité propre, mais aussi par les troubles du comportement liés au sevrage et au craving qu'elle peut engendrer.

Nous avons pu mettre en évidence que 70,2% (n= 127) des salariés présentant ou ayant présenté un trouble de l'usage du tabac n'avaient jamais bénéficié d'une prise en charge. Ainsi, malgré

un accès au traitement addictologique de plus en plus facilité (30) par les politiques de Santé Publique, il apparaît que la pathologie addictive est toujours largement sous-traitée. Ceci nous laisse à penser qu'un simple traitement pharmacologique n'est pas suffisant et que, comme le recommande la Haute Autorité de Santé (HAS), une aide à l'arrêt du tabac par le biais de consultations dédiées soit nécessaire pour un maintien prolongé de l'abstinence (31).

Concernant les facteurs socio-professionnels associés à l'usage de substances psycho-actives, notre étude a permis d'identifier une plus forte susceptibilité à l'usage du tabac chez les salariés appartenant à la tranche des 25-45 ans qui exerçaient au sein de CMP avec des horaires atypiques. L'usage pathologique de tabac était lui statistiquement plus associé à l'exercice sur des sites extra-muros. Il est probable que cette constatation soit en rapport avec un accès moins facilité au soin au niveau des sites périphériques. Concernant les autres substances (alcool, cannabis), les facteurs professionnels ne semblaient pas intervenir dans la survenue d'un trouble de l'usage, contrairement à l'appartenance au genre masculin qui présentait un excès de risque. Ces éléments peuvent constituer des éléments cliniques applicables dans la pratique quotidienne. Le professionnel de santé au travail pourra ainsi apporter une vigilance particulière sur ces points précis afin de permettre un dépistage d'un éventuel trouble de l'usage le plus précoce possible. Ce dépistage précoce pourrait permettre une orientation rapide vers un dispositif de prise en charge qui pourrait favoriser, à terme, le maintien dans l'emploi des salariés présentant des troubles de l'usage. Il est à noter que, dans ces points de vigilance, on pourrait intégrer la catégorie professionnelle malgré que les analyses statistiques n'aient pas permis d'identifier ce facteur comme statistiquement significatif. En effet, la recherche d'un effet anxiolytique des consommations en rapport avec une tension liée aux conditions de travail a pu être mise en évidence dans notre étude. Or, il paraît légitime de penser que l'appartenance aux catégories A et B, catégories professionnelles impliquant plus de responsabilités, puisse être générateur d'un stress plus important au travail. A l'inverse, on sait également que l'usage de substance psycho-active peut également être corrélé à la précarité, la catégorie C étant alors plus exposée que les autres catégories professionnelles.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La lutte contre les troubles de l'usage de substances psycho-actives, et en particulier du tabac, est un enjeu de Santé Publique majeur. Ainsi, les politiques de santé enjoignent les fumeurs à modifier leur consommation en leur imposant des contraintes législatives de plus en plus incitatives, y compris dans l'enceinte des entreprises, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'établissements de santé.

Dans notre étude, l'environnement professionnel a pu être identifié comme un facteur pouvant influencer les consommations de tabac, mais aussi des autres substances psycho-actives. Il paraît donc important, afin de favoriser la prise en charge des addictions, que les services de santé au travail soient impliqués dans le cadre de leur rôle de prévention pour la préservation de la santé des salariés.

Depuis la fin de notre étude, plusieurs axes d'évolution ont été dégagés. En effet, la commission addiction a souhaité désormais élargir son plan d'action aux autres substances, et en priorité l'alcool. Effectivement, la gestion de l'ivresse sur le lieu de travail est un sujet particulièrement sensible pour les entreprises et le médecin du travail est fréquemment interrogé sur ce sujet sans pour autant disposer de réels outils. Certaines démarches, calquées sur le « Moi(s) sans tabac » semblent désormais voir le jour, comme le « Dry January » lancé initialement sur les réseaux sociaux mais dont les entreprises et les SST pourraient s'emparer afin de réaliser des actions en milieu de travail. Par ailleurs, les autres substances peuvent également s'avérer problématiques par les troubles du comportement qu'elles pourraient engendrer sur le lieu de travail. La Commission travaille donc à l'élaboration d'un protocole unique, indépendant de la substance consommée afin de pouvoir prendre en charge un salarié présentant des troubles du comportement.

Il nous semble également, du fait des résultats intéressants observés dans notre étude, que ce type d'initiative puisse être diffusé largement dans les entreprises dans le but de préserver la santé et la sécurité des travailleurs. Une première étape a d'ailleurs été franchie dans ce sens par une extension du dispositif à destination des salariés du CHU de Bordeaux.

Enfin, ce travail a donné lieu à la rédaction d'un article scientifique (annexe 8) dans le but d'être soumis à différentes revues scientifiques pour une diffusion plus large à la communauté scientifique.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS – Tabagisme : principaux repères sur la consommation du tabac et ses conséquences pour la santé ainsi que l’action de l’OMS dans la lutte contre le tabagisme [Internet]. (Modifié le 27 mai 2020) Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Dossier INRS. Lutter contre le tabagisme en entreprise [Internet]. (Modifié le 20 août 2008). Disponible sur : http://www.smtaquitaine.fr/uploads/media_items/tabac-entreprise.original.pdf
3. Art. R4412-2 du Code du Travail relatif au champ d’application et définitions applicables aux agents chimiques dangereux. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr
4. IARC (2004). Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*, 83:1– 1438. PMID:15285078. Disponible sur : <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php>.
5. Cours de Cassation-chambre sociale. Arrêt n°1698 du 29 Juin 2005 (03-44-412) [Internet]. Disponible sur : https://courdecassation.fr/jurisprudence_2/chambre_sociale_576/nbsp_arr_986.html
6. Karila L, Reynaud M. Facteurs de risque et de vulnérabilité. In : *Traité d’Addictologie-2° ed.* Paris :Lavoisier Medecine Sciences, 2016, p. 84-86
7. Karila L, Benyamina A. Addictions. In : *Revue des Maladies Respiratoires – Elsevier Masson*, 2019, 36(2), p. 233-240
8. Berman M, Crane R, Seiber E, *et al.* Estimating the cost of a smoking employee. In : *Tobacco Control* 2014;**23**:428-433.
9. Art. L.4622-2 du Code du travail relatif aux missions des services de santé au travail. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr
10. Dossier INRS. Incendie sur le lieu de travail [Internet]. (Modifié le 03/09/2018). Disponible sur : <http://www.inrs.fr/risques/incendie-lieu-travail/consequences-donnees-statistiques.html>
11. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
12. Ministère de l’emploi et de la solidarité. Circulaire DH/EO2/DGS n°2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement et à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d’unités de coordination de tabacologie. BO Santé n°00/15. 2000, p251-262.

13. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. JO n°265 du 16 novembre 2006, p.17249.
14. Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé. JO n°16 du 19 janvier 2007, p.1143.
15. Bouvet C. Tabagisme et psychiatrie. L'information psychiatrique. 2007. 83:41-47
16. Circulaire DGS/DH/SP 3 n° 99-330 du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 99/27 du 24 juillet 1999. p.195-196
17. Chièze F, Dautzenberg B, Deberdt JP et al. Résultats du Baromètre tabac personnel hospitalier 2003. BEH, 2004, n°22-23, p.92-94.
18. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, et al. Consommation de tabac parmi les adultes: bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. BEH, 2020, n°14, p.274-281
19. RESPADD – Hôpital sans tabac [Internet]. Disponible sur : <https://www.respadd.org/hopital-sans-tabac-lieu-de-sante-sans-tabac/>
20. OMS – Journée mondiale sans tabac – 31 mai 2020 [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/campaigns/world-no-tobacco-day/world-no-tobacco-day-2020>
21. Moi(s) sans tabac en Nouvelle-Aquitaine [Internet]. Disponible sur : <https://www.moisanstabac-na.com/>
22. Ligue contre le cancer. Désintoxiquer les espaces publics : espace sans tabac [Internet]. Disponible sur : https://www.ligue-cancer.net/article/56740_desintoxiquer-les-espaces-publics-espace-sans-tabac
23. RESPADD – Guide Hôpital sans tabac [Internet]. Disponible sur : <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/07/Guide-HST-BAT.pdf>
24. Ceccato MT. Prise en charge de l'addiction au tabac chez les salariés de l'hôpital psychiatrique Charles Perrens de Bordeaux. Etat des lieux des consommations dans l'hôpital et description de la population des salariés entrés en soin. Thèse de doctorat : Sciences médicales : Bordeaux : 2017 ; 3159.
25. Auriacombe M, Fatséas M, Denis C, et al. Enquête sur la consommation de substances parmi les travailleurs se rendant à la médecine du travail en Aquitaine en 2009. Bordeaux, France, Université Bordeaux Segalen, 2011, p.34
26. Logiciel de sondage online Sphinx [Internet]. Disponible sur : <https://www.lesphinx-developpement.fr/logiciels/enquete-analyse-sphinx-iq/>


27. Auriacombe M, Serre F, Fatséas M. Le craving : marqueur diagnostic et pronostique des addictions ? In : Traité d'Addictologie-2^e éd. Paris : Lavoisier Médecine Sciences.2016. p. 78-83
28. Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. BEH. 2019;(10-11):180-7.
29. Beck M. Données épidémiologiques et sociologiques sur les addictions en France. In : Traité d'Addictologie-2^e éd. Paris : Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p. 193-205
30. Auriacombe M, Dubernet J, Fatséas M, Sarram S. Traitements pharmacologiques dans les addictions : pour une approche transversale et simplifiée. In : Traité d'Addictologie-2^e éd. Paris : Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p. 307-310.
31. HAS. Recommandations de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [Internet]. (Mis en ligne le 17 novembre 2014). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

ANNEXES

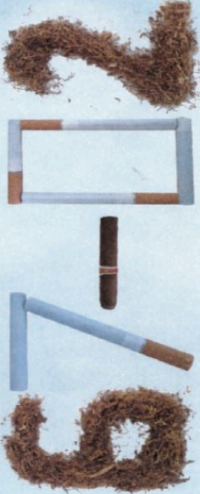
Annexe 1 – Plaquette d'information sur le dispositif d'accompagnement mis en place au CHCP

