

Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés

Sous la direction de
COLETTE MÉNARD
GÉRALD DEMORTIÈRE
ÉRIC DURAND
PIERRE VERGER
FRANÇOIS BECK



Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés

Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés

- Prise en compte des pratiques addictives par les médecins du travail
- Approche des problématiques de santé au travail chez les médecins généralistes
- Relations entre médecins du travail et médecins généralistes

Sous la direction de

COLETTE MÉNARD

GÉRALD DEMORTIÈRE

ÉRIC DURAND

PIERRE VERGER

FRANÇOIS BECK

Préface de

THANH LE LUONG

STÉPHANE PIMBERT

JEAN-JACQUES BLED

Postfaces de

PAUL FRIMAT

JEAN-LUC GALLAIS ET CLAUDE LEICHER



Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Vincent Fournier**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex - France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de la mention des sources et à l'exception des photos.

Pour nous citer : Ménard C., Demortière G., Durand E., Verger P., Beck F., dir.
Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés.
Saint-Denis : Inpes, coll. Études Santé, 2011 : 192 p.

ISBN 978-2-9161-9230-7

Cet ouvrage présente deux études réalisées en 2009

■ **La première étude a été menée auprès des médecins du travail**, interrogés sur leurs opinions et pratiques en matière de prévention des conduites addictives. Cette étude a été réalisée et financée par :

- l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes),
- l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS),
- la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF).

■ **La seconde étude a été menée auprès des médecins généralistes** sur des questions de santé au travail. Elle a été réalisée et financée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Ces deux études ont reçu les financements du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés.

Comités de pilotage des études

Enquête « Médecins du travail »

François Beck (Inpes)

Colette Ménard (Inpes)

Bernard Siano (INRS)

Éric Durand (INRS)

Jean-Jacques Bled (président de la SMTOIF)

Gérald Demortière (SMTOIF)

Pierre Verger (Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur)

Enquête « Médecins généralistes et santé au travail »

François Beck (Inpes)

Colette Ménard (Inpes)

Gérald Demortière (SMTOIF)

Pierre Verger (Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur)

Mireille Fontaine (Direction générale de la santé, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé)

Auteurs de l'ouvrage

François Beck, statisticien, responsable du département « Enquêtes et analyses statistiques », Direction des affaires scientifiques, Inpes

D^r Corinne Dano, médecin du travail, addictologue, Praticien Hospitalier au CHU d'Angers

D^r Gérard Demortière, médecin du travail coordinateur à l'Association interentreprises de médecine du travail de l'Île-de-France (AMETIF), membre de la Société française de médecine du travail (SFMT), de la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF) et de la Société française d'alcoologie (SFA)

D^r Damien Duquesne, médecin du travail, psychothérapeute, addictologue, Praticien Hospitalier au Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'Arras

D^r Éric Durand, Praticien Hospitalier, hôpitaux de Saint-Maurice ; ancien conseiller médical, département « Études et assistance médicales », INRS

Françoise Facy, épidémiologiste, directrice de recherche Inserm (UMRESTTE : Unité mixte de recherche, épidémiologie, santé, transport, travail, environnement)

D^r Benoît Fleury, médecin, addictologue, Praticien Hospitalier au Centre hospitalier universitaire de Bordeaux ; administrateur de la SFA

D^r Claudine Gillet, médecin, addictologue, Praticien Hospitalier au CSAPA de Nancy ; administrateur de la SFA

Colette Ménard, psychosociologue, chargée d'expertise scientifique, département « Enquêtes et analyses statistiques », Direction des affaires scientifiques, Inpes

D^r Philippe Michaud, médecin, addictologue, directeur médical de l'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (IPPSA), chef de service du CSAPA Victor-Segalen

D^r Michel Paris, médecin du travail, Association interentreprises de médecine du travail de l'Île-de-France (Ametif), membre de la SMTOIF

Jean-Baptiste Richard, statisticien, chargé d'études et recherches, département « Enquêtes et analyses statistiques », Direction des affaires scientifiques, Inpes

D^r Alain Viau, médecin généraliste, Grand conseil de la Mutualité des Bouches-du-Rhône, médecin de santé publique, Observatoire régional de la santé PACA

D^r Pierre Verger, médecin épidémiologiste, directeur des études à l'Observatoire régional de la santé PACA, membre de l'unité mixte de recherche SE4S « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés » INSERM / IRD / Universités Aix-Marseille

Coordination des enquêtes et de l'ouvrage

Colette Ménard (Inpes)

Gestion des bases des données et vérification des analyses

Jean-Baptiste Richard (Inpes)

Remerciements

Pour la relecture de l'ensemble de l'ouvrage

D^r Geneviève Abadia, chef du département « Études et assistance médicales », Institut national de recherche et de sécurité
D^r Patricia Maladry, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé,
Direction générale du travail

