



MiLDT
www.drogues.gouv.fr

CONDUITES ADDICTIVES ET MILIEU PROFESSIONNEL

**Rapport établi dans le cadre du Plan gouvernemental de
lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool
2004-2008**

Conduites addictives et milieu professionnel

Ce rapport a été élaboré sous l'autorité de la MILDT, en concertation avec les représentants des partenaires sociaux (cf annexe2). Il est issu d'un travail collectif qui a associé, sous la responsabilité du Dr Didier JAYLE, Président de la MILDT :

- Professeur Philippe-Jean PARQUET, président du groupe de travail
- Michel MASSACRET, chargé de mission Prévention à la MILDT, coordonnateur du groupe et rédacteur
- *Professeur CANTINEAU, Service des maladies professionnelles et de médecine du travail*
- *Hospices civils de Strasbourg.*
- *Professeur Alain DOMONT, Service de pathologie professionnelle de l'Hôpital Corentin Celton. APHP. Issy-Les-Moulineaux*
- *Professeur Paul FRIMAT, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille*
- *Service de médecine du travail*
- *Dr Monique Larche-Mochal, chef du service de l'inspection médicale. Conseiller technique du Directeur des Relations du Travail. Ministère délégué à l'Emploi*
- *Dr Ange MEZZADRI. Médecin du travail/AFTIM,*
- *Dr NGO, Quang-Quy-Vinh. Médecin du travail. Ministère de la Santé (DGAPB),*
- *Service médical de prévention pour les agents et personnel contractuel.*
- *Gabriel PAILLEREAU. Coordonnateur du CISME,*
- *Dr Danielle THUAIRE. Médecin du travail. Centre Médical Interentreprises Europe,*
- *Dr Vincent WEHBI. Médecin chef de l'inspection du travail. Ministère des Transports,*
- *Norbert BACH, chargé de mission Douanes à la MILDT,*
- *Dr Marie-France CHEDRU, chargée de mission Santé à la MILDT,*
- *Patrick SANSOY, chargé de mission Recherche à la MILDT,*
- *Dominique VUILLAUME, chargé de mission Recherche à la MILDT*

La méthodologie adoptée a consisté, à partir d'un argumentaire élaboré par le groupe de travail, à auditionner les partenaires sociaux et experts, selon un dispositif standard :

- **exposé construit à partir des items retenus suivi de questions des membres de la Commission ;**
- **rédaction d'un relevé de conclusions, adoption par la Commission et par les instances auditionnées .**
- **rapport d'étape soumis, en juillet 2006, aux instances auditionnées, au cabinet du ministre de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale et à la Direction générale de la Santé.**

Le Ministère délégué à l'Emploi a été, tout au long du processus, étroitement associé aux travaux et, à sa demande, une concertation a été établie avec la Commission, qui sous la présidence de M. Hervé GOSSELIN, Conseiller à la Chambre sociale de la cour de Cassation a conduit une réflexion sur la notion d'aptitude médicale au travail des salariés en lien avec la problématique du maintien dans l'emploi.

Des consultations d'experts ont permis d'affiner les hypothèses de travail.

Sommaire

Préambule	p 4
Introduction	p 6
1. Lever le déni en ce qui concerne les conduites addictives en milieu professionnel	p 7
2. Promouvoir une approche intégrée qui prenne en compte et articule les dimensions sanitaire, sécuritaire et réglementaire des conduites addictives dans le monde du travail	p 8
3. Construire une politique de prévention	p 15
4. Inclure le dépistage dans la politique globale de prévention	p 17
5. Traiter de façon particulière, mais en interrelation, ce qui ressort des rôles et de la responsabilité de chacun des acteurs	p 19
6. Conclusion	p 23

CONDUITES ADDICTIVES ET MILIEU PROFESSIONNEL

Intervenir sur les conduites addictives en milieu de travail se situe à la croisée de problématiques multiples : sécurité des salariés, des tiers et de l'entreprise et protection de l'emploi au premier plan mais aussi, respect de la vie privée pour les salariés, respect du secret médical pour les médecins du travail, promotion de la santé enfin.

Jusqu'à présent la consommation d'alcool a été seule discutée et réglementée, encore que souvent minorée, tandis que le problème plus large des conduites d'addiction à d'autres substances, licites ou non, était largement occulté. Pourtant, ces conduites se sont accrues en population générale, la dépendance est maintenant reconnue comme une condition chronique, fréquente, nécessitant des soins au long cours : il est alors logique de trouver des salariés ayant des conduites addictives ou traités pour celles-ci. Parallèlement, les exigences de sécurité se sont accrues et il n'est pas tolérable de voir la sécurité mise en cause par une conduite individuelle irresponsable. Le déni n'est plus acceptable de la part du monde du travail et de l'entreprise pas plus que le développement de pratiques sauvages de contrôle des salariés, d'éviction de l'emploi, porteuses de discrimination ou de déni du secret médical.

Le groupe de travail, réuni sous l'égide de la MILDT, après avoir auditionné les acteurs sociaux, syndicalistes et employeurs, les médecins du travail, les administrations, les chercheurs propose ici un cadre pour une évolution de la réglementation.

Ces propositions s'attachent à renouveler le cadre des interventions sur les conduites addictives en milieu de travail basé sur la responsabilité, la transparence, le respect des libertés et la promotion de la santé.

Les dépistages à l'embauche et les dépistages aléatoires de la consommation de substances altérant les comportements doivent être limités à des postes à risque préalablement identifiés et connus ; les dépistages sauvages doivent être proscrits.

L'information de l'employeur sur d'éventuelles restrictions d'aptitude liées à une conduite addictive ou à son traitement doit se faire dans le respect absolu du secret médical, rejoignant la problématique plus générale de la définition de l'aptitude au travail, en cours de redéfinition juridique, suite aux travaux de la Commission Gosselin, mais qui se trouve ici posée avec une particulière acuité.

Le milieu de travail reste un contexte particulièrement propice à mener de façon plus globale des actions de prévention de proximité envers la population adulte, utilisant à la fois une approche individuelle - à travers le rôle du médecin du travail – et une approche collective - basée sur les techniques actuelles d'information et de communication en santé et sur le volontarisme des employeurs et des acteurs sociaux pour promouvoir un cadre de vie au travail favorable à l'épanouissement des salariés.

C'est dire le champ de réflexion, de concertation et de décision ouvert par cette étude. Elle invite au choix entre une approche exclusivement réglementaire, conformément à toutes les adaptations opérées depuis la promulgation de la loi de 1946, ou une approche législative. Quant au principe de mise en œuvre, il repose sur la concertation au sein des différentes branches professionnelles.



Didier JAYLE

1. INTRODUCTION

Le Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool incite à la responsabilisation des divers acteurs du monde du travail et à l'adaptation des actions de prévention aux conditions d'emploi et de travail des personnels. Cet objectif s'inscrit dans le cadre du Plan Santé Travail dont il élargit le périmètre à l'ensemble des substances psychoactives. Il vise en particulier à renouveler les programmes d'action propres à réduire les accidents du travail en lien avec les consommations d'alcool, de cannabis et d'autres produits.

A cet effet, un groupe de réflexion s'est progressivement mis en place depuis mai 2005, à l'initiative du Président de la MILDT.

Composé seulement, à l'origine, de représentants d'organisations de médecine du travail, il s'est ouvert à des experts du champ (composantes scientifique, sociale, administrative) et s'est transformé en une Commission, animée par le Professeur Philippe-Jean Parquet.