Vous habitez loin ou vous préférez consulter en dehors de l'hôpital
Il existe d'autres structures :

Bordeaux	<p>CEID Addictions Centre Maurice SERISÉ, 24 rue du Parlement Saint-Pierre, 33000 Bordeaux ☎ 05 56 44 84 86</p> <p>Consultation ANPAA ANPAA, 33, 67 rue Chevalier, 33000 Bordeaux ☎ 05 57 57 00 77</p>
Bassin d'Arcachon	<p>Centre d'Addictologie d'Arcachon Espace Henri Dunant 38 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 33210 Arcachon ☎ 05 56 83 11 12</p> <p>Consultations ANPAA - La Teste : Pôle Santé Arcachon ☎ 05 57 52 91 58 - Le Teich : Pôle Territorial de Solidarité ☎ 05 57 57 00 77 - Le Teich : Maison de la Solidarité ☎ 05 57 57 00 77 - Lanton : Pôle Territorial de Solidarité ☎ 05 57 57 00 77</p>
Libournais	<p>C.A.PLIB (Centre d'Aide Psychologique du Libournais) 127 avenue Gaillieni, 33500 LIBOURNE ☎ 05 57 51 88 28</p> <p>CEID Addictions Antenne CSAPA de Libourne, 9 Place René Princeteau, (place de la Poste) 33500 LIBOURNE ☎ 06 79 22 38 77</p> <p>Consultations ANPAA - Libourne : Pôle Territorial Solidarité ☎ 05 57 51 48 70 - Coutras : Maison Départementale de la Solidarité et de l'insertion (MDSI) ☎ 05 57 57 00 77</p>
Médoc	<p>Consultations ANPAA - Lesparre : MDSI ☎ 05 56 41 01 01 - Hourtin : Maison de santé ☎ 06 46 20 23 86 - Castelnaud du Médoc : Pôle Territorial Solidarité ☎ 05 57 88 84 90 - Pauillac : Centre d'Information et Orientation ☎ 06 46 20 23 86</p>
Nord Gironde	<p>CH Saint Nicolas - Unité d'Addictologie 97 rue de l'hôpital 33394 Blaye ☎ 05 57 33 45 16 / 05 57 33 46 59</p> <p>Consultations ANPAA - Blaye : MDSI ☎ 05 57 42 02 28 - St André de Cubzac : Pôle Territorial Solidarité ☎ 05 57 43 19 22 - St Ciers sur Gironde : Maison des Solidarités ☎ 06 29 22 17 02 - St Christoly de Blaye : Mairie ☎ 06 29 22 17 02</p>
Sud Gironde	<p>CH Sud Gironde Rue Langevin, 33210 Langon ☎ 05 56 76 57 57</p> <p>Consultations CEID 10/18 avenue Franck Chassaingne, 33720 Barsac ☎ 05 56 76 39 20</p> <p>Consultation ANPAA Langon : CH Sud-Gironde ☎ 05 56 76 34 63</p>





MILLE FAÇONS D'ARRÊTER, UN SEUL NUMÉRO.



SERVICE / PÔLE ADDICTOLOGIE
DU CENTRE HOSPITALIER CHARLES PERRENS

SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

N'oubliez pas de préciser à votre interlocuteur
que vous êtes membre du personnel.

Version mai 2016

Vous êtes fumeur (se)

Le Centre Hospitalier Charles Perrens a choisi de s'engager dans une politique d'accompagnement de ses agents et vous propose une prise en charge personnalisée :

- Sur votre temps de travail.
- Consultation anonyme, gratuite avec prise en charge gratuite de l'aide pharmacologique à l'abstinence pendant 9 mois.
- Assurée par un médecin addictologue senior.

Que peut vous apporter le Pôle Addictologie vis-à-vis de l'usage du tabac ?

Depuis l'été 2012, le Pôle Addictologie du CH Charles Perrens travaille en lien avec le Service de Santé au Travail, la direction de l'établissement et le CHSCT, à un projet de prévention/repérage et soins/réduction des risques du tabagisme à l'hôpital, que ce soit pour les patients ou les professionnels de l'établissement. Ce travail a abouti en début d'année 2013 à l'ouverture d'une consultation destinée au personnel et adaptée à ses besoins.

Ces actions peuvent être individuelles ou collectives, elles peuvent aussi s'adresser à une unité d'hospitalisation. L'ensemble de ces interventions sont résumées ci-dessous.

- **Prise en charge thérapeutique individuelle à l'attention des professionnels**

Prise en charge du trouble de l'usage au tabac pour les personnels, suivant l'accord entre la DRH et le service Santé au Travail (CHSCT du 4/2/2013) :

- Consultation individuelle possible pendant les heures de travail (sous réserve des nécessités de service et après accord du cadre de proximité),
- Prise en charge gratuite de l'aide pharmacologique à l'abstinence pendant 9 mois.

- **Intervention de groupe à l'attention des professionnels fumeurs : aide à la gestion de l'usage du tabac au travail**

Pour les professionnels fumeurs qui ne souhaitent pas s'orienter vers la prise en charge thérapeutique de leur addiction, et se retrouvent en difficulté avec la réglementation, un document écrit suggère des stratégies.

Ce document est accessible sur l'intranet de l'établissement. Pour les professionnels qui le demandent, suite à la lecture de ce document, une réflexion en groupe avec d'autres professionnels dans la même situation est proposée.

Ce groupe est animé par des professionnels du Pôle Addictologie. Le groupe se réunit trois fois à 3-5 semaines d'intervalles.

- **Actions à l'attention des équipes professionnelles des unités d'hospitalisation (médecins, infirmiers, psychologues, ...)**

Deux types d'intervention sont proposés :
- Intervention ponctuelle : Intervention de type information/formation pour exposer et échanger.

Cette réunion de 1h30 est animée par un ou deux professionnels du Pôle Addictologie.

- Intervention longue : à destination des équipes des unités qui souhaitent un accompagnement durable sur la question de l'usage du tabac par les patients et les professionnels. Cette intervention se programme sur une durée de 12 mois.

Si vous êtes intéressé :

Service / Pôle Addictologie
du Centre Hospitalier Charles Perrens
Service de Santé au Travail



05.56.56.67.02

N'oubliez pas de préciser à votre interlocuteur que vous êtes membre du personnel

Annexe 2 – Formulaire de demande de confidentialité de l'identité

	Demande de mise d'identité en confidentialité	IDP/EN/03/01
		Version 05
		Page 1/1

Date de création : 07/09/2011
Date de modification : 05/08/2016

A l'attention du Médecin responsable du DIM – CH Charles Perrens

Je soussigné(e) Mr - Mme

né(e) le

IPP : hospitalisé(e) à

demande à ce que mon identité soit mise en confidentialité conformément à la loi du 4 mars 2002.

Je suis informé(e) que pour assurer le suivi de ma prise en charge des examens complémentaires peuvent être nécessaires (biologie, radiologie,).

Pour les réaliser, j'autorise un partage d'information indispensable entre différents professionnels de santé soumis au secret professionnel.

J'ai conscience que sans cette autorisation, tout ou partie de ces examens ne pourront techniquement être réalisés durant ma période d'hospitalisation.

Accord Refus

Fait à Bordeaux le

Je soussigné(e) Docteur - Professeur :

demande à ce que la demande faite par Mr - Mme

soit prise en compte.

Fait à Bordeaux le

Cadre réservé au DIM (Merci de ne rien inscrire dans cette zone)

IPP	Fait le	Unité de soins

Annexe 3 – Questionnaire DETA-CAGE

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Questionnaire CAGE-DETA (Alcool)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

→ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Références : Mayfield, 1974.

Annexe 4 – Questionnaire à disposition des salariés



Questionnaire n° :

Enquête anonyme et confidentielle sur la consommation de substances par le personnel du Centre Hospitalier de Charles Perrens.

Menée par le service de santé au travail
En collaboration avec le service d'addictologie de Charles Perrens.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire dont le but est d'améliorer la connaissance des pratiques de consommation. Ceci nous permettra d'adapter le projet initié par le Service Santé au Travail pour la prise en charge tabac des salariés du CHCP. Le traitement des résultats est strictement anonyme et exclusivement destiné à une étude médicale. Pour que cette étude soit valable, il est important que tout le monde la remplisse, même si vous n'êtes pas consommateur. Veuillez également ne remplir qu'un seul questionnaire par personne. Merci beaucoup pour votre participation.

Retour du questionnaire :

- sous enveloppe anonyme, par courrier interne, au service de santé au travail :
CENTRE HOSPITALIER CHARLES PERRENS
Service de santé au Travail
Dr DELMAS SAINT-HILAIRE
121 rue de la Béchade
33076 BORDEAUX-Cedex
- Ou bien déposer directement le questionnaire dans une urne située au self ou au niveau du service santé au travail.