Michel Massacret, chargé de mission, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité

Valérie Blineau (directeur d'études), **Élisabeth Le Berre** et **Marion Martin** (chargées d'études) de l'Institut GfK-ISL
Éric Guillemin (responsable terrain), **Michael Leonard** (chef d'équipe), ainsi que l'ensemble des enquêteurs de l'Institut GfK-ISL

Pour leur contribution aux recherches documentaires

Céline Deroche et **Laëtitia Haroutunian** (Inpes)

Pour son soutien dans l'organisation des comités de pilotage et le suivi de l'enquête

Béatrice Gallaine (Inpes)

Préface

Les facteurs de risques professionnels et la qualité de vie au travail deviennent des enjeux importants pour la santé des populations. Les professionnels de santé – médecins du travail et médecins généralistes – sont de plus en plus confrontés à l'impact de ces facteurs sur la santé de leurs patients : déclarations de maladies professionnelles, expression de souffrances psychiques, maladies aiguës ou chroniques, pratiques addictives, arrêts de travail prolongés ou récurrents.

Dans ce contexte – où les conditions de travail et les conditions de vie s'imbriquent toujours plus étroitement, où la population fait face aux exigences de l'emploi, du travail, de la performance, parfois au mépris et/ou au détriment de sa santé – les coopérations entre médecins du travail, médecins généralistes et, plus largement, réseaux de santé doivent nécessairement se renforcer.

Mais les médecins sont-ils préparés à élargir ainsi leurs champs d'action et de coopération ?

Dans le cadre du Plan national de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, les Assises nationales organisées par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ont débattu de la place du médecin du travail dans la prévention et la réduction des risques liés aux consommations de substances psychoactives en milieu professionnel ; ces missions sont désormais inscrites dans le texte de loi relatif à l'organisation de la médecine du travail du 20 juillet 2011.

Les recommandations du Haut Conseil de la santé publique, le Plan Santé au travail (PST 2) et le Plan national santé environnement (PNSE 2) ont pointé le manque de formation des médecins de soins en santé au travail et la nécessité de les doter, ainsi que les médecins du travail, de recommandations de bonnes pratiques.

Fortement engagés aux côtés des pouvoirs publics dans des actions d'information, de formation et d'assistance aux professionnels de santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF) ont décidé de partager leurs champs d'études et de réflexion afin de rendre compte, en partie, de l'activité des professionnels de santé dans le champ de la santé au travail, de leurs enjeux et difficultés.

Cet ouvrage fait état de deux études distinctes mais complémentaires : l'une porte sur l'implication des médecins du travail dans le champ des pratiques addictives et, plus largement, de la santé publique ; l'autre sur les opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de santé au travail. Un volet commun aux deux enquêtes interroge les perceptions croisées des médecins généralistes et des médecins du travail sur leurs relations de coopération.

Ce choix éditorial procède de la volonté de valoriser les pratiques et de faire partager aux deux professions les métiers respectifs de chacun et les perspectives de réelles opportunités de collaborations.

Nous tenons tout particulièrement à remercier :

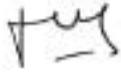
- les professionnels de santé qui ont accepté de nous livrer leurs expériences ;

- le ministère du Travail, la Direction générale de la santé et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie qui nous ont accompagnés dans ce travail ;

- le professeur Frimat et les docteurs Gallais et Leicher qui nous ont livré en postface leurs analyses et perspectives.

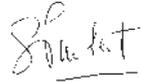
Thanh Le Luong

Directrice générale
de l'Inpes



Stéphane Pimbert

Directeur général
de l'INRS



Jean-Jacques Bled

Président de
la SMTOIF



Sommaire

Préface

19 | **Méthodologies des enquêtes « Médecins du travail » et « Médecins généralistes et santé au travail »**

Jean-Baptiste Richard, François Beck

Ce chapitre expose les objectifs des deux enquêtes, les méthodes d'échantillonnage, de redressement des échantillons, les bilans d'exploitations, et donne des précisions sur les analyses statistiques opérées.

27 | **Enquête « Médecins du travail » (Inpes, INRS, SMTIOF)**

29 | **Mésusage de substances psychoactives : quel rôle de prévention pour les médecins du travail ?**

Colette Ménard, Jean-Baptiste Richard, D^r Claudine Gillet, D^r Corinne Dano

Le Plan national de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 prévoyait de réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage de substances psychoactives en milieu professionnel. Il met également l'accent sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues illicites, en lien avec la médecine de ville, les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les services hospitaliers. De son côté, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis un certain nombre de recommandations professionnelles concernant le dossier médical en santé au travail (DMST) ; elle recommande notamment qu'un certain nombre d'informations concernant la santé des travailleurs y soient consignées : le repérage des données actualisées sur les usages d'alcool, de tabac et d'autres substances psychoactives (SPA), les traitements en cours, l'existence ou l'absence de symptômes physiques ou psychiques, les liens possibles entre les éventuels symptômes et une exposition professionnelle. Ce chapitre traite du positionnement et des pratiques des médecins du travail sur les questions de conduites addictives et de suivi individuel des salariés : opinions des médecins à l'égard des substances psychoactives, documentation du dossier médical des patients,

utilisation de questionnaires d'aide au repérage des facteurs de risques ou au dépistage de pathologies, formation des médecins en addictologie, difficultés liées au repérage des consommations, coopération des médecins du travail avec la médecine de ville et les structures spécialisées de soins et d'accompagnement en addictologie.