Les diverses auditions auxquelles elle a procédé ont mis en lumière cinq points majeurs autour desquels les présentes recommandations ont été construites :

- Les phénomènes des conduites addictives dans le monde du travail à mieux connaître et prendre en compte
- Les conduites addictives comme composante de la problématique santé-sécurité
- La prévention comme démarche pensée et conduite par tous les acteurs de l'entreprise
- La question du dépistage
- Les responsabilités et la protection juridique et réglementaire de chacun des acteurs

Il est convenu que, pour cette étude, le groupe de travail

- s'est appuyé sur le concept de «conduites addictives» regroupant les conduites de consommation de l'ensemble des substances psycho-actives : conduites d'usage, d'usage nocif et de dépendance. Les conduites addictives représentent des conduites humaines multidéterminées. On retrouve des déterminants liés aux génies pharmacologiques des substances psycho-actives et aux compétences bio psychosociales des personnes, au contexte social, culturel, économique, réglementaire et législatif.
- a exclu le tabac de l'étude et des recommandations, compte tenu du fait qu'il n'induit pas de modification des comportements et qu'une politique spécifique de prévention du tabac a été mise en place.
- a repris le terme de «médecin du travail» selon les dispositions du code du travail. En conséquence, les recommandations émises peuvent s'appliquer au secteur privé et à l'ensemble des trois fonctions publiques moyennant des adaptations réglementaires.

1. Lever le déni en ce qui concerne les conduites addictives dans le monde du travail

L'existence, la place, l'importance, les dommages induits par les conduites de consommation de substances psychoactives appelées conduites addictives sont très explicitement reconnus par l'ensemble des Français.

En revanche, même si la Commission d'enquête du Sénat sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites (2002-2003) affirme que ce sujet « longtemps tabou semble aujourd'hui faire partie intégrante des problématiques sanitaires et sécuritaires des grandes entreprises », la place des conduites addictives dans le cadre de la vie professionnelle est plus souvent déniée. Cela veut dire que cette place est identifiée, mais que l'on en méconnaît l'importance et les conséquences, que l'on fait comme si ces conduites n'existaient pas ou constituaient un sujet tabou, sauf quand on y est contraint par l'évidence des faits

Pour sortir de ces formes apparentes d'indifférence et de leurs conséquences en termes de santé, de sécurité, de management, d'environnement professionnel (...), la Commission recommande de :

1.1. **considérer ces conduites comme une réalité** dont il conviendrait de mieux connaître la place dans l'ensemble des troubles de la santé susceptibles d'interagir sur le bien-être de la personne, sa sécurité, celle d'autrui dans le collectif de travail, d'un tiers et sur la vie de l'entreprise ;

1.2 **modifier les représentations** sur les conduites de consommation de l'ensemble des substances psychoactives, les diverses modalités de consommation, les conduites dopantes et sur les attitudes des acteurs et de la population ;

1.3. **conduire des études**

- sur l'ensemble des conduites addictives dans le milieu du travail dans leurs différentes dimensions, y compris économique, en utilisant des approches diversifiées. Il n'existe à ce jour aucune étude épidémiologique sérieuse relative à un possible lien entre consommation de produits illicites et accidents du travail ou accidents de la route dans le cadre du travail ;
- sur les objectifs, les méthodes, les moyens actuellement développés par les entreprises pour conduire les actions de prévention, identifier et caractériser ces actions afin de proposer aux acteurs des stratégies optimales.

1.4. **développer dans l'entreprise une politique en ce domaine**

1.5. **définir les rôles et les compétences de chacun** (chefs d'entreprises, salariés, services de santé au travail, syndicats, représentants au CHSCT...) et mettre en place des pratiques professionnelles pertinentes

1.6. **favoriser une mise en adéquation des textes législatifs et réglementaires** pour ne pas en rester à des articles obsolètes, tel le L.232-2, relatif à l'introduction ou la distribution de boissons alcooliques « autres que vin, la bière, le cidre, le poiré, l'hydromel.. »

2. Promouvoir une approche intégrée qui prenne en compte et articule les dimensions sanitaire, sécuritaire et réglementaire des conduites addictives dans le monde du travail

Les pratiques actuelles, les plus souvent rapportées, isolent les diverses composantes du problème, donnant, selon le point de vue, la priorité aux acteurs de chacun des champs sanitaire, sécuritaire et réglementaire, sans pour autant parvenir à épuiser tout ce que chacune de ces approches, dans leur spécificité, pourrait apporter. Ces approches, légitimes, coexistent dans la société civile, mais elles prennent une coloration singulière dans l'entreprise : du fait des rapports entre les acteurs et des obligations de chacun, elles ne sauraient être seulement juxtaposées, mais doivent trouver à s'articuler, dans la cohérence, pour appréhender le phénomène dans toutes ses dimensions et conséquences sur la personne et le collectif.

2.1. Donner toute sa place à l'approche sanitaire

Les conduites addictives relèvent de la problématique santé.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique oblige à la surveillance et à l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, à la prévention des maladies, traumatismes et incapacités, à l'identification et à la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et de conditions de travail. Les conduites addictives rentrent donc dans ce cadre à un triple titre : observation, accès aux soins, prévention.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a introduit les concepts de santé physique et de santé mentale.

L'employeur a l'obligation de préserver l'état de santé des salariés et de prendre en compte d'éventuelles conduites addictives. Le Plan Santé Travail, en accord avec le code du travail, recommande que tout soit fait, et le médecin du travail doit s'en assurer, pour que les conditions de travail du salarié ne constituent pas un déterminant susceptible d'induire, d'aggraver ou de pérenniser des conduites addictives.

(Cf Plan Santé Travail et Code du travail L.230-2).

Cette approche se décline sous trois dimensions :

- prévenir et donc être apte à identifier, à repérer
- promouvoir la santé au travail
- s'assurer que l'entreprise n'est pas addictogène

2.1.1. Rendre, par des formations adaptées, tous les acteurs capables de reconnaître les différentes variétés de conduites addictives et leurs expressions

Cas où la conduite de dépendance est manifeste : elle est aisément constatée par les responsables de l'entreprise et par les autres salariés, compagnons de travail pour peu que l'ensemble des acteurs de l'entreprise aient été, dans le cadre de la politique de l'entreprise en matière de consommation de substances psychoactives, formés au repérage de cette modalité de consommation.

Cas où les conduites de consommation sont repérables à partir des dommages qu'elles induisent, en dehors de signes de dépendance (usage nocif). Ces dommages peuvent être des dommages corporels (pathologies hépatiques, neurologiques), des troubles de la vision des couleurs, des troubles du comportement et de la

vigilance, des troubles du jugement et de la pensée, des états dépressifs, un absentéisme, des accidents à répétition, une baisse de l'activité professionnelle ou des perturbations de celle-ci.

A des titres divers la plupart de ces troubles peuvent être identifiés par nombre d'acteurs de l'entreprise mais la confirmation de leur origine addictive ne pourra être faite que par le médecin du travail qui en tirera les conséquences adéquates.

Cas où les conduites de consommation s'effectuent sur le lieu du travail : cette situation est actuellement codifiée dans les domaines législatifs et réglementaires en ce qui concerne le tabac et l'alcool. Il en est de même en ce qui concerne leur introduction et leur vente dans l'entreprise.

Cas où, en revanche, certaines conduites sont plus difficilement repérables, car elles n'ont pas d'expressions manifestes, ne permettent pas d'évoquer des conduites addictives, n'ont pas de caractère spécifique.

Toutefois, pour la personne, l'entreprise, le collectif de travail, des questions particulières se posent, car ces conduites de consommation, bien que non repérables par des manifestations évidentes, ne sont cependant pas sans effets et sont susceptibles de perturber les aptitudes et les comportements liés à l'exercice de certaines tâches professionnelles :

- comment évaluer, de manière rigoureuse, la probabilité de survenue d'un accident pour le salarié et son entourage, liée à la consommation de substances alors que l'on sait que les facteurs à l'origine d'un accident sont multiples et ne peuvent relever uniquement de cette consommation ?

C'est là que réside tout l'intérêt d'un exercice médical en santé au travail fondé sur une démarche pluridisciplinaire. Une multiplicité d'approches peut s'avérer pertinente et l'expertise de ces différents aspects nécessite des compétences diversifiées.

- quelles attitudes préconiser face à ces conduites de consommation dans le cas où elles ne sont pas évoquées par le salarié au cours d'un examen de santé ? Il convient d'inclure une approche des conduites addictives au cours de toute rencontre médicale, notamment lors des visites systématiques et de diffuser largement auprès des médecins du travail, comme c'est déjà le cas pour l'alcool, les outils cliniques d'aide au diagnostic : les questionnaires d'évaluation des conduites de consommation, les auto-questionnaires d'évaluation des fonctions cognitives et les tests psychotechniques bien ciblés sur ce que l'on recherche devront être accessibles et professionnellement appropriés.