TABAC

1. *Je ne souhaite pas répondre à cette partie du questionnaire*
Passez alors à la question 20
2. *Avez-vous déjà consommé du tabac au cours de votre vie ?*
1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 20**
3. *Considérez-vous que vous êtes actuellement un consommateur de tabac ?*
 1.Oui
 2.en cours de sevrage (< 5 ans d'arrêt)
 3.Non-Fumeur **si non, passez à la question 11**
4. *Vous consommez du tabac : (plusieurs réponses possibles)*
 a. Pour vous détendre
 b. Pour augmenter vos performances
 c. De manière festive
 d. Pour vous soulager d'une tension
si oui, tension liée au travail (entre autres) : 1.Oui 2.Non
 e. Pour une autre raison
5. *Vous consommez :* a. tous les jours
 b. plus d'une fois par semaine
 c. une fois par semaine
 d. une fois tous les 15 jours
 e. une fois par mois
 f. moins d'une fois par mois
6. *Nombre de cigarettes par jour (en moyenne) lorsque vous consommez : _ _*
7. *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de tabac ?*
1.Oui 2.Non
8. *Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de tabac ?* 1.Oui 2.Non
9. *Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez trop ?* 1.Oui 2.Non
10. *Avez-vous déjà eu besoin de fumer dès le matin pour vous sentir en forme ?*
1.Oui 2.Non
11. *Cette consommation a-t-elle été un problème autrefois ?*
1.Oui 2.Non
12. *A-t-elle nécessité une prise en charge ?*
1.Oui 2.Non
13. *Si oui, où aviez-vous été pris en charge ?*
 1.Service d'Addictologie de Charles Perrens
 2.Autres (psychiatre ou addictologue libéral, médecin généraliste, etc...)
 3.J'ai arrêté seul en utilisant des patches
14. *Êtes-vous toujours pris en charge ?*
1.Oui 2.Non
15. *Si oui, où êtes-vous pris en charge actuellement ?*

- 1. Service d'Addictologie de Charles Perrens
- 2. Autres (psychiatre ou addictologue libéral, médecin généraliste, etc...)
- 3. Je suis en train d'arrêter seul en utilisant des patchs

16. *Le Service d'Addictologie de Charles Perrens propose des consultations pour tous les salariés qui souhaitent arrêter de fumer : en aviez-vous connaissance ?*

1. Oui 2. Non

17. *Si oui, saviez-vous que ces consultations sont faites en toute confidentialité auprès d'un Praticien Hospitalier addictologue et sont entièrement prises en charge (consultations et délivrance du traitement gratuitement, possibilité de venir sur le temps de travail) : en aviez-vous connaissance ?*

1. Oui 2. Non

18. *Souhaitez-vous modifier votre usage de tabac prochainement (d'ici 5 ans par exemple) ?*

1. Oui 2. Non

19. *Est-ce que le fait d'avoir déjà vu un collègue pris en charge pour le tabac vous a motivé, vous aussi, à envisager de modifier votre usage de tabac ?*

1. Oui 2. Non

ALCOOL

20. *Je ne souhaite pas répondre à cette partie du questionnaire*
Passez alors à la question 33

21. *Avez-vous déjà consommé de l'alcool au cours de votre vie ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 33**

22. *Considérez-vous que vous êtes actuellement un consommateur d'alcool ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 30**

23. *Vous consommez de l'alcool :* (plusieurs réponses possibles)

- a. Pour vous détendre
- b. Pour augmenter vos performances
- c. De manière festive
- d. Pour vous soulager d'une tension
si oui, tension liée au travail (entre autres) : 1.Oui 2.Non
- e. Pour une autre raison

24. *Vous consommez :* a. tous les jours

- b. plus d'une fois par semaine
- c. une fois par semaine
- d. une fois tous les 15 jours
- e. une fois par mois
- f. moins d'une fois par mois

25. *Nombre de verres d'alcool par jour (en moyenne) lorsque vous consommez : _*

—

26. *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?*

1.Oui 2.Non

27. *Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?* 1.Oui 2.Non

28. *Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?* 1.Oui 2.Non

29. *Avez-vous déjà eu besoin de boire dès le matin pour vous sentir en forme ?*

1.Oui 2.Non

30. *Cette consommation a-t-elle été un problème autrefois ?*

1.Oui 2.Non

31. *A-t-elle nécessité une prise en charge ?*

1.Oui 2.Non

32. *Si oui, êtes-vous toujours pris en charge ?*

1.Oui 2.Non

CANNABIS

33. *Je ne souhaite pas répondre à cette partie du questionnaire*
Passez alors à la question 46

34. *Avez-vous déjà consommé du cannabis au cours de votre vie ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 46**

35. *Considérez-vous que vous êtes actuellement un consommateur de cannabis ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 43**

36. *Vous consommez du cannabis :* (plusieurs réponses possibles)

- a. Pour vous détendre
- b. Pour augmenter vos performances
- c. De manière festive
- d. Pour vous soulager d'une tension
si oui, tension liée au travail (entre autres): 1.Oui 2.Non
- e. Pour une autre raison

37. *Vous consommez :* a. tous les jours

- b. plus d'une fois par semaine
- c. une fois par semaine
- d. une fois tous les 15 jours
- e. une fois par mois
- f. moins d'une fois par mois

38. *Nombre de joints/douilles par jour (en moyenne) lorsque vous consommez : ___*

39. *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cannabis ?*

1.Oui 2.Non

40. *Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de cannabis ?* 1.Oui 2.Non

41. *Avez-vous déjà eu l'impression que vous consommiez trop ?* 1.Oui 2.Non

42. *Avez-vous déjà eu besoin de consommer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?* 1.Oui 2.Non

43. *Cette consommation a-t-elle été un problème autrefois ?*

1.Oui 2.Non

44. *A-t-elle nécessité une prise en charge ?*

1.Oui 2.Non

45. *Si oui, êtes-vous toujours pris en charge ?*

1.Oui 2.Non

OPIACÉS (héroïne, codéine, morphine)

46. *Je ne souhaite pas répondre à cette partie du questionnaire*
Passez alors à la question 59

47. *Avez-vous déjà consommé des opiacés au cours de votre vie ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 59**

48. *Considérez-vous que vous êtes actuellement un consommateur d'opiacés ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 56**

49. *Vous consommez des opiacés :* (plusieurs réponses possibles)

a. Pour vous détendre

b. Pour augmenter vos performances

c. De manière festive

d. Pour vous soulager d'une tension

si oui, tension liée au travail (entre autres) : 1.Oui 2.Non

e. Pour une autre raison

50. *Vous consommez :* a. tous les jours

b. plus d'une fois par semaine

c. une fois par semaine

d. une fois tous les 15 jours

e. une fois par mois

f. moins d'une fois par mois

51. *Nombre de grammes d'opiacés par jour (en moyenne) lorsque vous consommez : _ _*

52. *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'opiacés ?*

1.Oui 2.Non

53. *Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'opiacés ?* 1.Oui 2.Non

54. *Avez-vous déjà eu l'impression que vous consommiez trop ?*

1.Oui 2.Non

55. *Avez-vous déjà eu besoin de consommer des opiacés dès le matin pour vous sentir en forme ?* 1.Oui 2.Non

56. *Cette consommation a-t-elle été un problème autrefois ?*

1.Oui 2.Non

57. *A-t-elle nécessité une prise en charge ?*

1.Oui 2.Non

58. *Si oui, êtes-vous toujours pris en charge ?*

1.Oui 2.Non

COCAINE

59. *Je ne souhaite pas répondre à cette partie du questionnaire*
Passez alors à la question 72

60. *Avez-vous déjà consommé de la cocaïne au cours de votre vie ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 72**

61. *Considérez-vous que vous êtes actuellement un consommateur de cocaïne ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 69**

62. *Vous consommez de la cocaïne :* (plusieurs réponses possibles)

a. Pour vous détendre

b. Pour augmenter vos performances

c. De manière festive

d. Pour vous soulager d'une tension

si oui, tension liée au travail (entre autres) : 1.Oui 2.Non

e. Pour une autre raison

63. *Vous consommez :* a. tous les jours

b. plus d'une fois par semaine

c. une fois par semaine

d. une fois tous les 15 jours

e. une fois par mois

f. moins d'une fois par mois

64. *Nombre de grammes de cocaïne (en moyenne) lorsque vous consommez : _ _*

65. *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cocaïne ?*

1.Oui 2.Non

66. *Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de cocaïne ?* 1.Oui 2.Non

67. *Avez-vous déjà eu l'impression que vous consommiez trop ?*

1.Oui 2.Non

68. *Avez-vous déjà eu besoin de consommer de la cocaïne dès le matin pour vous sentir en forme ?* 1.Oui 2.Non

69. *Cette consommation a-t-elle été un problème autrefois ?*

1.Oui 2.Non

70. *A-t-elle nécessité une prise en charge ?*

1.Oui 2.Non

71. *Si oui, êtes-vous toujours pris en charge ?*

1.Oui 2.Non

**STIMULANTS : Amphétamines, Ecstasy (ou MDMA),
Methylphenidate (Ritaline®, Concerta®)**

72. *Je ne souhaite pas répondre à cette partie du questionnaire*
Passez alors à la question 85

73. *Avez-vous déjà consommé des stimulants au cours de votre vie ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 85**

74. *Considérez-vous que vous êtes actuellement un consommateur de stimulants ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 82**

75. *Vous consommez des stimulants* : (plusieurs réponses possibles)

a. Pour vous détendre

b. Pour augmenter vos performances

c. De manière festive

d. Pour vous soulager d'une tension

si oui, tension liée au travail (entre autres) : 1.Oui 2.Non

e. Pour une autre raison

76. *Vous consommez* : a. tous les jours

b. plus d'une fois par semaine

c. une fois par semaine

d. une fois tous les 15 jours

e. une fois par mois

f. moins d'une fois par mois

77. *Nombre de comprimés par jour (en moyenne) lorsque vous consommez* : _ _

78. *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de stimulants ?*

1.Oui 2.Non

79. *Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de stimulants ?* 1.Oui 2.Non

80. *Avez-vous déjà eu l'impression que vous consommiez trop ?* 1.Oui 2.Non

81. *Avez-vous déjà eu besoin de consommer des stimulants dès le matin pour vous sentir en forme ?* 1.Oui 2.Non

82. *Cette consommation a-t-elle été un problème autrefois ?*

1.Oui 2.Non

83. *A-t-elle nécessité une prise en charge ?*

1.Oui 2.Non

84. *Si oui, êtes-vous toujours pris en charge ?*

1.Oui 2.Non

MEDICAMENTS PSYCHOTROPES : Benzodiazépine, hypnotique

85. *Je ne souhaite pas répondre à cette partie du questionnaire*
Passez alors à la dernière page

86. *Avez-vous déjà consommé des psychotropes au cours de votre vie ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la dernière page**

87. *Considérez-vous que vous êtes actuellement un consommateur de psychotropes ?*

1.Oui 2.Non **si non, passez à la question 95**

88. *Vous consommez des psychotropes* : (plusieurs réponses possibles)

a. Pour vous détendre

b. Pour augmenter vos performances

c. De manière festive

d. Pour vous soulager d'une tension

si oui, tension liée au travail (entre autres) : 1.Oui 2.Non

e. Pour une autre raison

89. *Vous consommez* : a. tous les jours

b. plus d'une fois par semaine

c. une fois par semaine

d. une fois tous les 15 jours

e. une fois par mois

f. moins d'une fois par mois

90. *Nombre de comprimés par jour (en moyenne) lorsque vous consommez* : _ _

91. *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de psychotropes ?*

1.Oui 2.Non

92. *Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de psychotropes ?* 1.Oui 2.Non

93. *Avez-vous déjà eu l'impression que vous consommiez trop ?* 1.Oui 2.Non

94. *Avez-vous déjà eu besoin de consommer des psychotropes dès le matin pour vous sentir en forme ?* 1.Oui 2.Non

95. *Cette consommation a-t-elle été un problème autrefois ?*

1.Oui 2.Non

96. *A-t-elle nécessité une prise en charge ?*

1.Oui 2.Non

97. *Si oui, êtes-vous toujours pris en charge ?*

1.Oui 2.Non

INFORMATIONS

98. *Age* : a. < 25 ans

b. 25-45 ans

c. > 45 ans

d. Je ne souhaite pas répondre

99. *Sexe* : 1.homme 2.femme

3.Je ne souhaite pas répondre

100. *Catégorie professionnelle (comme indiquée sur le bulletin de salaire) quel que soit votre statut (titulaire, CDD CDI, contrats spéciaux) :*

1. Catégorie A (dont médecins et internes)

2. Catégorie B

3. Catégorie C

4. Je ne souhaite pas répondre

101. *Vous travaillez :*

1. sur le site hospitalier rue de la Béchade

2. sur un site extra-muros (CMP...)