69 |

Connaissances et pratiques du repérage précoce et des interventions brèves par les médecins du travail

D^r Philippe Michaud, D^r Gérald Demortière, Colette Ménard, Jean-Baptiste Richard

La pratique du repérage précoce et des interventions brèves (RPIB) est recommandée depuis près de dix ans par différentes instances médicales et scientifiques, internationales (Organisation mondiale de la santé, Commission de l'Union Européenne) et nationales (Société française d'alcoologie, Direction générale de la santé, Académie de médecine). Plusieurs questionnaires pratiques et efficaces ont été créés et validés pour être mis à disposition des professionnels de santé. Ce chapitre explore les connaissances des médecins du travail sur ces interventions, leur propension à les mettre en pratique, ainsi que sur leurs dispositions à s'y former.

81 |

Tests de dépistage : opinions et pratiques des médecins du travail

D^r Éric Durand, Jean-Baptiste Richard, D^r Michel Paris

Les questions liées au contrôle et au dépistage des drogues sur le lieu de travail ont longtemps été débattues ces dernières années. Si certains pays ont intégré le dépistage dans leur législation (Finlande, Irlande, Norvège), il n'existe pas au niveau européen d'approche législative contraignante ; chaque État membre est à même de disposer de son propre cadre juridique. Les États généraux et les Assises nationales « Drogues illicites et risques professionnels », organisés par la MILDT et la Direction générale du travail, ont placé la question du dépistage au cœur des débats. Dans ce contexte, il semblait important en 2009 de connaître les opinions des médecins sur les tests de dépistage et leurs conditions de mise en application. À qui revient-il

de pratiquer les tests de dépistage ? Quelle est leur pertinence ? Quels sont les médecins prescripteurs ? Ce chapitre rappelle les points de législation, les obligations générales de l'employeur en matière de santé et de sécurité, les modalités de contrôle du dépistage mises en œuvre et la jurisprudence qui prévalaient au moment de l'enquête.

L'avis du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (« Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanies en milieu de travail »), rendu public le 5 mai 2011 à la suite de la saisine de la MILDT, fait l'objet d'un encadré en fin de chapitre.

95 |

Actions collectives en entreprise : la place des médecins du travail

Colette Ménard, Françoise Facy, D^r Benoit Fleury, D^r Damien Duquesne

Les actions collectives conditionnent la première étape de toute démarche de prévention réalisée en entreprise. Leur élaboration doit être concertée en réunissant l'ensemble des acteurs de l'entreprise, dans l'objectif de réduire ou supprimer les pratiques addictives. Les principes généraux de prévention fondent l'obligation générale de prévention des risques professionnels et imposent à l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, notamment par des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation des travailleurs. De plus, le texte de loi relatif à l'organisation de la médecine du travail adopté le 20 juillet 2011 a introduit explicitement dans les missions des services de santé au travail la prévention des consommations d'alcool et de drogues sur le lieu de travail. Ce chapitre aborde les modalités de coopération des médecins du travail avec les DRH, les représentants du personnel, les IPRP et leur participation à ces actions collectives de prévention.

113 | **Enquête « Médecins généralistes et santé au travail »
(Inpes)**

115 | **Médecins généralistes et santé au travail**

D^r Pierre Verger, Colette Ménard, Jean-Baptiste Richard, D^r Alain Viau

La santé au travail constitue un enjeu de santé publique pour lequel le médecin généraliste peut avoir un rôle important à jouer. En effet, de nombreux événements sont susceptibles d'affecter les salariés dans leur activité professionnelle ; de même, certaines situations professionnelles sont susceptibles d'aggraver la santé des travailleurs. Plusieurs situations peuvent ainsi donner au médecin généraliste l'occasion de conseiller son patient et d'entrer en contact avec le médecin du travail : la visite de préreprise, la recherche d'expositions professionnelles actuelles ou passées, les déclarations de maladies à caractère professionnel et de maladies professionnelles. Ce chapitre aborde les perceptions croisées des médecins généralistes et des médecins du travail sur leurs différents métiers et sur leurs relations de coopération, le rôle attendu des médecins généralistes en santé au travail, les pathologies liées au travail rencontrées par les généralistes, les occasions de sollicitation des médecins du travail, les freins à la déclaration de maladies professionnelles, ainsi que les besoins de formations.