2.1.2. Face aux conduites de consommation de substances psychoactives, faciliter l'accès au soin.

Les médecins du travail ont pour rôle de faire comprendre au salarié le lien de causalité entre les troubles constatés et ses conduites de consommation et de l'inciter à initier un projet de soins.

L'orientation vers le service de santé au travail est indispensable : toutes ces manifestations sont des signes qui doivent faire évoquer la consommation de substances psychoactives. Elle ne doit être considérée ni comme une sanction ou comme l'annonce de celle-ci, ni comme une stigmatisation, ni comme un rejet.

Pour faciliter l'accès au soin, la Commission recommande de :

- faire en sorte que le salarié puisse, grâce notamment à l'aide des professionnels de santé, médecins du travail en particulier, repérer que la pathologie pour

laquelle il consulte a pour causalité ses conduites de consommation et que cet état doit conduire à une inscription dans une démarche de soins.

- promouvoir de bonnes pratiques, comme par exemple orienter le salarié ainsi repéré vers le médecin du travail, qui aura dans sa fonction d'expert, plusieurs tâches :
 - évaluer les différentes modalités de consommation de substances psychoactives nécessitant une démarche de prévention ou éventuellement sanitaire
 - distinguer le diagnostic de dépendance et d'usage nocif
 - faire percevoir au salarié les dysfonctionnements induits dans son activité professionnelle
 - informer sur les risques pour la santé et pour l'emploi
 - donner toutes les informations sur les objectifs du traitement et les modalités de traitement
 - s'assurer que le salarié, comme c'est le cas dans le secteur public, retrouvera sa place ou une place dans l'entreprise après cette période de soins ;
 - étudier toutes modalités pour maintenir le salarié dans son emploi.
 - inscrire, sous forme d'engagement réciproque entre le salarié et le médecin, la démarche de soin en vue de stopper les consommations
 - orienter vers le médecin traitant ou sur une structure d'addictologie proche du domicile du salarié.

2.1.3. Prendre en compte la spécificité des traitements psychotropes

Les médicaments psychotropes classés de niveau 2 (arrêté du 18 juillet 2005 relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits) sont susceptibles de modifier la vigilance, les temps de réaction et les prises de décision. Ceci peut être préjudiciable aux activités en milieu de travail et doit être apprécié, au cas par cas, par les services de santé au travail.

Cette évaluation des conséquences de la consommation de médicaments psychotropes en milieu de travail est d'autant plus délicate que peut y être associée la consommation d'alcool et d'autres produits psychoactifs.

2.1.4. Faire une place particulière aux traitements de substitution aux opiacés

Cette recommandation comporte un double volet, sanitaire et social. Les traitements de substitution ont pour objectif de réinscrire et maintenir la personne dans une activité professionnelle compatible avec la promotion de la santé.

L'employeur n'a pas à avoir connaissance de ces traitements, mais dans l'éventualité où il disposerait d'informations sur ces thérapies de substitution, cela ne doit pas porter préjudice au salarié ni sur le plan de sa santé, ni en termes de rejet ou d'exclusion.

Le médecin du travail doit s'assurer de la compatibilité du traitement de substitution et de l'activité salariée. Dans le cas contraire, il peut émettre avis d'inaptitude temporaire.

Il convient que soient inclus dans le guide des bonnes pratiques cliniques ce qui concerne les conduites addictives dans leur ensemble et plus particulièrement ce qui concerne les traitements de substitution en conformité avec les critères réglementaires inscrits dans le code de la santé, le code du travail, le code de la route. Dans son activité, le médecin du travail ne devra pas exercer de

discrimination à l'égard du salarié utilisant des traitements de substitution mais le considérer comme une personne, engagée dans une thérapie : conformément à l'article L 122-45-4 du Code du travail, les traitements de substitution aux opiacés ne doivent pas conduire à une attitude discriminatoire.

2.1.5. Inscrire, dans le règlement intérieur de l'entreprise, le protocole ayant trait à l'approche sanitaire des conduites addictives.

2.2. Considérer les conduites addictives comme une composante de la problématique santé/sécurité.

Les conduites addictives relèvent aussi de la problématique sécurité. Pour un salarié qui occupe ou qui sollicite un poste de sécurité ou à risque,, il est indispensable que les conduites addictives soient évaluées, ce qui légitime également une demande d'évaluation de leurs conséquences par le service de santé au travail.

De fait c'est l'articulation entre les dimensions santé et sécurité qu'il convient de reconsidérer :

2.2.1. Revisiter la décision d'aptitude médicale au travail

2.2.1.1. Principes : la notion d'aptitude médicale au travail doit faire l'objet, dans le cadre du Plan Santé au Travail, d'une relecture de nature juridique qui, quelles que soient les options choisies, va permettre d'aborder les conduites à tenir face aux consommations et de définir la finalité d'une décision médicale d'aptitude, et ses conditions de mise en œuvre.

Dans le cadre de la Commission mise en place par le Ministre délégué à l'Emploi et confiée M. Hervé GOSSELIN, il conviendra que soit précisée la nature des capacités nécessaires pour faire face aux exigences d'une activité et que les modalités d'évaluation soient « critériées ». La décision d'aptitude médicale relève du concept d'adéquation : nécessité de capacités spécifiques pour un poste précis , ou d'une constance de ces capacités dans le temps, ou d'une capacité particulière à faire face à des évolutions peu prévisibles et nécessitant une adaptation rapide et pertinente.

Or, en l'état actuel de la réglementation en droit du travail, la détermination des compétences professionnelles nécessaires pour faire face aux exigences d'une activité relève de la seule responsabilité de l'employeur.

Aussi, il conviendra

- d'interroger cette pratique dans le cadre de la réglementation actuelle et d'encadrer d'éventuels croisements entre *aptitude professionnelle* et *aptitude médicale* au poste de travail soit en termes réglementaires, soit en termes ergonomiques et médicaux

- d'introduire, dans le code du travail,, de façon plus différenciée encore que dans la réglementation actuelle, la notion de *postes de sécurité*, à charge pour l'entreprise d'énoncer les critères qui les définissent et de la cantonner strictement aux postes pouvant mettre en jeu la sécurité du salarié, du collectif de travail, ou de tiers.
- en fonction de ces critères, d'apprécier l'impact des conduites addictives.

Ainsi pourra être distingué, pour ces postes, ce qui relève de la compétence du médecin du travail ou du médecin de prévention (juger de la capacité du salarié à mettre en œuvre les précautions nécessaires pour la sécurité et la santé) et ce qui relève de l'appréciation de l'employeur ?

Il est proposé de

- refonder la décision d'aptitude médicale au travail sur ce qui se pratique pour les conduites d'alcoolisation et pour la sécurité routière : aller, selon des balises à déterminer, vers un élargissement fondé sur la maîtrise, par l'individu, de ses capacités.

Or, dans un arrêt récent (7 juin 2006), le Conseil d'Etat a considéré que les articles L. 241-2 et R. 241-32 du Code du travail établissent "un régime d'incompatibilité entre les fonctions de médecine du travail et de médecine d'aptitude" conduisant à s'interroger, pour les postes de sécurité, sur la nature exacte du rôle exclusivement préventif dévolu aux médecins du travail.

- considérer, qu'en cas d'inaptitude médicale temporaire, le dispositif de recours à des mesures individuelles de reclassement, d'adaptation de poste, d'attente sur un autre poste, de mutation (..) doit être renforcé, nonobstant le cas où la nécessité de soins apparaîtrait clairement.
- de faciliter, dans sa plénitude, l'exercice des procédures par lesquelles le médecin du travail est habilité, notamment dans le secteur privé, de par l'article L.241-10-1 du Code du travail à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes de travail.

Il convient pour cela de réactiver ce rôle et de lever les obstacles.

- de veiller à faire appliquer dans sa plénitude le code du travail qui stipule que l'employeur a l'obligation de prendre en considération l'avis du médecin du travail ou, tout au moins, l'obligation de faire

connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite

- de faire préciser, dans le cadre de l'objectif 4-3 du Plan Santé Travail, les dysfonctionnements induits ou les retentissements possibles liés aux conduites addictives
- proposer d'ouvrir le champ de la prévention (article R 241-41) au-delà de ce qui est strictement en rapport avec la seule activité professionnelle de l'entreprise.