3. Je ne souhaite pas répondre

102. *Vous travaillez :*

1. de jour

2. de nuit

3. en alternance jour/nuit

4. Je ne souhaite pas répondre

103. *Aviez-vous déjà répondu à cette enquête en 2017 ?*

1. Non

2. Oui

3. Je ne sais pas/Je ne souhaite pas répondre

Merci beaucoup pour votre participation !

- Retour du questionnaire sous enveloppe anonyme, par courrier interne, au service de santé au travail :

CENTRE HOSPITALIER CHARLES PERRENS

Service de santé au Travail. Dr DELMAS SAINT-HILAIRE

121 rue de la Béchade. 33076 BORDEAUX-Cedex

- Ou bien déposer directement le questionnaire dans une urne située au self ou au niveau du service santé au travail.

Annexe 5 – Demande d'autorisation de diffusion du questionnaire par un mail adressé au Directeur du CHCP

Monsieur,

Interne en médecine du travail j'effectue une thèse portant sur la création de consultations d'aide au sevrage tabagique proposées aux salariés du CHCP. Cette thèse, portée par le Dr Dubernet De Boscq, addictologue, et en lien avec le Dr Delmas Saint Hilaire, médecin du travail, a été présentée récemment aux membres de la Commission Addiction de l'établissement.

Dans le cadre de ce travail, je souhaiterais diffuser un questionnaire à l'ensemble des salariés du CHCP afin de récupérer des données épidémiologiques concernant les usages addictifs. Il s'agirait d'un questionnaire de 10 pages explorant les usages avec substances (tabac, mais aussi alcool, cocaïne, cannabis etc..). Les questions ont été choisies avec soin afin de garantir l'anonymat et d'éviter toute stigmatisation d'un individu ou d'une profession. Le but de cette enquête est de déterminer la prévalence des fumeurs au sein de l'établissement, la prévalence de l'usage d'autres addictions, ainsi que la connaissance par les salariés de la possibilité de consulter pour ces problématiques.

Je vous remercie de la considération que vous porterez à mon projet de thèse.

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire et dans l'attente de votre réponse, je vous prie de recevoir mes respectueuses salutations.

Marie Thérèse CECCATO, interne en médecine du travail

Annexe 6 – Mail d’information aux salariés

Enquête addiction au Centre Hospitalier Charles Perrens

En 2017, le Service de Santé au Travail, en association avec le service d'addictologie, vous a proposé de participer anonymement à une enquête portant sur l'usage de substances addictives (tabac, alcool et autres substances psychoactives) dans le cadre d'un travail de thèse de médecine.

Voici les premiers résultats obtenus (l'intégralité des résultats est disponible sur l'intranet) suite à un taux de réponse de 17,5% :

- La prévalence de l'addiction au tabac (pourcentage de fumeurs) parmi les agents du CHCP est de l'ordre de **30%**.
- Dans **65%** des cas, cette addiction n'est pas prise en charge,
- alors que plus des trois quarts des agents fumeurs expriment le souhait de modifier leur consommation.
- Le nombre d'agents fumeurs qui viennent consulter au service d'addictologie est en augmentation, passant en moyenne de 6 agents par an avant l'étude à **44 agents** par an en 2017, et **70%** d'entre eux ont choisi d'adhérer à des soins prolongés (plus de 5 consultations).
- Il apparait surtout que grâce à ces consultations de proximité proposées aux agents, la **prévalence d'entrée en soin est très importante (27%**, alors qu'en population générale elle n'est que de 4%).
- Concernant les autres usages problématiques on retrouve **18 %** des agents qui auraient un usage d'alcool problématique, ils sont **moins de 4%** à avoir un usage problématique pour les autres substances (cannabis, opiacés, benzodiazépines...)

Devant ces résultats encourageants, nous souhaitons poursuivre cette enquête, en partenariat avec le Service d'Addictologie de l'établissement, afin d'obtenir un nombre supérieur de réponses qui permettrait de valider les résultats entrevus. Nous vous rappelons que le but est de mieux connaître les problématiques que peuvent rencontrer les agents en matière d'addiction afin de proposer une prise en charge gratuite plus adaptée.

Que vous soyez fumeur ou non, consommateur de substances ou non, nous comptons sur votre participation afin de faire évoluer nos propositions de soins.

Nous vous demandons donc de répondre anonymement, si vous ne l'avez pas déjà fait en 2017, à ce questionnaire dont les réponses seront hébergées sur un site extérieur au CHCP (plateforme de l'Université de Bordeaux).

Enquête en ligne : <https://enquetessphinx.u-bordeaux.fr/v4/s/z5erng>

Pour en savoir plus :

- Objectif de l'enquête :

Dans le cadre de l'adhésion du CHCP au Réseau Hôpital sans Tabac, le Service d'Addictologie propose depuis 2012 une consultation réservée aux agents qui souhaitent arrêter de fumer. Suite à un premier bilan positif, il s'est avéré qu'un regard plus complet et plus précis était désormais indispensable pour faire évoluer la prise en charge. C'est ainsi que nous nous intéressons aujourd'hui au tabac mais aussi à l'ensemble des autres addictions.

- Comment participer à l'enquête ?

Il existe différents moyens pour remplir le questionnaire :

- **en ligne** <https://enquetessphinx.u-bordeaux.fr/v4/s/z5erng>. Ce lien extérieur à l'établissement et hébergé sur la plateforme numérique de l'Université permet de préserver votre anonymat.

- ou bien vous pouvez **remplir le questionnaire sous format papier : des questionnaires vous seront distribués par vos cadres de santé**. Une fois rempli, il est à renvoyer anonymement à la médecine du travail par courrier interne.

- Pour les agents qui sont sur le site intra-muros de l'hôpital Charles Perrens : **des questionnaires seront disponibles au niveau du self, de la médecine du travail et du bâtiment administratif**. Vous pourrez le déposer simplement dans les urnes situées à côté.

- Vous pouvez également **imprimer le questionnaire en PJ et le renvoyer de façon anonyme à la médecine du travail** (ou le déposer dans les urnes).

NB : afin de ne pas compromettre votre identité, veillez à ne pas renvoyer directement le questionnaire à partir de votre adresse mail personnelle.

Nous vous remercions de votre participation !

Le Service Santé au Travail

Annexe 7 – Affiche de communication

ENQUÊTE ADDICTION POUR LES PROFESSIONNELS DU CENTRE HOSPITALIER CHARLES PERRENS



**Que vous soyez fumeur ou non,
consommateur de substances ou non,
nous comptons sur votre participation
afin de faire évoluer nos propositions de soins.**

Nous vous demandons donc de répondre **anonymement,
si vous ne l'avez pas déjà fait en 2017, à ce questionnaire.**

Le Service Santé au Travail

Annexe 8 – Article scientifique

Introduction

En 2020, la lutte contre le tabagisme représente un enjeu de Santé Publique majeur de par les répercussions que cet usage engendre sur l'état de santé des populations. Cette pratique représente la première cause de maladie et de décès évitables dans le monde, tuant environ 8 millions de personnes par an (1). Les effets sur la santé sont dominés par le risque de cancer, et en particulier de cancer du poumon, lié à l'exposition à plus de 4000 substances dont au moins 50 classées cancérigènes par le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC). La consommation de tabac, mais aussi le tabagisme passif, sont ainsi classés comme cancérigènes certains (groupe 1) pour l'homme par le CIRC (2).

Au-delà de ces effets sur la santé, la consommation de tabac sur le lieu de travail présente d'autres risques tels que le risque incendie (3) et engendre des coûts substantiels pour les entreprises (4). De plus, le tabac s'avère être une substance psychoactive (SPA) particulièrement addictive (5) qui est susceptible d'agir sur les décisions, les émotions et le comportement de l'usager de tabac (6). Ainsi, la pathologie addictive peut être génératrice de tensions dans un collectif de travail, en particulier liées à de possibles troubles du comportement pouvant apparaître en cas d'apparition d'un craving, d'une irritabilité liée au sevrage...

Sur le plan législatif, l'employeur doit s'adapter à un certain nombre de mesures contraignantes. Depuis le 1^{er} février 2007, il est tenu de faire respecter l'interdiction de fumer au sein des lieux à usage collectif, ceci incluant les établissements de santé (7), les professionnels de santé étant eux tenus à un devoir d'exemplarité. Concernant les salariés, l'employeur est tenu à une obligation de sécurité et doit réaliser une évaluation des risques professionnels qui doit inclure l'exposition au tabac (8). En cela, il peut être accompagné par son Service de Santé au travail (SST) qui, concernant plus particulièrement les établissements de santé, « participera activement aux actions de prévention, d'information et de sensibilisation aux méfaits du tabagisme dans l'établissement de santé [...] et désignera une personne référente « tabac » qui travaillera en étroite coordination avec l'équipe de liaison de tabacologie. (9) ».

En 2003, la dernière étude évaluant l'usage de tabac chez les salariés hospitaliers établissait la prévalence de fumeurs à 24%, dont 77% d'usagers quotidiens (10). En comparaison, la prévalence de fumeurs dans la population générale en 2019 s'élève à 30% (11).