155 | **Postfaces**

157 | **Médecin du travail / médecin généraliste : constats et perspectives**
P^r Paul Frimat

163 | **Médecine générale, médecine du travail : deux spécialités aux
fonctions et expertises complémentaires**
D^r Jean-Luc Gallais et D^r Claude Leicher



169	Annexes
171	Lettre-annonce de l'enquête « Médecins du travail »
172	Questionnaire de l'enquête « Médecins du travail »
180	Lettre-annonce de l'enquête « Médecins généralistes et santé au travail »
181	Questionnaire de l'enquête « Médecins généralistes et santé au travail »
187	Liste des tableaux et figures

Méthodologies des enquêtes « Médecins du travail » et « Médecins généralistes et santé au travail »

JEAN-BAPTISTE RICHARD
FRANÇOIS BECK

En complément des enquêtes qu'il mène auprès des professionnels de santé (notamment le Baromètre médecin généraliste [1]), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a mis en place deux enquêtes indépendantes :

- l'une, avec l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), porte sur l'implication

des médecins du travail (MT) dans le champ de la santé publique et des addictions ;

- l'autre porte sur les opinions et pratiques des médecins généralistes (MG) en matière de santé-environnement et santé au travail. Un volet commun aux deux enquêtes s'intéresse aux relations entre médecins du travail et médecins généralistes.

MÉTHODE D'ENQUÊTE

ÉCHANTILLONNAGE

Il s'agit d'enquêtes téléphoniques réalisées dans un cas auprès des médecins du travail, dans l'autre auprès des praticiens libéraux de médecine générale exerçant en France métropolitaine. Dans les deux cas, les échantillons ont été tirés dans une base d'adresses fournies par la société Cegedim®.

Dans l'enquête MT, outre la stratification sur la taille d'agglomération et le sexe, il a été choisi de stratifier sur le régime d'appar-

tenance des médecins du travail : interentreprises / autonomes / fonction publique / hospitaliers / MSA. Le nombre total de médecins du travail en France est d'environ 7 000 [2]. Afin de disposer d'effectifs suffisants pour réaliser des analyses au sein de chaque régime, il a été décidé d'interroger 150 médecins par régime, indépendamment de la taille réelle de chacune de ces populations, soit 750 médecins du travail au total. Un redressement a par la suite été effectué à partir de la distribution des régimes issue du

fichier Cegedim®, permettant de redonner à chaque type de service son poids réel afin d'être en mesure d'opérer des analyses représentatives de la population des médecins du travail.

Pour l'enquête MG, l'objectif a été de constituer un échantillon d'environ 750 médecins généralistes, à partir d'un échantillon stratifié sur le sexe, la région ainsi que le type de cabinet (en groupe ou individuel).

La représentativité de chaque échantillon a été garantie par une méthode d'échantillonnage aléatoire reposant sur :

- la méthode de tirage et de constitution de la base de sondage ;
- la méthode d'exploitation des adresses.

MÉTHODE DE TIRAGE

Pour l'enquête MT, le tirage d'adresses a été effectué à l'intérieur de chacune des cinq strates de régimes, pour un total de 1 492 adresses. Dans le cas où une strate ne comportait pas suffisamment d'adresses, l'exhaustivité des adresses de la strate a été utilisée pour l'étude (exemple : régime MSA). Pour l'enquête MG, 1 700 adresses ont été tirées aléatoirement du fichier Cegedim®.

MÉTHODE D'EXPLOITATION DES ADRESSES

Afin d'assurer une bonne qualité de l'exploitation des adresses (quantité d'adresses mises en exploitation, coefficient d'insistance), les bases de sondage ont été structurées en « blocs d'adresses ». Ces blocs, sous-échantillons représentatifs de la structure de l'échantillon total, permettent d'ajuster le nombre d'adresses à utiliser pendant le terrain selon le taux de participation, afin d'atteindre le nombre d'enquêtés fixé. L'ouverture des blocs est en effet réalisée en fonction du bilan d'exploitation des adresses, au fur et à mesure de l'avancement de l'enquête.

MODE DE COLLECTE

La gestion des appels et le recueil des données ont été réalisés sur un système de collecte assistée par téléphone et informatique (CATI). Ce système s'est appuyé sur le logiciel Converso qui permet d'organiser les procédures d'appel, les prises de rendez-vous, les reprises d'interviews, le déroulement du questionnaire et la programmation de filtres, ainsi que la saisie informatique des données en temps réel.

DIMINUER LES TAUX DE REFUS

Afin de limiter les taux de refus de participation aux enquêtes, plusieurs mesures ont été prises.