2.2.1.2. Le prononcé ou le maintien de l'aptitude médicale au travail :

Il est proposé que lors de toute visite ou action du médecin du travail, la question de la consommation de substances psychoactives soit évoquée, conformément au programme « Repérage précoce et Interventions brèves » et de la même manière que ce qui concerne le syndrome d'alcoolisation fœtal pour une femme enceinte.

Ceci doit se faire à la fois pour se prononcer quant à l'aptitude médicale mais aussi dans une optique d'éducation sanitaire et de prévention.

2.2.1.3. Différencier les pratiques et les décisions du médecin du travail selon les cas observés et les circonstances :

Lorsque la conduite addictive est manifeste chez un salarié, une évaluation précise des altérations de ses capacités cognitives et psycho-motrices doit être mise en place à partir de critères validés. Ils serviraient de bases auxquelles se référer, tout en permettant les adaptations rendues nécessaires par les évolutions techniques ou autres. Ces critères devraient tenir compte de la nature des substances psychoactives et de leurs effets pharmacologiques (tabac et alcool d'une part, cannabis cocaïne, héroïne d'autre part...).

Une altération des capacités du salarié entraîne une déclaration d'inaptitude temporaire.

Lorsque les conditions d'exercice et la nature des postes sont d'une exigence particulière, cas des salariés qui ont des postes de sécurité, de sûreté, à risques, les conduites addictives doivent être obligatoirement évoquées et, si c'est le cas, évaluées selon les pratiques et les méthodes habituellement utilisées : examen clinique, bilan biologique, test urinaire ou sanguin.

Pour ces cas, il convient de définir, d'une part la place du médecin du travail et les conditions dans lesquelles il est légitime pour lui de prononcer un avis d'inaptitude, d'autre part les conditions dans lesquelles il relève de l'employeur que d'écarter un salarié de son poste de travail.

2.2.2. Inclure la question des conduites addictives comme incontournable dans les directives ministérielles (Plan Santé Travail) et dans le code du travail.

La Commission recommande de :

- *faire prendre en compte la spécificité des conduites addictives dans le règlement intérieur et le « document unique », ce qui obligerait l'ensemble des acteurs à se concerter et à adopter, par consensus, une position claire pour tous.*
- *proposer le respect d'une norme officielle sur le management Santé Sécurité Travail telle une norme ISO (telle que l'Organisation Internationale de normalisation en élabore et en promeut dans le domaine de la protection de la santé et de la sécurité) ou ce qui se fait à l'instar d'autres pays européens, des Etats-Unis ou du B.I.T.*
- *prendre position sur le fait que la nature et les conditions de travail, notamment le stress, sont susceptibles d'induire ou de pérenniser, dans un ensemble multifactoriel, les conduites addictives.*

3. Construire une politique de prévention

La loi fait obligation à l'entreprise, non seulement de protéger la santé des salariés, mais aussi de mettre en place une politique de prévention générale des risques (cf Plan Santé Travail). Cela inclut la mise en place de tous les moyens nécessaires, avec une obligation de résultat. C'est particulièrement clair en ce qui concerne le tabac et l'alcool, mais insuffisamment explicite en ce qui concerne les autres substances psychoactives dont l'usage est de plus en plus souvent constaté chez les actifs, quel que soit leur âge. Or, il arrive que les consommateurs ne sachent même pas en quoi les effets des produits qu'ils ont consommés peuvent être dangereux.

Les objectifs d'une politique de prévention adaptée à cette problématique peuvent se décliner en quatre catégories :

- Informer sur les produits, les modalités de consommation, leurs conséquences et la singularité de leurs effets sur les conditions de travail
- Modifier les attitudes et les représentations sur les produits et leurs effets
- Rendre compétent l'ensemble des acteurs de la vie professionnelle en matière de repérage des conduites addictives . En effet, ce repérage ne relève pas uniquement du médecin du travail.
- Développer la capacité à demander de l'aide
- Etablir qui a la responsabilité de la mise en œuvre de la politique de prévention (Cf Conseil de l'Europe. Publication n° 956. Regard Ethique –La toxicomanie).

Pour y parvenir, la Commission recommande de :

3.1. promouvoir une politique de prévention qui ne soit pas exclusivement fondée sur la relation conduites addictives-risques, mais aussi clairement positionnée sur une dimension santé de façon à ce que le médecin du travail puisse analyser les conditions de travail ou l'organisation du travail et non seulement les conduites de consommation.

En ce qui concerne la dimension risques, il conviendrait de préciser que le CHSCT doit être un acteur essentiel dans la mise en œuvre des actions visant à réduire les consommations. Il conviendrait, en ce cas, d'étudier la possibilité de mettre en place des structures de ce type au bénéfice d'entreprises de petite taille, regroupées en fonction de leur « proximité » au sein d'un même bassin d'emploi ou de la nature de leurs activités dont, par définition, les effectifs sont insuffisants pour en disposer en propre.

Prendre appui sur l'objectif 4.7 du Plan Santé Travail qui vise à faire du CHSCT une instance connue et reconnue et à doter ses membres d'une expertise améliorée ; y inclure dans les actions énoncées au point 3 : « dont celles liées à la consommation de produits psychoactifs ».

3.2. adopter une approche novatrice : la prévention des conduites addictives, quels que soient les produits, doit se trouver inscrite comme objectif du CHSCT de façon à sortir de la situation actuelle qui ne permet que des rappels ponctuels liés aux circonstances.

Une telle démarche de prévention, construite à partir des contributions de l'ensemble des acteurs, doit donner lieu à un texte qui en assure la légitimité et permette la collaboration de chacun.

Elle doit pouvoir figurer au règlement intérieur et être formalisée, après concertation et validation, dans « le document unique ».

Elle doit se donner les moyens de suivre l'évolution des consommations dans le temps, d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention.

Elle invite à une approche plurielle et pluridisciplinaire.

Elle doit, dans sa mise en œuvre, bénéficier des moyens internes de l'entreprise et pouvoir faire appel à des aides extérieures sur des thématiques particulières.

Elle doit évoluer vers une protocolisation de façon à ne pas être perçue comme un pre-contrôle, un contrôle, ou une menace, mais comme un soutien.

Dans cette optique, politique de santé et politique de prévention doivent être mises en adéquation.

4 Inclure le dépistage dans la politique globale de prévention

La Commission considère le dépistage, dans ses dimensions clinique, biologique et psychotechnique comme un moyen au service de la santé et de la sécurité de tous les acteurs de l'entreprise. Il ne peut se substituer au dialogue, à la prévention et à la relation. Il est à pratiquer selon des protocoles formatés. Il est encadré par le droit du travail. Il préserve la vie privée et les droits du salarié. Il ménage sa liberté de consentement. Il ne doit en aucun cas avoir une dimension discriminatoire.