Dans ce contexte, et à l'initiative du Médecin du travail, le Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP), spécialisé dans la prise en charge de patients atteints d'affections psychiatriques, a décidé de mettre en place des consultations d'aide au sevrage tabagique à destination de ses salariés. Ce dispositif a pu être mis en place grâce à la création d'une Commission Tabac, devenue depuis Commission Addiction en 2016 afin de s'adapter aux dernières évolutions de l'Addictologie clinique, à savoir une vision uniciste de la pathologie addictive quelle que soit la substance (ou le comportement). Ce comité faisait intervenir différents acteurs de l'hôpital (Directeur adjoint, secrétaire

du CHSCT, responsable du service Qualité et Gestion des Risques, Médecin et Infirmière en Santé au travail et Médecin addictologue). Il a permis de proposer une prise en charge globale (somatique, psychiatrique et addictologique) par un Médecin addictologue Praticien Hospitalier détaché un jour par semaine sur cette mission. Cette prise en charge était totalement gratuite, que ce soit pour les consultations de suivi et la prise en charge pharmacologique (délivrance des traitements par la Pharmacie Hospitalière pour une durée de 6 mois, étendue à 9 mois à partir de 2016) et anonyme. Les consultations pouvaient être réalisées sur le temps de travail en fonction des nécessités du service de soin.

La littérature scientifique ne rapportant que peu d'expériences sur des dispositifs d'accompagnement au sevrage tabagique organisés par les entreprises à destination de leurs salariés, l'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux ainsi qu'une analyse des facteurs socio-professionnels qui pourraient être associés à l'usage du tabac et d'autres substances psychoactives chez les salariés du CHCP.

Matériel et méthode

Type de l'étude et population étudiée

Nous avons mené une étude descriptive transversale, répartie sur deux périodes, allant du 17 juillet 2017 au 5 septembre 2017 puis du 11 mars 2019 au 12 juillet 2019, auprès de tous les salariés du CHCP, tout type de contrat de travail confondu (contractuel ou titulaire de la Fonction Publique Hospitalière, CDI, CDD, contrats aidés, Internes en médecine ou en Pharmacie). Nous avons exclu tous les questionnaires recueillis en 2019 indiquant qu'une réponse avait déjà été apportée en 2017.

Variables recherchées

Une enquête préalable réalisée auprès du Service de Santé au travail de l'établissement a permis de définir les variables d'intérêt suivantes :

- Prévalence de l'usage du tabac chez les salariés de l'hôpital.
- Modalités d'usage du tabac (quantité, fréquence, motivation à fumer)
- Signes d'un possible usage pathologique en déclinant le questionnaire DETACAGE utilisé pour l'alcool.
- Antécédents de prise en charge de l'addiction au tabac.
- Connaissance préalable de l'existence de consultations gratuites d'aide au sevrage tabagique à disposition des salariés au sein du CHCP.
- Désir de modifier son usage de tabac très prochainement.
- Influence que peut avoir un collègue addict au tabac déjà traité sur l'envie d'arrêter soi-même.
- Estimation de la consommation d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis, opiacés, stimulants, cocaïne, médicaments psychotropes).

Nous avons également recueilli les données socioprofessionnelles suivantes :

- Age
- Sexe
- Lieu d'exercice (les salariés sont répartis entre un site principal à Bordeaux et de multiples structures réparties sur tout le territoire de la Gironde).
- Catégorie professionnelle (en fonction du barème de la fonction publique : catégorie A, B et C)
- Rythme de travail (de jour, de nuit ou en alternance jour/nuit)

Choix et construction du questionnaire

Nous avons utilisé comme référence l'auto-questionnaire de l'Étude Santé Travail en Aquitaine réalisée en 2009 (12), que nous avons modifié pour l'adapter à notre étude, et en particulier pour compléter l'exploration de l'item tabac. Lors de la réédition de l'enquête en 2019, une question a été rajoutée afin de renseigner si le répondant avait déjà répondu en 2017. Le questionnaire a été diffusé sur un double support, papier et informatique. La construction informatique du questionnaire a été réalisée à l'aide du logiciel d'enquête en ligne *SphinxOnline*© (13).

Recueil des questionnaires

Concernant les réponses informatiques, le logiciel générait automatiquement une base de données sous la forme d'un tableur EXCEL©. En parallèle, une base de données identique a été créée pour la saisie manuelle des questionnaires papiers, avant la fusion des 2 bases à la clôture de l'enquête. Les 2 bases de données générées en 2017 et en 2019 ont également été fusionnées avant analyse statistique.

Analyses statistiques

Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel JMP©. Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de nombre (n), de fréquence (%), de moyenne et d'écart-type (ET). Les variables qualitatives ont été décrites en termes de nombre et de fréquence. Nous avons appliqué le chi-square test pour comparer les variables catégorielles entre les groupes d'intérêt. Afin de réaliser les analyses multivariées par régression logistique de variables nominales, nous avons choisi de répartir les salariés « En cours de sevrage < 5 ans » dans les groupes « fumeurs » et « non-fumeurs » en fonction de leur usage actuel (persistance d'un usage ou non). Nous avons également choisi de traiter les refus de réponse comme des données manquantes. Le niveau de signification pour tous les tests statistiques a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats

En 2017, le Service de Santé au Travail a réalisé une extraction de son logiciel STETHO®, ce qui a permis d'établir le nombre de salariés du CHCP à 1803 salariés. Le diagramme de flux (figure 1) expose la chronologie de récupération des questionnaires au cours des deux phases de diffusion des questionnaires. Au total, nous avons pu récupérer 419 réponses exploitables, soit un taux de réponse global de 23,2%.

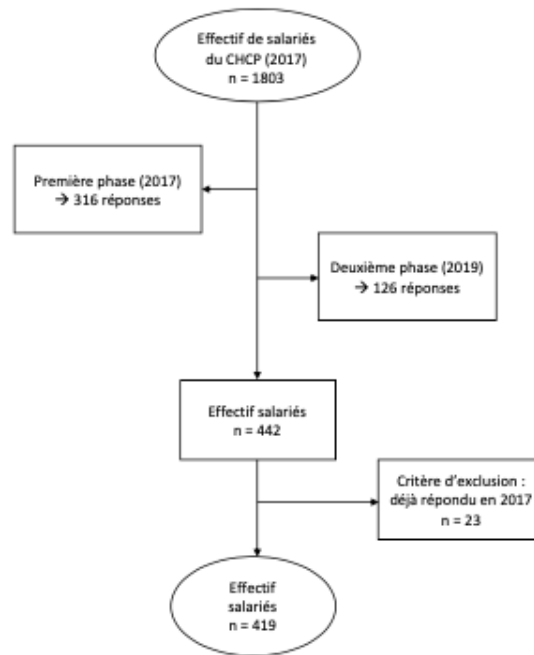


Figure 1 - Diagramme de flux de la récupération des questionnaires après les deux phases de diffusion.

Notre population d'étude était donc composée de 419 salariés, dont 66 (15,7%) n'avaient pas souhaité répondre à au moins un des cinq items concernant la catégorisation socio-professionnelle, soit par refus explicite, soit par absence de réponse. Les refus explicites concernaient en majorité le lieu d'exercice (32 salariés, soit 7,8% des répondants) et la catégorie professionnelle (27 salariés, soit 6,5% des répondants).

Les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon sont présentées dans le tableau 1. Notre échantillon était composé en majorité de femmes (300 salariées, soit 73% des répondants) dont l'âge était compris pour plus des deux tiers entre 25 et 45 ans (n = 206 soit 65,9% des répondants). Concernant la catégorie professionnelle, la catégorie A était la plus représentée, constituant plus de la moitié de l'effectif (n = 219 soit 53% des répondants). Quant aux modalités d'exercice, les salariés ayant répondu à notre enquête travaillaient en majorité de jour (n = 292 soit 70,9% des répondants) sur le site hospitalier principal (n = 298 soit 72,3% des répondants).

Donnée socio-professionnelle	Effectif salarié (%)*
Age (n = 413)	
< 25 ans	27 (6,5 %)
25 – 45 ans	272 (65,9%)
> 45 ans	111 (26,9%)
Refus de répondre	3 (0,7%)
Sexe (n = 411)	
Femme	300 (73 %)
Homme	106 (25,8 %)
Refus de répondre	5 (1,2 %)
Catégorie professionnelle (n= 413)	
Catégorie A	219 (53%)
Catégorie B	119 (28,8%)
Catégorie C	48 (11,6%)
Refus de répondre	27 (6,5 %)
Lieu de travail (n = 412)	
Site hospitalier	298 (72,3%)
Site extra-hospitalier	82 (19,9%)
Refus de répondre	32 (7,8%)
Horaire de travail (n = 412)	
Travail de jour	292 (70,9%)
Travail de nuit	6 (1,5%)
En alternance jour/nuit	95 (23,1%)
Refus de répondre	19 (4,6%)

Tableau 1 - Caractéristiques socio-démographiques de la population.

Concernant l'usage de tabac, nous avons retrouvé dans notre population une prévalence d'usage du tabac de 42,1% (n= 174) et 29% (n= 120) des salariés présentaient un usage quotidien. Parmi ces fumeurs, la prévalence de salariés présentant un possible usage pathologique s'élevait à 83,9% (n= 146). Les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 12,1 cigarettes/j (ET = 7,7). Pour 89 salariés fumeurs, on retrouvait parmi les motivations à l'usage la recherche de soulagement d'une tension qui, pour 75,3% (n= 67) d'entre eux était en lien avec le travail.

Nous avons étudié les facteurs socio-professionnels qui pouvaient être associés à un usage (tableau 2) et à un possible usage pathologique (tableau 3) de tabac, il est apparu que les moins de 25 ans (OR = 0,31 [0,10-0,99], p = 0,0480) et les plus de 45 ans (OR = 0,58 [0,34-0,997], p = 0,0490) présentaient statistiquement moins de risque de présenter un trouble de l'usage du tabac. Cette constatation se vérifiait en ce qui concernait l'usage pathologique en analyse univariée pour les plus de 45 ans (OR = 0,60 [0,37-0,97], p= 0,0377), mais pas toutes choses égales par ailleurs (OR = 0,65 [0,37-1,12], p= 0,1237). Le rythme de travail de nuit ou en alternance jour/nuit (OR =

2,03 [1,18-3,50], $p = 0,0109$) et l'exercice sur un site extra-muros (OR = 1,83 [1,06-3,15], $p = 0,0300$) étaient également statistiquement associés à un excès de risque d'usage du tabac. Cependant, le seul facteur socio-professionnel retrouvé comme étant associé significativement à un usage pathologique était le lieu de travail en périphérie (OR = 1,83 [1,06-3,15], $p = 0,0300$).