1. Envoi d'une lettre annonce : une lettre annonçant l'intérêt et les objectifs de l'enquête a été envoyée aux médecins, préalablement à l'appel téléphonique. Cette lettre était cosignée par l'Inpes et par le président du conseil de l'Ordre des médecins pour l'enquête MG ; par l'Inpes, l'INRS et la Société de médecine du travail Ouest Île-de-France (SMTOIF) pour l'enquête MT.

2. Rappel des médecins refusant : tout numéro de téléphone ayant conduit à un refus (exprimé par le médecin lui-même ou par son secrétariat) a été rappelé par une équipe restreinte d'enquêteurs particulièrement expérimentés et spécialement formés à ce type de rappel. Un délai de sept jours minimum a été appliqué avant de contacter à nouveau les médecins. Cette exploitation des refus a permis de récupérer près de 10 % des interviews dans le bilan final pour l'enquête MG. Elle a été également effectuée dans le cas de l'enquête MT, mais elle était moins nécessaire dans la mesure où le taux de participation observé était déjà assez élevé.

3. Une durée de questionnaire limitée à une trentaine de minutes, au-delà desquelles le risque de refus apparaissait plus élevé.

LES QUESTIONNAIRES

Les questionnaires ont été élaborés par le groupe de pilotage.

Les questions posées aux médecins du travail devaient permettre d'atteindre les grands objectifs suivants :

- identifier, pour les médecins du travail, l'importance de la place des addictions parmi les différentes priorités de santé au travail ;
- évaluer les opinions des médecins du travail sur les questions de conduites addictives ;
- identifier les pratiques des médecins du travail dans le cadre du suivi des patients (documentation du dossier médical, utilisation de tests ou autoquestionnaires, pratique de techniques d'interventions brèves, implication dans la prévention, sentiment personnel d'efficacité, obstacles à la prévention) ;
- évaluer les sollicitations et la participation des médecins du travail à des démarches de prévention collective en entreprise ;

- appréhender la perception des médecins du travail sur leurs relations avec les médecins généralistes.

L'enquête MG s'est déroulée en complémentarité du *Baromètre santé médecins généralistes 2009* de l'Inpes et concerne les opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de santé-environnement et de santé au travail. Cet ouvrage ne traite que des aspects de santé au travail. Les objectifs de l'enquête étaient les suivants :

- connaître le degré d'information et de formation des médecins généralistes en ce domaine, repérer leurs sources d'information ;
- appréhender les pathologies au travail rencontrées par les généralistes ;
- repérer les freins à la déclaration de maladie professionnelle ;
- appréhender les relations entre médecins généralistes et médecins du travail.

BILAN DU TERRAIN

Les deux enquêtes ont été confiées à l'Institut GfK-ISL.

L'enquête MT s'est déroulée du 19 mai au 6 juillet 2009, avec une durée moyenne du questionnaire de 29 minutes. L'enquête MG s'est déroulée du 8 octobre au 10 décembre 2009, pour une durée moyenne de 36 minutes. Chaque enquête a été précédée d'une formation des enquêteurs et d'une étude pilote destinée à vérifier la programmation, la compréhension et la durée de passation du questionnaire.

Le **tableau 1** présente le bilan d'exploitation pour les deux enquêtes. Une ligne « problème de numéro » regroupe les

appels à des faux numéros, à des fax ou modems, à des numéros non valides (disque France Télécom). Les individus « hors cible » sont le plus souvent des médecins retraités ou des spécialistes. Ont également été classés « hors cible » dans l'enquête MT les médecins du travail n'appartenant pas au régime prévu, ainsi que les rendez-vous non aboutis car le quota de médecins à interroger était atteint, ce qui explique la forte proportion de « hors cible » dans le bilan MT.

Au final, 752 médecins généralistes ont été interviewés et 750 médecins du travail. Le taux de refus apparaît très différent entre

les deux enquêtes puisqu'il est de 43 % pour l'enquête MG, contre seulement 7 % pour l'enquête MT pour laquelle une adresse sur deux a finalement abouti à une interview.

Si le taux de refus observé pour les médecins généralistes concorde avec ceux observés dans les enquêtes précédentes sur cette population [1], celui des médecins du travail apparaît particulièrement faible. Ces

différences s'expliquent vraisemblablement par une plus grande habitude des médecins du travail à l'égard des enquêtes (souvent de nature épidémiologique) et par leur mode d'exercice.

Quelle que soit l'enquête, le taux d'abandon (arrêt en cours d'appel téléphonique) est faible, de 2,4 % pour l'enquête MG et quasi nul pour l'enquête MT.