Par rapport à cette proposition se pose la question de la légitimité du passage du diagnostic au dépistage, d'où la nécessité :

- 4.1. d'introduire, dans le code du travail, la circulaire DRT n°90/13 du 9 juillet 1990 qui confie aux seuls médecins du travail la responsabilité de la réalisation du dépistage des conduites addictives (base : avis du Comité national consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé en date du 16/10/1989)
- 4.2. d'en limiter le champ d'application aux seules catégories professionnelles exerçant des fonctions comportant des risques pour la sécurité et la santé de soi ou d'autrui, désignées par un texte officiel de la DGT, ou recensées par des accords contractuels au sein des entreprises ou des branches. Ces fonctions seraient ainsi rendues visibles de façon à ce qu'aucun salarié ne puisse être pris au dépourvu.
- 4.3. de distinguer, pour ces postes de sécurité et postes à risques, les différentes modalités de dépistage telles qu'inscrites aux règlements intérieurs des entreprises : :
 - le *dépistage à l'embauche* qui a pour objectif de vérifier si les conduites de consommation ne rendent pas le candidat inapte au poste envisagé à un moment donné ;
 - le *dépistage périodique* qui a pour objectif de vérifier s'il n'y a pas d'altération des capacités chez le salarié ;Ces deux modalités, *dépistage à l'embauche* et *dépistage périodique*, sont légitimes pour protéger le salarié, le collectif de travail, l'entreprise et les tiers utilisateurs des services ou produits de l'entreprise ;
 - le *dépistage circonstanciel* ne se justifie que suite à un accident ;
 - le *dépistage aléatoire* ayant pour objectif d'informer sur la prévalence et les pratiques de consommation se pratique à l'aide de tests. Il est susceptible d'avoir éventuellement un effet dissuasif, mais il ne peut être mis en place, sous la responsabilité de l'employeur, que dans le cadre d'un protocole établi et négocié ;Quant au *dépistage sauvage*, il ne saurait prendre place dans le fonctionnement de l'entreprise. Il ne s'inscrit ni dans les textes, ni dans les règlements.
- 4.4. d'étendre ces diverses modalités de dépistage à d'autres entreprises que celles des transports, de les lister et de les inscrire au règlement intérieur. Elles sont réglementaires, contractuelles et donc acceptées par l'ensemble du collectif de travail.
- 4.5. d'élargir, à l'usage de stupéfiants, les modalités de contrôle de l'alcoolémie sur les lieux de travail (disposition jurisprudentielle L.122-35 du Code du Travail).
- 4.6. de mettre en place, pour les drogues illicites, des tests cliniques, biologiques et psychotechniques fiables, validés, d'utilisation facile, comme cela a été fait pour le dépistage des consommations d'alcool. Nous disposons actuellement de trois familles de tests : des tests salivaires, des tests urinaires et des tests sanguins.

La validation des tests salivaires n'est pas complètement documentée ; par contre, les tests urinaires et les tests sanguins sont validés. L'interprétation des tests urinaires quant à leur imputabilité dans l'altération des compétences est difficile, car, dans certains cas, les manifestations comportementales ne sont corrélées ni à la positivité des tests, ni aux quantités de substances détectées dans l'organisme ; la persistance de traces biologiques, à distance d'une consommation éventuellement faite hors du lieu de travail, pose le problème de leur intérêt et de leur fiabilité dans le cadre de l'entreprise.

La procédure de « dialogue compétitif » lancée sur le marché par la DISR et la MILDT en vue de l'adoption d'outils de dépistage concernant quatre familles de substances (amphétamines, opiacés, cannabis, cocaïne) devrait aboutir à moyen terme à une labellisation et à l'adoption d'un statut réglementaire des tests salivaires.

Le dépistage de ces produits qui sont des produits illicites constitue un problème vis-à-vis de l'entreprise et vis-à-vis de la loi : si le dépistage est effectué dans le cadre de la stricte activité médicale et reste couvert par le secret médical, il ne saurait y avoir de difficultés, le médecin du travail n'étant pas tenu d'expliquer les causes de ses décisions, mais seulement « d'indiquer, dans les conclusions qu'il rédige à l'issue des visites médicales de reprise, les considérations de nature à éclairer l'employeur sur son obligation de proposer au salarié un emploi approprié à ses capacités.. » (Arrêt du conseil d'Etat en date du 3 décembre 2003).

La Commission considère qu'il conviendrait de ne pas se contenter d'éclairer les textes existants, mais propose de modifier le code du travail, en allant au-delà de la recodification actuelle qui se fait à droit constant : distinguer le dépistage selon les circonstances, le cadrer et le limiter à des situations clairement explicitées¹, en vue exclusivement de « prévenir ou de faire cesser immédiatement une situation dangereuse et non de permettre à l'employeur de faire constater par ce moyen une éventuelle faute disciplinaire ». Les restrictions aux droits et libertés du salarié ne peuvent s'envisager que sous l'angle de la sécurité.

Les problèmes particuliers de dépistage et de ses diverses modalités ne peuvent être envisagés que dans le cadre d'une politique générale en ce qui concerne les consommations de produits psychoactifs et ne sauraient résumer à eux seuls les réponses à apporter.

Si le dépistage est plus souvent considéré comme une manière de faire la preuve d'une consommation de produits psychoactifs dans une dimension réglementaire, il peut aussi être utilisé dans le cadre d'une politique de prévention.

¹ Cf arrêt Régie Nationale des Usines Renault du 9 octobre 1987 du Conseil d'Etat relatif à l'alcootest.
MILDT : Conduites addictives et milieu professionnel. Recommandations de la MILDT

5. Traiter de façon particulière, mais en interrelation, ce qui ressort des rôles et de la responsabilité de chacun des acteurs

Dans le cadre de l'entreprise, les conduites addictives relèvent aussi de la problématique réglementaire : les évolutions en cours de la législation et de la jurisprudence renforcent le besoin de clarifier les obligations de chacun : l'entreprise (responsabilité pénale, civile, disciplinaire, réglementaire), le salarié (ses droits, ses obligations, sa responsabilité vis-à-vis de soi, d'autrui, de l'entreprise), le médecin du travail (obligation de résultat en terme d'information, obligation de moyens en termes de prévention).

5.1. Clarifier les obligations de chacun des acteurs et déterminer ce qui peut relever d'une responsabilité partagée : obligations générales de l'employeur, de l'employé, du médecin du travail.

Positionner la recherche en responsabilité sur le plan juridique : la loi, les règlements face aux consommations ; rappeler ce qu'il en est de la responsabilité de chacun des acteurs ; rappeler les données de base sur le droit de la responsabilité et le droit du travail.

Face aux consommations choisir de préserver les acteurs.

5.1.1. L'employeur :

En général, l'employeur a la légitimité d'intervenir lorsqu'il est confronté chez ses salariés à des pratiques de consommation de substances psycho-actives. Il en a non seulement le droit, mais il en a le devoir. Sa responsabilité est de trois ordres :

- responsabilité pénale : le code pénal et la jurisprudence ont aggravé les sanctions encourues par les employeurs qui ne respecteraient pas les obligations de sécurité en cas d'accident du travail ou de maladies professionnelles. Le manquement à l'obligation de résultats en termes de sécurité des travailleurs peut être considéré comme une « faute inexcusable ». Dans le domaine pénal, sont reconnus le « délit de mise en danger d'autrui » (Art.223-1 du code pénal) et les infractions relatives aux « atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité physique ».
- responsabilité civile : dans l'entreprise, la responsabilité de l'employeur pourra être engagée pour des faits commis par un ou plusieurs de ses préposés. Si un salarié provoque un accident dans le cadre d'une mission en entreprise alors que l'on peut prouver qu'il était sous l'empire de stupéfiants, l'employeur sera civilement responsable de la réparation, à charge pour lui de se retourner ensuite contre le salarié.
- responsabilité disciplinaire : le chef d'entreprise dispose des pouvoirs d'organisation, de direction et disciplinaire. Ce pouvoir lui donne le droit de sanctionner et de résilier un contrat. Ce pouvoir ne connaît que peu d'exceptions.

Cependant, l'état actuel de la législation ne permet pas à l'employeur de gérer correctement ces problématiques. Tout au plus, le règlement intérieur, peut interdire d'introduire ou de consommer des substances psychoactives à l'intérieur de l'établissement.

Il est à rappeler, toutefois, que depuis 1991, les chefs d'entreprise ont l'obligation de mettre au point et de garder à disposition un document

d'évaluation des risques professionnels, « le document unique » (Art. L.230-2 du code du travail), ce qui aide à concilier leurs divers niveaux de responsabilité avec la responsabilité des autres acteurs et à garantir au mieux santé et sécurité.

Face à cette insécurité dans laquelle se trouve l'employeur, **la Commission propose de faire évoluer le droit :**

- déterminer ce qu'est son *obligation de résultat* vis-à-vis de la santé et de la protection des salariés ; lui donner également les moyens et le cadre d'action pour conduire une politique globale de prévention en matière de santé et sécurité au travail ;
- proposer *un cadre de références* pour l'aider à prendre en compte ce qui est facteur de stress et à faire en sorte que l'entreprise ne soit pas addictogène, ce qui lui permettra, en contrepartie, d'être exigeant vis à vis des divers acteurs, en insistant sur la part de *responsabilité personnelle* de chaque salarié ;
- donner à l'employeur, de façon explicite et *contractualisée*, les moyens de faire respecter (responsabilité disciplinaire) les conditions de sécurité et de santé ;
- énoncer les limites au-delà desquelles ne pas aller. Préciser quand l'employeur a *le droit d'agir* et quand il a le *devoir d'agir*.