Variable	Fumeur (%) [*]	n	Non-fumeur (%)	n	Analyse univariée		Analyse multivariée	
					OR [IC 95%]	<i>p</i>	OR ajusté [IC 95%]	<i>p</i>
Age								
< 25 ans	9 (2,2%)		18 (4,5%)		0,54 [0,23-1,25]	0,1519	0,31 [0,10-0,99]	0,0480
25 - 45 ans	128 (31,7%)		139 (34,4%)		- 1 -	-	- 1 -	-
> 45 ans	34 (8,4%)		76 (18,8%)		0,48 [0,30-0,78]	0,0026	0,58 [0,34-0,997]	0,0490
Sexe								
Homme	49 (12,2%)		56 (14%)		- 1 -	-	- 1 -	-
Femme	118 (29,5%)		177 (44,2%)		0,76 [0,49-1,19]	0,2348	0,77 [0,46-1,28]	0,3094
Catégorie professionnelle								
Catégorie A	84 (22,1%)		132 (34,7%)		- 1 -	-	- 1 -	-
Catégorie B	54 (14,2%)		63 (16,6%)		1,35 [0,85-2,12]	0,1994	1,41 [0,86-2,31]	0,1764
Catégorie C	15 (3,9%)		32 (8,4%)		0,74 [0,38-1,44]	0,3723	1,04 [0,49-2,21]	0,9600
Lieu de travail								
Intra-hospitalier	111 (29,7%)		181 (48,4%)		- 1 -	-	- 1 -	-
Extra-hospitalier	41 (11%)		41 (11%)		1,63 [0,99-2,67]	0,0520	2,16 [1,26-3,72]	0,0052
Horaire de travail								
De jour	107 (27,6%)		181 (46,8%)		- 1 -	-	- 1 -	-
De jour + nuit	52 (13,4%)		47 (12,1%)		1,87 [1,18-2,97]	0,0077	2,03 [1,18-3,50]	0,0109

* Tous les pourcentages sont calculés par rapport à l'effectif total de répondants pour chaque variable interrogée.

Tableau 2 - Analyse du risque d'usage du tabac, chez les salariés du CHCP, non ajusté et ajusté sur des critères socio-professionnels

Variable	Usage	Usage	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	pathologique n (%)*	non pathologique n (%)	OR [IC 95%]	p	OR ajusté [IC 95%]	p
Age						
< 25 ans	9 (2,2%)	18 (4,4%)	0,76 [0,33-1,76]	0,5287	0,43 [0,14-1,38]	0,1584
25 - 45 ans	106 (26,2%)	162 (40%)	- 1 -	-	- 1 -	-
> 45 ans	31 (7,6%)	79 (19,5%)	0,60 [0,37-0,97]	0,0377	0,65 [0,37-1,12]	0,1237
Sexe						
Homme	40 (10%)	65 (16,2%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Femme	101 (25,2%)	195 (48,6%)	0,84 [0,53-1,33]	0,4640	0,84 [0,50-1,41]	0,5230
Catégorie professionnelle						
Catégorie A	69 (18,1%)	148 (38,8%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Catégorie B	47 (12,3%)	70 (18,4%)	1,44 [0,90-2,30]	0,1259	1,44 [0,87-2,38]	0,1501
Catégorie C	15 (3,9%)	32 (8,4%)	1,005 [0,51-1,98]	0,9875	1,33 [0,63-2,81]	0,4468
Lieu de travail						
Intra-hospitalier	97 (25,9%)	196 (52,3%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Extra-hospitalier	34 (9,1%)	48 (12,8%)	1,43 [0,87-2,36]	0,1617	1,83 [1,06-3,15]	0,0300
Horaire de travail						
De jour	93 (24%)	195 (50,3%)	- 1 -	-	- 1 -	-
De jour + nuit	43 (11,1%)	57 (14,7%)	1,58 [0,99-2,52]	0,0541	1,55 [0,90-2,68]	0,1150

* Tous les pourcentages sont calculés par rapport à l'effectif total de répondants pour chaque variable interrogée.

Tableau 3 - Analyse du risque d'usage pathologique du tabac, chez les salariés du CHCP, non ajusté et ajusté sur des critères socio-professionnels.

Toujours concernant l'usage du tabac, nous nous sommes intéressés au désir de prise en charge des salariés du CHCP. Sur les 174 salariés fumeurs, 77,9% (n=134) ont exprimé le souhait de modifier leur usage dans les cinq prochaines années. Une dynamique de groupe semblait exister dans la mesure où 32% (n= 90) des fumeurs ont déclaré s'être senti motivés par la prise en charge d'un collègue. La plupart des salariés (89,2%, n= 282) étaient informés de l'existence de consultations d'aide au sevrage tabacologique gratuites proposées au sein du CHCP. En revanche, 19,9% (n= 60) n'étaient pas informés sur le caractère confidentiel et gratuit de ces consultations.

En ce qui concerne les autres substances psycho-actives, l'alcool représentait la substance la plus consommée avec une prévalence d'usagers actuels de 60% (n= 246). Un possible usage pathologique d'alcool concernait 15,8% (n= 39) des salariés. La motivation principale à la consommation d'alcool était de loin le caractère festif avec 232 répondants, soit 94,3% des consommateurs, mais la recherche de soulagement d'une tension était citée par 12,6% des salariés (n= 31) dont 16 (51,6%) estimaient

que cette tension était liée au travail. L'étude des facteurs socio-professionnels qui pouvaient être associés à un usage pathologique d'alcool (tableau 4) n'a montré aucun facteur professionnel qui pouvait être associé significativement à un usage pathologique d'alcool. Le sexe féminin était en revanche associé à un moindre risque de présenter un usage pathologique de l'alcool (OR = 0,29 [0,14-0,60], p= 0,0010).

Variable	Usage pathologique n (%)*	Usage non pathologique n (%)	Analyse univariée		Analyse multivariée	
			OR [IC 95%]	p	OR ajusté [IC 95%]	p
Age						
< 25 ans	2 (0,5%)	25 (6,2%)	0,61 [0,14-2,70]	0,5137	0,63 [0,08-5,08]	0,6622
25 - 45 ans	31 (7,7%)	236 (58,6%)	- 1 -	-	- 1 -	-
> 45 ans	7 (1,7%)	102 (25,3%)	0,52 [0,22-1,22]	0,1355	0,58 [0,23-1,43]	0,2335
Sexe						
Homme	19 (4,8%)	85 (21,3%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Femme	20 (5%)	275 (68,9%)	0,32 [0,16-0,64]	0,0011	0,29 [0,14-0,60]	0,0010
Catégorie professionnelle						
Catégorie A	23 (6%)	192 (50,5%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Catégorie B	14 (3,7%)	105 (27,6%)	1,11 [0,55-2,25]	0,7661	1,02 [0,47-2,20]	0,9516
Catégorie C	3 (0,8%)	43 (11,3%)	0,58 [0,18-2,03]	0,3958	0,51 [0,11-2,37]	0,3945
Lieu de travail						
Intra-hospitalier	27 (7,2%)	266 (71,1%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Extra-hospitalier	10 (2,7%)	71 (19%)	1,39 [0,64-3,00]	0,4052	1,54 [0,67-3,57]	0,3115
Horaire de travail						
De jour	29 (7,5%)	257 (66,4%)	- 1 -	-	- 1 -	-
De jour + nuit	8 (2,1%)	93 (24%)	0,76 [0,34-1,73]	0,5155	0,69 [0,28-1,69]	0,4170

* Tous les pourcentages sont calculés par rapport à l'effectif total de répondants pour chaque variable interrogée.

Tableau 4 - Analyse du risque d'usage pathologique de l'alcool, chez les salariés du CHCP, non ajusté et ajusté sur des critères socio-professionnels.

Pour les psychotropes, 38 salariés (6,9%) étaient des usagers actuels parmi lesquels 4 salariés (14,3%) présentaient un possible usage pathologique. Il semblait exister une plus forte proportion de trouble de l'usage chez les 25-45 ans et sur le site hospitalier principal dans la mesure où les 4 salariés présentant un possible usage pathologique appartenaient à ces groupes. Vingt-deux salariés déclaraient que leur consommation était en lien avec une recherche de soulagement d'une tension, parmi lesquels 86,4% (n=19) disaient que cette tension était liée au travail.

Concernant les substances illicites, la proportion d'usagers de ces substances était faible pour les opiacés, les stimulants et la cocaïne. La motivation principale retrouvée était un usage récréatif. En revanche, plus de la moitié (56,7%, n= 232) des salariés du CHCP avaient déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, mais seul 8,3% (n= 34) étaient toujours consommateurs. Dans ces usagers actuels, 38,2% (n= 13) présentaient un possible usage pathologique, Pour les motivations à l'usage, le recherche de soulagement d'une tension était évoquée par 11 salariés, dont 72,7% (n= 8) mettaient en avant un lien avec le travail.

Aucun facteur professionnel n'a permis de mettre en évidence une association statistiquement significative avec un usage possiblement pathologique de cannabis (tableau 5). En revanche, le fait d'être une femme était associé à un moindre risque de présenter un usage pathologique de cannabis (OR= 0,26 [0,07-0,94], p = 0,0394) que le fait d'être un homme.