TABLEAU I

Bilan d'exploitation des enquêtes « Médecins du travail » et « Médecins généralistes et santé au travail »

	Médecins généralistes		Médecins du travail	
	Effectifs	% base interrogable	Effectifs	% base interrogable
Base totale	1700		1492	
Problème de numéro	34	-	102	-
Injoignable (sans réponses / occupés / répondeur)	20	-	14	-
Hors cible	169	-	471	-
Base interrogable	1477	100	905	100
Refus	633	42,9	63	7,0
- Raccroche	2		12	
- Refus secrétariat	171		17	
- Refus médecin	460		34	
RDV non aboutis	57	3,8	90	9,9
Abandons	35	2,4	2	0,2
Interviews réalisées	752	50,9	750	82,9

Sources : enquête Inpes / INRS / SMTOLF ; enquête Inpes.

STRUCTURE DES ÉCHANTILLONS ET ANALYSES

En ce qui concerne l'enquête MT, l'échantillon des 750 médecins interrogés apparaît conforme à la structure des données du fichier Cegedim® traitées par l'Institut GfK-ISL, que cela concerne la répartition par sexe, par âge, ou par région [figure 1 et tableau II].

Toutefois, l'échantillon étant volontairement déstructuré en fonction des régimes, un redressement a été effectué afin de pou-

voir réaliser des analyses représentatives de l'ensemble de la population étudiée [tableau II]. Ainsi, les médecins inter-entreprises représentent 64,8 % de l'échantillon redressé (contre 20 % de l'échantillon brut) car ils sont les plus nombreux en réalité. Inversement, les médecins travaillant en MSA, très peu nombreux en réalité, ne représentent que 3,5 % de l'échantillon redressé (contre 20 % de l'échantillon brut).

Ceci invite à considérer les analyses de l'enquête MT avec certaines précautions. Lorsque le but était de comparer les régimes entre eux ou d'étudier un régime en particulier, les effectifs bruts ont été considérés, ceci afin de disposer d'effectifs identiques au sein de chaque classe.

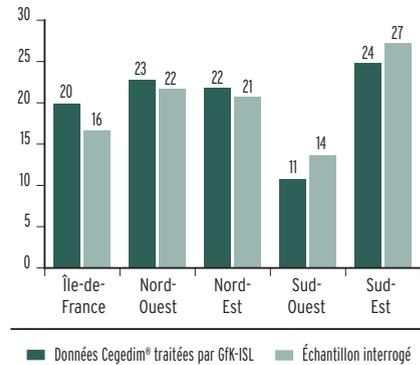
C'est également le choix qui a été retenu lorsque des facteurs « ajustés sur le régime d'appartenance » devaient être mis en évidence dans des régressions logistiques ou polytomiques.

En revanche, lorsque l'objet de l'analyse concernait la population globale des médecins du travail, les effectifs redressés ont été utilisés afin que l'échantillon soit représentatif de l'ensemble des médecins du travail.

FIGURE 1

Représentativité de l'échantillon « Médecins du travail », par région

Représentativité de l'échantillon interrogé, base de 750 répondants en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

TABLEAU II

Structure de l'échantillon « Médecins du travail »

	Médecins du travail			
	Non redressé		Redressé	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Sexe				
Homme	224	29,9	221	29,5
Femme	526	70,1	529	70,5
Âge				
< 45 ans	107	14,3	106	14,0
45-50 ans	133	17,7	105	14,0
> 50 ans	510	68,0	540	72,0
Régime				
Autonome	150	20,0	113	15,1
Fonction publique	150	20,0	47	6,2
Interentreprises	150	20,0	486	64,8
Hôpitaux	150	20,0	78	10,4
MSA	150	20,0	26	3,5

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

La structure de l'échantillon obtenue pour l'enquête MG [tableau III] apparaît proche de la distribution observée dans les fichiers administratifs de la CNAMTS (SNIR) ou dans le fichier Cegedim®. La seule diffé-

rence observée concerne le lieu d'exercice, les refus ayant été plus fréquents dans les cabinets de groupe. Au final, il n'a pas été jugé nécessaire de redresser les données pour l'analyse.

TABLEAU III

Structure de l'échantillon Médecins généralistes

	Médecins généralistes		Cegedim (%)	Snir 2008 (%)
	Effectifs	%		
Âge				
moins de 50 ans	305	40,7		39,0
> 50 ans	445	59,3		60,9
Sexe				
Homme	528	70,2	72,9	
Femme	224	29,8	27,1	
Région UDA				
Région parisienne	115	15,3	15,7	
Nord-Ouest	153	20,3	21,7	
Nord-Est	173	23,0	23,0	
Sud-Ouest	99	13,2	12,6	
Sud-Est	212	28,2	27,0	
Lieu d'exercice				
Cabinet individuel	402	53,5	45,2	
Cabinet de groupe	350	46,5	54,8	
Secteur d'activité				
Secteur 1	666	88,7		87,3
Secteur 2	81	10,9		11,5
Non conventionné	3	0,4		1,2

Source : enquête Inpes.