5.1.2. le salarié

Il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses missions au travail, conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur dans les conditions prévues au règlement intérieur. (Art. L.230-3 du code du travail) : il devrait être, ainsi, de la responsabilité personnelle d'un salarié ayant consommé des produits psychoactifs de demander à être dispensé d'activités professionnelles, lorsque cela inclut des risques ayant trait à sa sécurité ou à celles du collectif de travail, dans la mesure où il sait avoir l'obligation, par contrat, de disposer de la plénitude des compétences requises pour l'exercice de son travail.

Le salarié, comme tout individu, enfreint la loi en consommant des produits illicites. Il engage sa responsabilité personnelle.

5.1.3. le médecin du travail

Les médecins du travail ont vu leurs rôles enrichis au profit d'une action centrée sur la santé globale des salariés, en lien avec l'action en milieu de travail et les objectifs de santé publique. Ils ont à :

- protéger la santé du salarié et à évaluer l'adéquation entre poste de travail et santé du salarié
- examiner ce qui a trait à la maîtrise de l'environnement de travail dans lequel exercent les salariés
- évaluer l'état de santé des salariés
- faire des recommandations vis-à-vis du fonctionnement de l'entreprise et vis-à-vis du salarié (aptitude médicale au travail) : tout

phénomène affectant les personnels doit être appréhendé sous l'angle de l'étude du milieu de travail et des facteurs de risques

- redonner confiance au salarié quand il est réintégré dans son emploi et mettre en place un accompagnement qui fasse que le sujet soit pris en charge, sans que ce soit pénalisant pour lui. Il convient de plus de rappeler que le salarié peut toujours demander un avis médical au médecin du travail sur la compatibilité entre son état de santé avec ses conditions de travail (Article R.241-49).
- garantir l'accès aux soins dans une politique de maintien dans l'activité professionnelle.
- impulser, mettre en place une politique générale de prévention incluant la prévention des risques liés aux conduites addictives.

Ceci amène à poser la question de la compatibilité entre les missions de prévention, d'expertise et de contrôle. Cette question devrait être mise en débat dans le groupe de travail sur l'aptitude mis en place par le Plan Santé Travail.

5.1.4. le médecin du travail vis-à-vis de l'employeur

Il est le seul habilité à déterminer l'aptitude médicale du salarié à son poste de travail, car le seul juridiquement et professionnellement compétent. Il doit être respecté dans le fait qu'il peut donner des avis à l'employeur quant à l'activité professionnelle du salarié ou à son évolution sans évoquer sa pathologie, conformément aux termes de l'article R.241-51 du code du travail. (cf point 2.2.1.1.).

Cette fonction de conseiller du chef d'entreprise et des salariés, prend une importance particulière dans les PME et plus encore dans les TPE.

« Sa responsabilité, toutefois, peut être engagée s'il a omis de faire les examens requis, s'il a délivré un avis d'aptitude sans avoir cherché à savoir si le salarié a des consommations de substances psychoactives et si un lien de cause à effet entre un accident et cette conduite peut être démontré ». (Professeur Verkindt. Université de Lille 2)

5.1.5. le médecin du travail vis-à-vis du salarié

L'accompagnement médical du salarié exige la confiance de l'intéressé qui elle-même se construit dans la confidentialité : pour garantir l'exercice serein de cette responsabilité, il pourrait être envisagé de séparer les fonctions de prévention, d'expertise et de contrôle.

Pour ces deux dernières fonctions d'expertise et de contrôle, en s'inspirant de ce qui existe en santé sécurité routière (Commission médicale d'examen des conducteurs), la traçabilité, dans le dossier médical du salarié, des antécédents cliniques assure, en cas de litige ou d'accident, la lisibilité des cadres respectifs des responsabilités du médecin du travail et personnelle du salarié.

Dans tous les cas, le salarié est informé par le médecin du travail de la nature de ses responsabilités personnelles face à d'éventuels problèmes de santé susceptibles de survenir entre deux examens systématiques.

Le médecin du travail doit privilégier le maintien du salarié dans une activité professionnelle, sinon à son poste, du moins dans son entreprise. Ce qui est réalisable pour les entreprises d'un certain volume devient difficile, voire impossible, pour les entreprises artisanales, les PME, les TPE. Certains

syndicats ont proposé des mesures particulières, telles la facilitation d'une circulation inter-entreprises au niveau d'un territoire.

Des propositions adaptées devront être également faites pour la fonction publique, les collectivités territoriales, le monde agricole en complétant l'objectif 4-3 du Plan Santé Travail relatif à l'« aptitude et au maintien dans l'emploi » et l'objectif 4-6 qui vise à « mieux prendre en compte la spécificité des très petites entreprises... ».

Une politique de santé au travail concernant les conduites addictives nécessite d'articuler les diverses responsabilités dans les domaines de la santé, de la sécurité au travail et de la réglementation. Simultanément, les logiques sanitaire en santé environnementale et l'influence de directives européennes ouvrent la voie à des processus de coresponsabilités. La Commission recommande de faire porter la réflexion sur une plus grande différenciation entre ce qui relève de la personne du salarié (approches individuelles) et ce qui relève de la démarche de l'entreprise (approches collectives).

6. CONCLUSION

Les consommations de produits psychoactifs et leurs conséquences sur les personnes dans le monde du travail constituent une réalité encore bien souvent niée, sauf lorsqu'elles sont identifiées comme posant des problèmes de sécurité au travail.

Ce décalage entre des phénomènes attestés et leur prise en compte justifie que la MILDT s'en préoccupe et recherche, avec l'ensemble des acteurs du milieu professionnel, les orientations sur lesquelles fonder une politique de prévention plus appropriée.

Alors que l'entreprise s'est vu confier des fonctions élargies dont celle de préserver la santé de ses personnels, il conviendrait d'amender le Plan Santé Travail pour y inclure clairement la question des conduites addictives à l'image de ce qui a pu être fait avec le tabac et l'alcool comme déterminants santé dans le Plan Cancer.

En effet, au-delà de l'approche sécuritaire qui mobilise à juste titre les employeurs, les enjeux de prévention imposent désormais une réflexion globale sur la santé et la sécurité au travail, ce qui devrait faciliter la construction de nouveaux modèles d'action adaptés aux enjeux actuels.

Pour répondre à cette ambition, le rapport présente 27 recommandations, regroupées sous cinq orientations solidaires les unes des autres et qui exigent :

- **une dimension éthique** : le rapport préconise que la prise en compte des conduites addictives ne soit pas à l'origine d'une attitude discriminatoire pour le salarié, mais pose la légitimité de l'entreprise à se protéger des éventuels dommages liés aux conduites de consommation.
- **le développement de connaissances affinées du phénomène des conduites addictives dans le milieu professionnel, dans ses différentes dimensions**. Il s'avère indispensable de développer nos connaissances, actuellement trop fragmentaires dans ce domaine, en soutenant un programme d'études : identification, repérage, prévalence, problèmes posés par les modifications de comportements, réponses apportées, analyse des représentations, des attitudes et des pratiques.
- **une préoccupation forte à l'égard de la sécurité des personnels, du collectif ouvrier, de l'entreprise et des utilisateurs de l'entreprise** : l'approche sécuritaire s'est appuyée sur la définition des postes de sécurité ou des postes dits à risques. Il est nécessaire de redéfinir les critères en fonction desquels ces concepts ont une valeur opératoire. Dans l'état actuel, l'entreprise qui définit les compétences propres à ces postes se trouve souvent en contradiction avec le médecin du travail qui définit les aptitudes médicales nécessaires à l'exercice professionnel. L'articulation entre ces deux approches doit donner lieu, en concertation, à une recherche de convergence et être l'objet d'un choix rigoureux.
- **une redéfinition des missions des médecins du travail** : protection de la santé des salariés face aux risques professionnels, étendue aux problèmes posés par des conduites addictives ; appréciation de l'aptitude médicale, contrôle et expertise éventuellement. Cette redéfinition implique un élargissement des missions de la médecine du travail. A cet égard, les conduites addictives ont le mérite de conduire à poser clairement les problèmes : par exemple, en ce qui concerne le repérage des conduites addictives, leur évaluation, leur dépistage, leur contrôle régulier lors des examens de santé, dans les conditions spécifiques prévues pour des postes de sécurité.