Variable	Usage pathologique n (%)*	Usage non pathologique n (%)	Analyse univariée		Analyse multivariée	
			OR [IC 95%]	p	OR ajusté [IC 95%]	p
Age						
< 25 ans	2 (0,5%)	25 (6,2%)	2,28 [0,47-11,2]	0,3074	1,94 [0,20-18,40]	0,5642
25 - 45 ans	9 (2,2%)	257 (63,8%)	- 1 -	-	- 1 -	-
> 45 ans	2 (0,5%)	108 (26,8%)	0,53 [0,11-2,49]	0,4200	0,58 [0,11-3,05]	0,5215
Sexe						
Homme	6 (1,5%)	97 (24,3%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Femme	6 (1,5%)	290 (72,7%)	0,33 [0,10-1,06]	0,0630	0,26 [0,07-0,94]	0,0394
Catégorie professionnelle						
Catégorie A	9 (2,4%)	206 (54,2%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Catégorie B	1 (0,3%)	118 (31%)	0,19 [0,02-1,55]	0,1220	0,21 [0,02-1,72]	0,1464
Catégorie C	3 (0,8%)	43 (11,3%)	1,60 [0,41-6,14]	0,4959	1,44 [0,27-7,58]	0,6686
Lieu de travail						
Intra-hospitalier	10 (2,7%)	281 (75,3%)	- 1 -	-	- 1 -	-
Extra-hospitalier	2 (0,5%)	80 (21,4%)	0,70 [0,15-3,27]	0,6528	0,89 [0,17-4,74]	0,8954
Horaire de travail						
De jour	8 (2,1%)	277 (71,8%)	- 1 -	-	- 1 -	-
De jour + nuit	4 (1%)	97 (25,1%)	1,43 [0,42-4,85]	0,5679	1,33 [0,34-5,15]	0,6757

* Tous les pourcentages sont calculés par rapport à l'effectif total de répondants pour chaque variable interrogée.

Tableau 5 - Analyse du risque d'usage pathologique du cannabis, chez les salariés du CHCP, non ajusté et ajusté sur des critères socio-professionnels.

Discussion

Notre étude, menée en deux phases, nous a permis d'obtenir un taux de réponse global à notre questionnaire de 23,2% (n = 419). Cela nous a permis de décrire les usages de notre échantillon de salariés hospitalier et de rechercher d'éventuels facteurs socio-professionnels pouvant influencer sur ces usages. Nous avons choisi de ne pas nous intéresser à un seul type de substance, mais à la pathologie addictive dans sa globalité, ce qui représente l'intérêt principal de notre étude et la distingue en cela des enquêtes nationales habituelles de Santé Publique.

Ce parti pris nous permet d'apporter une vision plus fine afin d'améliorer la détection de la pathologie addictive et le choix de la thérapeutique à fournir. D'après notre étude, une grande proportion (83,9%, n= 146) des 174 salariés usagers de tabacs présentent un usage pathologique du tabac. Pour ces salariés addicts, il apparaît que toutes les campagnes d'information et les mesures coercitives ne s'avèrent pas suffisantes, et qu'une entrée en soin semble indispensable.

Les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon étaient proches de celles du Baromètre Tabac Personnel Hospitalier réalisé en 2003 (10). L'effectif des salariés était composé en majorité de femmes (73% contre 80% lors du Baromètre Tabac Personnel Hospitalier), ce qui est représentatif de la population hospitalière. Cette forte féminisation entraîne une spécificité particulière du tabagisme hospitalier. Dans notre étude, la catégorie d'âge la plus représentée était les 25-45 ans (65,9%), l'âge moyen étant compris entre 39,5 ans et 42 ans selon le sexe dans l'étude de 2003. Les caractéristiques professionnelles différaient en revanche quelque peu, la catégorie A étant plus représentée dans notre étude (53% contre 38,1%) et le travail de nuit régulier ou occasionnel étant quant à lui sous-représenté avec 24,6% (n = 101) des salariés contre 37% dans l'étude Baromètre Tabac Personnel Hospitalier.

Nous avons retrouvé une forte prévalence de fumeurs dans notre population de l'ordre de 42,1% (n= 174), bien supérieure à la prévalence de 24% retrouvée dans le Baromètre Tabac Personnel Hospitalier. Il est probable que la prévalence dans notre étude ait été un peu surestimée, d'autant que nous disposons de données émanant du service de santé au travail recueillies sur une période de 2 ans avec un effectif plus conséquent et qui estimait la prévalence de fumeurs à 26,8%. En comparaison, la prévalence dans la population générale en 2019 (11) était plus élevée avec 30,4% de fumeurs dont 24% fumant quotidiennement contre 29% (n= 120) dans notre étude. En revanche, la prévalence observée en 2009 lors de l'enquête réalisée auprès des salariés en Aquitaine était plus proche de nos résultats avec 46,7% (12). Nous avons également retrouvé une forte prévalence d'usagers possiblement pathologique du tabac à hauteur de 83,9% (n= 146) des fumeurs actuels.

Afin d'expliquer ces prévalences élevées, nous avons interrogé les motivations à l'usage. Le soulagement d'une tension, a fortiori d'une tension liée au travail est revenu chez de nombreux salariés (75,3% de ceux souhaitant soulager une tension, n= 67). Cette notion est d'autant plus importante lorsque l'on sait que ces facteurs de stress ou d'affect négatif influencent grandement la survenue du craving et la rechute dans

la pathologie addictive (32). Dans ce contexte, une analyse des facteurs socio-professionnels pouvant influencer la survenue d'un trouble de l'usage nous a semblé indispensable. Nous avons ainsi pu retrouver un facteur protecteur des âges extrêmes (moins de 25 ans et plus de 45 ans) sur la consommation de tabac, et un excès de risque pour les salariés exerçant au sein de sites périphériques ou avec des horaires atypiques. Ce sur-risque pourrait s'expliquer par une accessibilité moindre à une prise en charge pour les salariés appartenant à ces catégories. On pourrait également évoquer un stress plus important au travail, notamment pour les travailleurs de nuit ou en alternance jour/nuit. Il semble important de noter cependant que nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative selon les catégories professionnelles, alors que l'on pourrait penser que les salariés des catégories A et B pourraient être soumis à plus de responsabilités et donc de stress, et que les salariés de catégorie C pourraient être exposés à plus de précarité, ces deux facteurs représentant des facteurs de risque de trouble de l'usage.

Concernant les autres substances psycho-actives, la substance la plus consommée était l'alcool avec une prévalence d'usagers actuels de 60% (n= 246), dont 15,8% (n = 39) ayant un possible usage pathologique. Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans l'étude auprès des travailleurs en Aquitaine (17,2%). Nous n'avons pas mis en évidence de facteur professionnel associé significativement à un usage pathologique d'alcool. En revanche, le sexe féminin était associé à un moindre risque de présenter un usage pathologique de l'alcool.

L'expérimentation du cannabis au cours de la vie concernait plus de la moitié (56,7%, n=232) des salariés du CHCP, mais seul 8,3% (n= 34) étaient toujours consommateurs. Dans ces usagers actuels, 38,2% (n= 13) présentaient un possible usage pathologique, ce qui est supérieur au reste des travailleurs en Aquitaine dont 31,8% des consommateurs actuels présentaient un possible trouble de l'usage. Dans la population générale, l'usage actuel est rapporté à 11% (15). Nous n'avons retrouvé aucun facteur professionnel associé significativement avec un usage possiblement pathologique de cannabis. En revanche, le fait d'être une femme était associé à un moindre risque de présenter un usage pathologique de cannabis.

Les médicaments psychotropes étaient également largement consommés avec 114 salariés qui disaient avoir déjà consommé et 6,9% (n= 38) qui étaient des usagers actuels. Parmi eux, 14,3% (n= 4) présentaient un possible usage pathologique. Il semblait exister une plus forte proportion de trouble de l'usage chez les 25-45 ans, dans la catégorie C et sur le site hospitalier principal. Dans la population générale, l'usage actuel de médicaments psychotropes augmente depuis 2005 avec désormais une prévalence de 18%, et touche particulièrement les femmes (15). Concernant les motivations à l'usage de médicaments psychotropes, 86,4% (n=19) des usagers consommant pour soulager une tension déclaraient que cette tension était liée au travail.

La proportion d'usagers des autres substances était très faible la motivation principale retrouvée était un usage récréatif.

Nos résultats, et en particulier la mise en évidence d'une prévalence importante de la pathologie addictive au sein d'un collectif de travail, mais aussi la mise en lumière de facteurs socio-professionnels pouvant influencer sur ces consommations nous font penser que ces éléments peuvent constituer des éléments cliniques applicables dans la pratique quotidienne du Médecin du travail. En effet, par une vigilance accrue sur ces éléments d'intérêt, il pourra permettre un dépistage d'un éventuel trouble de l'usage plus précoce et faciliter ainsi une prise en charge rapide. A terme, une prise en charge rapide de la pathologie addictive pourrait jouer un rôle facilitateur du maintien dans l'emploi qui est un enjeu majeur de la santé au travail.

Notre travail comporte cependant un certain nombre de limites. Tout d'abord, il peut exister un biais de sélection du fait de l'absence de randomisation. En effet, on peut aisément envisager que les usagers de tabac et d'autres substances aient été plus enclins à répondre à ce questionnaire. La distribution de notre population étant cependant proche de la distribution de l'échantillon étudié par le service de santé au travail, mais aussi de l'enquête Baromètre Tabac Personnel Hospitalier, nous avons émis l'hypothèse qu'il n'y avait pas de différence significative entre notre échantillon et la population de salariés de l'hôpital.

Nous avons réalisé une enquête déclarative portant sur des sujets sensibles, il a donc pu apparaître un biais de désirabilité sociale. Ceci pourrait être d'autant plus vrai que nous interrogeons dans notre étude le comportement de professionnels de santé.

Concernant notre enquête par questionnaire, nous avons cherché à communiquer par différents moyens afin d'informer tous les salariés du CHCP, mais nous ne pouvons exclure que certains salariés n'aient pas reçu l'information. De plus, nous avons choisi de favoriser la confidentialité de cet auto-questionnaire du fait des données sensibles recueillies au sein d'un collectif de travail. Nous ne pouvons donc pas exclure un risque de doublon. Ce risque est d'ailleurs majoré par l'existence de deux phases de diffusion du questionnaire. Afin de palier à cela, il était explicitement précisé de ne répondre qu'une seule et unique fois à ce questionnaire, et nous avons ajouté une question interrogeant sur une éventuelle passation précédente dans le questionnaire diffusé en 2019. Toute réponse positive à cette question entraînait une exclusion de l'analyse.