PRÉCISIONS SUR L'ANALYSE

Il s'agit ici de présenter succinctement le principe des différentes méthodes statistiques mises en œuvre dans cet ouvrage, ainsi que leurs modalités d'interprétation. Deux logiciels ont été utilisés : Stata (Version 10 SE) et R (Version 2.9.0) pour la statistique descriptive et les modèles logistiques.

Dans les différents chapitres, il est souvent question de « significativité » (par exemple pour évaluer l'intensité d'une relation entre

deux variables qualitatives croisées dans un tableau). Lorsqu'un statisticien doit se prononcer sur le caractère significatif ou non d'une relation entre deux valeurs, il teste une « hypothèse d'indépendance ». On dira donc d'une relation statistique qu'elle est **significative** au seuil p si la probabilité de se tromper en rejetant l'hypothèse d'indépendance est inférieure ou égale à p . Les seuils utilisés sont 5 %, 1 %, 0,1 % (notés respectivement $p < 0,05$, $p < 0,01$ et $p < 0,001$). Le test utilisé dans cet ouvrage pour l'analyse d'in-

dépendance des tableaux de contingence est le test du χ^2 de Pearson.

Les statistiques descriptives ont un inconvénient majeur : elles mettent en évidence les liaisons statistiques entre des variables, mais ne permettent pas de contrôler les effets de structure, qu'ils proviennent des variables sociodémographiques ou d'autres facteurs de confusion possibles. Les modèles statistiques de régression permettent justement de démêler de telles situations, en

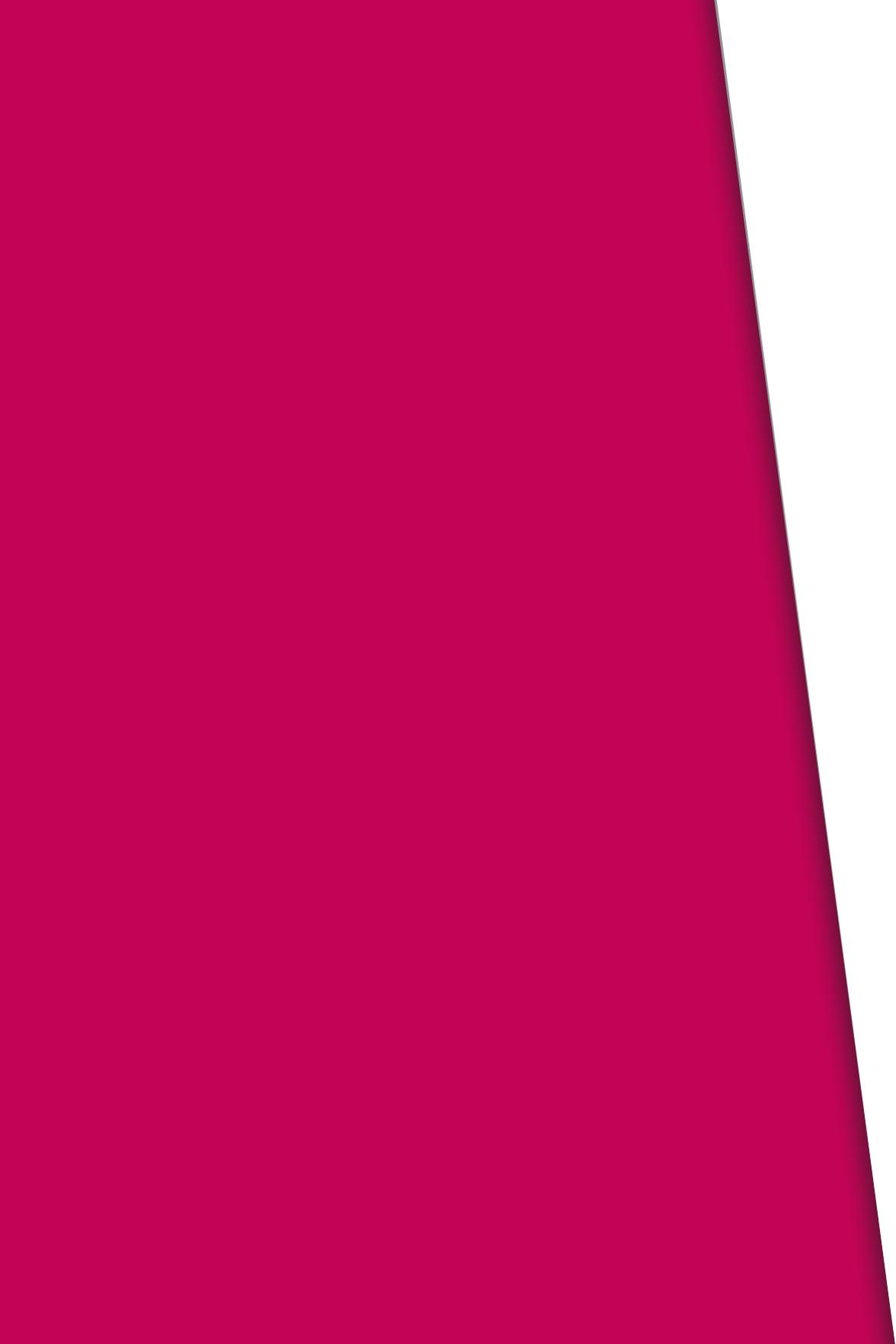
mesurant l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en tenant compte des autres variables introduites dans le modèle. Ainsi, des analyses de variances, ainsi que des régressions logistiques ou multinomiales, ont parfois été menées afin de contrôler les effets de structure, l'objectif n'étant pas de mesurer avec précision la force des liens, tout au plus de les hiérarchiser [3].