Dans le cas où ces missions nécessiteraient des compétences que ne possèdent pas les médecins du travail, comme par exemple les tests psychotechniques, il conviendrait de faire appel à d'autres professionnels et d'élargir le champ des équipes pluridisciplinaires de santé au travail. Il faudra faire le choix entre confier toutes ces missions si diverses au seul médecin du

travail ou recourir à des personnes distinctes ayant chacune une mission spécifique comme on le retrouve dans certains pays, mais au risque d'une complexification et d'un surcoût.

- **le développement d'une politique de prévention dans l'entreprise et d'accès aux soins** : s'assurer que la poursuite de cet objectif ne soit pas cause éventuelle de discrimination, voire de rupture du contrat de travail. Ceci, comme pour d'autres institutions telle l'Ecole, oblige aussi à mener des actions de prévention non seulement dans l'entreprise, mais à l'initiative de l'entreprise. Ces actions de prévention doivent dépasser les seules problématiques de santé très directement liées aux activités de l'entreprise pour s'ouvrir vers ce que porte une politique nationale de santé publique, définie pour l'ensemble de la population. Le médecin du travail et l'équipe de santé au travail, quand elle existe, sont alors des conseillers techniques de l'entreprise. Ceci doit donner lieu à une négociation afin d'obtenir l'accord des différents partenaires.
- **des modifications du code du travail et du code de la santé** pour que soient cadrées et articulées la responsabilité de chacun et les coresponsabilités (les salariés, le médecin du travail, l'employeur). Ce travail de redéfinition s'avère incontournable : il est un préalable à l'instauration d'un climat de confiance fondé sur la transparence et le droit. Cette rigueur prendra sens dès lors que le Plan Santé Travail donnera toute sa place aux conduites addictives et définira le périmètre des thématiques de la prévention à prendre en considération dans l'entreprise.

Dans cette logique, le rapport met en évidence des questions clefs qui caractérisent ce que pourrait être cette nouvelle approche de la prévention des conduites addictives en milieu professionnel :

1. Le milieu de l'entreprise n'échappe pas à la présence et aux conséquences des conduites addictives, présentes dans la société civile, mais pourtant, souvent encore négligées, voire peu ou pas intégrées à la politique de santé et de prévention.
2. Leur prise en compte ne doit pas être à l'origine d'une attitude discriminatoire pour le salarié, mais elle pose la légitimité de l'entreprise à se protéger des éventuels dommages liés aux conduites de consommation.
3. Cette prise en compte oblige à développer des savoirs, non seulement sur l'incidence et la prévalence du phénomène, mais sur la façon dont il est géré par l'entreprise, les salariés, le service de santé au travail
4. Deux dimensions sont interpellées :
 - **la perspective classique, de nature sécuritaire**. Elle conduit à une réponse nouvelle : ne pas limiter la vigilance aux postes à risques. Elle exige le développement de critères et de moyens qui ont à croiser :
 - le diagnostic de l'employeur sur les compétences professionnelles du salarié
 - le prononcé de l'aptitude/inaptitude par le médecin du travail (à redéfinir)
 - les moyens d'appréciation à disposition du médecin du travail (cliniques, biologiques, psychotechniques...) qui pose la question de la nature des moyens de dépistage et de leur place dans une politique globale de prévention, à encadrer dans le code du travail et le code de la santé
 - **la perspective sanitaire** qui, sous l'angle promotion et prévention, occupe actuellement une place singulière dans les responsabilités de l'entreprise puisqu'elle se

limite à ne traiter que ce qui peut être directement déterminé par le champ d'activités de l'entreprise.

Il est proposé d'y inclure la question des conduites addictives sous les deux modes susceptibles de poser problème :

- l'usage individuellement et socialement réglé
- l'usage abusif

Il est proposé également de faciliter

- l'accès aux soins
- le maintien dans l'emploi

5. la mise en cohérence de cette double perspective conduit à clarifier la responsabilité de chacun des acteurs, pris isolément et dans ses relations à l'autre : le salarié qui engage sa responsabilité personnelle ; l'entreprise qui doit, dans le cadre de l'obligation de résultat qui est la sienne vis-à-vis de la santé de ses salariés, disposer des moyens de faire respecter la loi et le règlement intérieur ; le médecin du travail pour lequel se pose la question, non tranchée, de la compatibilité de ses différentes missions de prévention, d'expertise, et de contrôle.

En guise de résumé,

Les recommandations avancées ont pour objet d'adapter les actions de prévention aux conditions d'emploi et de travail et de réduire les accidents du travail en lien avec les consommations de cannabis et d'autres produits.

1. Lever le déni en ce qui concerne les conduites addictives dans le monde du travail

- considérer ces conduites comme une réalité
- modifier les représentations sur les conduites addictives
- conduire des études
- développer dans l'entreprise une politique spécifique en accord avec le Plan Santé Travail
- définir les rôles et compétences de chacun
- favoriser une mise en adéquation des textes législatifs et réglementaires

2. Promouvoir une approche intégrée qui prenne en compte et articule les dimensions sanitaire, sécuritaire et réglementaire des conduites addictives en milieu professionnel

- **Construire une politique de prévention**
 - promouvoir, dans l'entreprise, au-delà de la prévention des risques professionnels, une politique de prévention conforme aux objectifs de santé publique.
 - adopter une approche diversifiée conduisant à la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire de médecine du travail.
- **Donner toute sa place à l'approche sanitaire**
 - rendre, par des formations adaptées, tous les acteurs capables de reconnaître les différentes variétés de conduites addictives et leurs expressions
 - face aux conduites de consommation de substances psychoactives, faciliter l'accès aux soins sans discrimination, sans rupture du contrat de travail et favoriser un reclassement, si possible
 - faire une place particulière aux traitements de substitution aux opiacés : ces traitements ne déterminent pas d'altération majeure des compétences de la personne. Celle-ci ne doit faire l'objet d'aucune discrimination
 - Inscrire, dans le règlement intérieur de l'entreprise, le protocole ayant trait à l'approche sanitaire des conduites addictives.
- **Prendre en compte la composante sécuritaire**
 - garder et préciser la composante sécuritaire
 - redéfinir les critères sur lesquels reposent les définitions des postes de sécurité et des postes à risques
 - face aux risques potentiels, considérer le *dépistage à l'embauche* et le *dépistage périodique* comme justifiés pour les postes de sécurité et les postes à risques, encadrer le *dépistage circonstanciel* et exclure le *dépistage sauvage*.
- **Considérer les conduites addictives comme une composante de la problématique santé/sécurité**
 - redéfinir les critères de la décision d'aptitude médicale au travail
 - inclure la question des conduites addictives comme incontournable dans les directives ministérielles et dans le code du travail.

3. Traiter de façon particulière, mais en interrelation, ce qui ressort des rôles et de la responsabilité de chacun des acteurs :

- clarifier les compétences et les obligations de chacun des acteurs
- déterminer ce qui peut relever d'une responsabilité partagée
- développer une politique partenariale de l'ensemble des acteurs.