Pour le contenu du questionnaire, nous avons choisi d'utiliser le questionnaire employé pour l'Etude Santé Travail en Aquitaine, adapté afin de répondre à notre questionnement. Ce questionnaire avait été choisi car il avait bénéficié d'une bonne acceptabilité par les salariés et qu'il utilisait des items proches du MINI qui permettaient de rechercher des troubles de l'usage en fonction d'arguments cliniques. Il avait été choisi d'interroger en priorité l'usage du tabac, mais une large ouverture avait été réalisée vers les autres substances psycho-actives en adéquation avec les évolutions de l'addictologie clinique. Il a été remonté une limite concernant l'exploration de l'usage d'opiacés qui ne prévoyait pas le simple usage thérapeutique à visée antalgique. De la même manière, la consommation de médicaments psychotropes avait probablement été sous-estimée suite à une mauvaise compréhension du terme « consommateur » qui avait probablement été compris comme « en-dehors de toute prescription médicale » car arrivant à la suite de l'interrogation des autres substances. Pour favoriser l'acceptabilité de ce questionnaire, nous avons choisi que ce soit le

Médecin du Travail, instigateur du projet de consultations d'aide au sevrage tabagique, qui soit le référent principal de cette étude. Il était précisé que le SST centraliserait les réponses au questionnaire, et que le stockage des données serait réalisé sur un serveur externe appartenant à l'Université de Bordeaux. L'adhésion à cette enquête a finalement été plutôt bonne, en particulier concernant l'exploration de l'usage du tabac.

Enfin, la dernière limite sur le plan méthodologique tient au type même de notre étude descriptive qui ne permet pas de mettre en évidence de liens de causalité. Cela n'était toutefois pas l'objet de notre travail, et nous avons réalisé des calculs de proportion et de régression logistique afin de mettre en évidence d'éventuelles associations significatives nécessitant des explorations complémentaires.

Concernant nos résultats, la prévalence de fumeurs au sein de l'établissement était discordante avec le chiffre obtenu par le SST. Tous les salariés étant convoqués par la Médecine du travail, et l'échantillon étant plus important, nous avons considéré ce résultat comme étant plus fiable. Cela dit, la prévalence de l'usage du tabac reste forte dans ces deux enquêtes ; cette addiction représentant un risque potentiel pour la santé et la sécurité des travailleurs de par sa toxicité propre, mais aussi par les troubles du comportement liés au sevrage et au craving qu'elle peut engendrer.

Nous avons pu mettre en évidence que 70,2% (n= 127) des salariés présentant ou ayant présenté un trouble de l'usage du tabac n'avaient jamais bénéficié d'une prise en charge. Ainsi, malgré un accès au traitement addictolytique de plus en plus facilité (16) par les politiques de Santé Publique, il apparaît que la pathologie addictive est toujours largement sous-traitée. Ceci nous laisse à penser qu'un simple traitement pharmacologique n'est pas suffisant et que, comme le recommande la Haute Autorité de Santé (HAS), une aide à l'arrêt du tabac par le biais de consultations dédiées soit nécessaire pour un maintien prolongé de l'abstinence (17).

Conclusion et perspectives

La lutte contre les troubles de l'usage de substances psycho-actives, et en particulier du tabac, est un enjeu de Santé Publique majeur. Ainsi, les politiques de santé enjoignent les fumeurs à modifier leur consommation en leur imposant des contraintes législatives de plus en plus incitatives, y compris dans l'enceinte des entreprises, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'établissements de santé.

Dans notre étude, l'environnement professionnel a pu être identifié comme un facteur pouvant influencer les consommations de tabac, mais aussi des autres substances psycho-actives. Il paraît donc important, afin de favoriser la prise en charge des addictions, que les services de santé au travail soient impliqués dans le cadre de leur rôle de prévention pour la préservation de la santé des salariés.

Au-delà du tabac, il serait donc intéressant de travailler sur l'élaboration d'un protocole unique, indépendant de la substance consommée afin de pouvoir prendre en charge

un salarié présentant des troubles du comportement sur son lieu de travail. En effet, ces situations s'avèrent particulièrement sensibles pour les entreprises et le médecin du travail est fréquemment interrogé sur ce sujet sans pour autant disposer de réels outils pour intervenir.

Quelle que soit la substance, il nous semble important que ce type d'initiative au sein des entreprises puisse être diffusé largement au vu des résultats encourageants enregistrés qui participent à préserver la santé et la sécurité des travailleurs. Une première étape a d'ailleurs été franchie dans ce sens par le biais d'une extension du dispositif à destination des salariés du CHU de Bordeaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS – Tabagisme : principaux repères sur la consommation du tabac et ses conséquences pour la santé ainsi que l'action de l'OMS dans la lutte contre le tabagisme [Internet]. (Modifié le 27 mai 2020) Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. IARC (2004). Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*, 83:1– 1438. PMID:15285078. Disponible sur : <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php>
3. Dossier INRS. Incendie sur le lieu de travail [Internet]. (Modifié le 03/09/2018). Disponible sur : <http://www.inrs.fr/risques/incendie-lieu-travail/consequences-donnees-statistiques.html>
4. Berman M, Crane R, Seiber E, *et al.* Estimating the cost of a smoking employee. In : *Tobacco Control* 2014;**23**:428-433.
5. Karila L, Reynaud M. Facteurs de risque et de vulnérabilité. In : *Traité d'Addictologie-2^e ed.* Paris :Lavoisier Medecine Sciences, 2016, p. 84-86
6. Karila L, Benyamina A. Addictions. In : *Revue des Maladies Respiratoires – Elsevier Masson*, 2019, 36(2), p. 233-240
7. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. JO n°265 du 16 novembre 2006, p.17249.
8. Art. L.4121-3 du Code du travail relatif aux obligations de l'employeur. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr
9. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire DH/EO2/DGS n°2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement et à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie. BO Santé n°00/15. 2000, p251-262.
10. Chièze F, Dautzenberg B, Deberdt JP *et al.* Résultats du Baromètre tabac personnel hospitalier 2003. *BEH*, 2004, n°22-23, p.92-94.
11. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, *et al.* Consommation de tabac parmi les adultes: bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *BEH*, 2020, n°14, p.274-281
12. Auriacombe M, Fatséas M, Denis C, *et al.* Enquête sur la consommation de substances parmi les travailleurs se rendant à la médecine du travail en Aquitaine en 2009. Bordeaux, France, Université Bordeaux Segalen, 2011, p.34
13. Logiciel de sondage online Sphinx [Internet]. Disponible sur : <https://www.lesphinx-developpement.fr/logiciels/enquete-analyse-sphinx-iq/>

14. Auriacombe M, Serre F, Fatséas M. Le craving : marqueur diagnostic et pronostique des addictions ? In : Traité d'Addictologie-2^e éd. Paris : Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p. 78-83
15. Beck M. Données épidémiologiques et sociologiques sur les addictions en France. In : Traité d'Addictologie-2^e éd. Paris : Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p. 193-205
16. Auriacombe M, Dubernet J, Fatséas M, Sarram S. Traitements pharmacologiques dans les addictions : pour une approche transversale et simplifiée. In : Traité d'Addictologie-2^e éd. Paris : Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p. 307-310.
17. HAS. Recommandations de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [Internet]. (Mis en ligne le 17 novembre 2014). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

ENQUETE ADDICTION AUPRES DES SALARIES DU CENTRE HOSPITALIER CHARLES PERRENS DE BORDEAUX : DESCRIPTION ET ANALYSE DES FACTEURS SOCIO-PROFESSIONNELS ASSOCIES A L'USAGE DU TABAC

Introduction : La consommation de tabac au sein des entreprises représente un enjeu de Santé Publique majeur, ce qui a poussé les pouvoirs publics à légiférer afin d'encadrer la consommation sur les lieux de travail, et d'autant plus au sein des établissements de santé. Nous avons donc souhaité réaliser un état des lieux ainsi qu'une analyse des facteurs socio-professionnels qui pourraient être associés à l'usage du tabac et d'autres substances psychoactives.

Matériel et méthodes : Nous avons soumis un questionnaire aux salariés durant deux périodes distinctes, de juillet à septembre 2017 puis de mars à juillet 2019.

Résultats : Le taux de participation a atteint 23,2% avec une prévalence de fumeurs de 42,1% ; dont 83,9% présentaient un possible usage pathologique. 77,9 % des fumeurs déclaraient vouloir modifier leur consommation dans les cinq ans. Les facteurs socio-professionnels associés à l'usage de tabac étaient l'âge, le lieu d'exercice et le rythme de travail. Seul le lieu d'exercice était corrélé à un usage pathologique. Concernant les autres substances psychoactives, l'alcool était la substance la plus fréquemment consommée devant le cannabis. Aucun facteur professionnel n'était associé significativement à ces consommations.

Conclusion : L'environnement professionnel peut représenter un facteur influençant les usages de substances psychoactives. Une prise en charge de ces consommations au sein des entreprises paraît alors pertinente et à encourager.

Mots clés : Addictologie, tabac, substances psychoactives, salarié, hôpital psychiatrique, addiction, facteurs professionnels, prévalence.

ADDICTION SURVEY OF EMPLOYEES AT THE CHARLES PERRENS HOSPITAL CENTER FROM BORDEAUX: DESCRIPTION AND ANALYSIS OF SOCIO-PROFESSIONAL FACTORS ASSOCIATED WITH TOBACCO USE

Introduction: Tobacco use in companies is a major public health issue, which has prompted governments to legislate to regulate consumption in the workplace, and even more so within health facilities. We therefore wanted to carry out an overview and an analysis of the socio-professional factors that could be associated with the use of tobacco and other psychoactive substances.

Materials and methods: We submitted a questionnaire to employees during two separate periods, from July to September 2017 and then March to July 2019.

Results: The participation rate reached 23.2% with a prevalence of smokers of 42.1%; 83.9% had possible pathological use. 77.9% of smokers said they wanted to change their use within five years. Socio-professional factors associated with smoking were age, place of practice and work rhythm. Only the place of exercise was correlated with pathological use. For other psychoactive substances, alcohol was the most common substance used in front of cannabis. No occupational factors were significantly associated with these consumptions.

Conclusion: The work environment may be a factor influencing the use of psychoactive substances. Support for these consumptions within companies then looks relevant and to encourage.

Keywords : Addictology, tobacco, psychoactive drugs, Employee, psychiatric hospital, addiction, occupational factors, prevalence