ANNEXE 1

Conduites addictives et milieu professionnel Instances ou personnalités auditionnées

- *Année 2005*

A été auditionné le vendredi 17 juin

- *Nicolas BROSSET, Médecin du travail, médecin coordonnateur du Groupe PSA Peugeot-Citroën Service médical*
BP 1403 68071 Mulhouse Cedex
03 89 09 30 16
nicolas.brosset@mpsa.com

Ont été auditionnés le 9 septembre

- *La RATP*
Dr BARD-FRENOT, adjoint au médecin coordonnateur
06 82 65 93 91
01 58 76 27 20
laurence.bard.frenot@ratp.fr
- *Le service de pathologie professionnelle de l'Hôpital Corentin Celton*
Professeur Alain DOMONT
06 07 05 88 58
01 58 00 40 88 (accord téléphonique du 13/07/2005)
mel : alain.domont@cl.aphp.fr

A été auditionné le 23 septembre

- *M. Pierre-Yves MONTELEON_ responsable du secteur Politique de santé au travail*
CFTC
13 rue des Ecluses Saint-Martin
75483 Paris cedex 10
01 46 14 85 44
06 88 85 28 50
pym@pym.net
monteleonpy-cnamts@wanadoo.fr
pierre-yves.monteleon@acms.asso.fr

Ont été auditionnés le 26 octobre

- *Dr Brigitte BANCEL-CABIAC, médecin, coordonnateur du travail. La Poste*
01 55 44 24 16
brigitte-bancelcabiace@laposte.fr
- *Dr. Pierre THILLAUD, membre du Conseil supérieur Prévention des risques professionnels (CGPME)*
01 48 78 55 05
amiplt@wanadoo.fr
- *Dr François PELLET*
Conseiller médical du Medef
Adresse:
UIMM, 56 Avenue de Wagram
75854 Paris Cedex 17
Tél 01 40 54 20 99
fpellet@uimm.com

Ont été auditionnés le 18 novembre

- *Dominique OLIVIER, membre du secrétariat confédéral de la CFDT*
01 42 03 80 29

mel : dolivier@cfdt.fr

et

- Henri FOREST, médecin du travail, administrateur de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)

mel : hforest@cfdt.fr

- Dr WEHBI :

Médecin chef de l'inspection du travail. Ministère des transports,
sur postes de sécurité, de sûreté *et* sécurité collective (à étendre au-delà du champ des transports)

vincent.wehbi@equipement.gouv.fr

Ont été auditionnés le 16 décembre

- M. Serge DUFOUR

Conseil supérieur de prévention des risques professionnels à la CGT

01 48 18 84 50

travail-sante@cgt.fr

- Bernadette CHANTAL (Mission Risque Alcool) et Jean-Claude PAIRON (médecin du travail)

GRH/T

SNCF

Bernadette.chantal@sncf.fr

01 53 42 96 93

06 22 65 32 59

- **Année 2006**

Ont été auditionnés le 18 janvier 2006

- M. Jean-Marc FONTEYNE

DRH. Groupe VINCI-Construction

jmfonteyne@vinci-construction.com

et

- M. Dominique MIALON

Directeur des affaires juridiques

SOGEA Construction

- Dr Raymond TRARIEUX

Président CAAM

ray.trarieux@club-internet.fr

Ont été auditionnés le 24 février 2006

- Mme Fabienne RATAJEK

fratajek@force-ouvriere.fr 01 40 52 83 95

Assistante confédérale Secteur Protection Sociale

accompagnée de M. Jiovanny DUMOULIN

Assistant Confédéral

jdumoulin@force-ouvriere.fr 01 40 52 84 26

Ont auditionnés le 16 mars 2006

- Mme Astrid FONTAINE

astrid.fontaine@free.fr

Ethnologue. Laboratoire de Recherche en Sciences Humaines

- Dr Mireille Chevalier et le Dr Gilles Arnaud

snpst@wanadoo.fr

05 61 99 20 77 / 06 70 24 76 53

Union Confédérale des Médecins Salariés de France

A été auditionné le 12 juillet 2006

- M. Bernard SALENGRO

b.salengro@cfecgc.fr

A été auditionné le 17 juillet 2006

- M. Pierre BUBAN

Président de l'UPA
upa@wanadoo.fr

- Mme SANDALE
Conseillère technique
01 47 63 31 31

ANNEXE 2

Conduites addictives et milieu professionnel

Le Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool incite à la responsabilisation des divers acteurs du monde du travail et à l'adaptation des actions de prévention aux conditions d'emploi et de travail des personnels. Il vise à renouveler les programmes d'action propres à réduire les accidents du travail en lien avec les consommations d'alcool, de cannabis et d'autres produits.

A cet effet, un groupe de réflexion s'est progressivement mis en place depuis mai 2005, à l'initiative du Président de la MILD.T. .

Composé à l'origine de représentants d'organisations de médecine du travail, il s'est ouvert à des experts du champ et s'est transformé en une Commission, coprésidée par le Professeur Philippe-Jean Parquet. Elle rendra, avant la fin du premier semestre 2006, un rapport d'étape avec pour objectifs de :

- formuler des recommandations en termes d'études à conduire
- identifier les leviers d'une amélioration de l'intervention dans le cadre professionnel
- proposer les évolutions requises en terme réglementaire, voire législatif

La phase préparatoire à l'installation de la Commission avait permis d'identifier les points suivants :

- relativement aux postes à risques : nécessité d'aller vers une plus grande transparence vis-à-vis des personnels
 - en ne se centrant pas trop spécifiquement sur ce qui est lié à la sécurité dans le champ de la circulation (trajets professionnels), mais en cernant, chez des personnels bien intégrés, les usages « récréatifs » susceptibles de présenter des risques,
 - en travaillant à leur définition au travers de trois entrées : compétences, sécurité, risques [une consommation qui altère chez l'agent les *compétences* qu'il a à mobiliser pour exercer ses fonctions en toute *sécurité* _pour lui, son collectif de travail, son entreprise, son environnement_ ce qui provoque une prise de *risques*].
- relativement aux actions de prévention : rendre compte d'expériences de terrain
 - dans lesquelles la prévention ne se fait pas uniquement par rapport aux conséquences sanitaires pour la personne, mais prend en compte les dommages induits,
 - en spécifiant les concepts qui sous-tendent les actions de prévention (agir sur les comportements ? sur l'ensemble des données de l'environnement de l'agent ? en fonction de la réglementation ?...),
 - en les éclairant par une approche qui croise les études conduites par des spécialistes, les représentations communément partagées et celles plus reconstruites par l'environnement professionnel de l'agent qui s'adonne à la consommation de produits.

La phase d'auditions a pour objet de permettre, en fonction des points de vue des représentants des partenaires sociaux, de proposer des recommandations suffisamment larges pour qu'elles puissent être reprises par les différentes branches professionnelles qui leur donneront la dimension requise.

ANNEXE 3

Références légales et réglementaires concernant santé au travail et pratiques addictives

Les principaux textes législatifs et réglementaires concernant "Santé au travail et pratiques addictives" ou, plus exactement, permettant de les mettre en relation, appartiennent à différents Codes : Code du Travail, Code de la Santé publique, Code de Déontologie, Code de la Route, Code Pénal pour l'essentiel.

Code du Travail :

- Articles L. 122-34, L. 230-2 (obligation générale de sécurité à la charge du chef d'entreprise), L. 230-3 et L. 232-2
- Articles R. 241-30, R. 241-41, R. 241-48, R. 241-50, R. 241-52 (articles spécifiques au rôle du médecin du travail)
- Articles R. 242-1 à R. 242-24 (fonction publique hospitalière)
- Articles R. 243-1 à R. 243-15 (travailleurs temporaires)

Code de la Santé publique :

- Articles L. 355-14 et suivants et L. 628 et suivants
- Article R. 5132-114

Code de Déontologie :

- Article 95 (Article R. 4127-95 du Code de la Santé publique)

Code Pénal :

- La Loi du 31 décembre 1970 (modifiée à plusieurs reprises depuis sa promulgation) et la Loi du 12 juin 2003

Code de la Route :

- Décret n° 2003-642 du 11 juillet 2003
- Article R. 221-10
- Article R. 221-13
- Article L. 234-3

On trouve également des dispositions susceptibles de concerner le champ visé dans le Code des Assurances, le Code de la Marine marchande, le Code de l'Aviation civile et la réglementation des Chemins de fer.

Il convient enfin de ne pas oublier la jurisprudence en la matière.

A noter enfin la parution toute récente de la circulaire du 24 novembre 2006 concernant la lutte contre le tabagisme (JO du 5 décembre 2006), qui apporte des informations sur le pouvoir disciplinaire de l'employeur (Annexe 1).