Relecteurs

D^r Geneviève Abadia (INRS), Arnaud Gautier (Inpes), Colette Ménard (Inpes).

Bibliographie

- [1] Gautier A. (dir.) *Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003*. Saint-Denis : Inpes, 2005 : 275 p.
- [2] Direction générale du travail. *Conditions de travail. Bilan 2010*. Paris, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011.
- [3] Gouriéroux C. *Économétrie des variables qualitatives* (2^e éd.). Paris : Economica, 1989 : 403 p.



**ENQUÊTE « MÉDECINS DU TRAVAIL »
(INPES, INRS, SMTOIF)**

Mésusage de substances psychoactives : quel rôle de prévention pour les médecins du travail ?

COLETTE MÉNARD
JEAN-BAPTISTE RICHARD
D^R CLAUDINE GILLET
D^R CORINNE DANO

CONTEXTE

Les substances psychoactives (voir encadré ci-dessous), en particulier le tabac et l'alcool, sont responsables en France d'environ 90 000 décès évitables par accident et par maladie, dont près de 40 000 cancers. Elles interviennent dans près de 30 % de la mortalité précoce (avant 65 ans) et sont donc fortement dommageables à la population active [1-7].

On définira ici une substance psychoactive (SPA) comme « *une substance chimique qui agit sur le système nerveux central en y modifiant des processus biochimiques et physiologiques, sans préjuger de sa capacité à induire des phénomènes de dépendance, ni de toxicité.* » [8]

Selon les données publiées [9] par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), reposant sur les

données des enquêtes Baromètre santé 2010, Escapad 2008, Espad 2007 et HBSC 2006, la France compte :

- 41,3 millions de consommateurs d'alcool sur l'année ;
- 15,8 millions de consommateurs de tabac ;
- 3,8 millions d'usagers de cannabis ;
- 400 000 usagers de cocaïne et 150 000 d'ecstasy¹ ;
- 500 000 expérimentateurs dans leur vie d'héroïne².

Si les chômeurs et les emplois précaires sont les plus fortement touchés par un usage avéré de consommations psychoactives [13, 14, 15], celles-ci n'épargnent pas la population des salariés actifs.

1. Les usages d'alcool, de cannabis et de cocaïne sont majorés chez les jeunes sortis du système scolaire et/ou en apprentissage, par rapport aux élèves et étudiants [10].

2. Les données du Baromètre 2005 indiquaient environ 8,7 millions de consommateurs de médicaments psychotropes [11, 12].

Suivant les données du *Baromètre santé 2005*³, 28 % des actifs occupés de 16-65 ans sont des consommateurs réguliers de tabac, 10 % déclarent consommer quotidiennement de l'alcool et, selon le questionnaire Audit-C (voir p. 70), 8 % présentent un risque chronique de dépendance. La prévalence déclarée d'usagers de cannabis dans l'année s'élève à 7 %, parmi lesquels près d'un usager sur dix (soit environ 1 % des actifs) exprime le besoin de consommer du cannabis le matin avant d'aller à son travail. Concernant les autres drogues illicites (poppers⁴, ecstasy, cocaïne...), 9 % des actifs déclarent les avoir expérimentées ; leur usage au cours de l'année concernerait 1 % des actifs [13, 14].

Par ailleurs, l'expérimentation et l'usage régulier des substances psychoactives s'observent davantage chez les hommes, à l'exception de la consommation de médicaments psychotropes, plus fréquente chez les femmes [16].

Si chacun des usages présente des particularités suivant les catégories socioprofessionnelles [13, 17-19], certaines spécificités existent également suivant les secteurs d'activité : les secteurs de la pêche, des transports, de l'hôtellerie-restauration, de la construction, reflètent une part plus impor-

tante d'usagers, quels que soient les produits [14] ; les postes dits « de sécurité ou à risque » ne semblent pas exclus [20-23]. D'autres secteurs sont également connus pour leurs niveaux de consommation plus élevés, en particulier de psychostimulants (arts et spectacles, finances, professions médicales...) [11, 20, 24-28].

L'influence du milieu professionnel et des conditions de travail sur les consommateurs est à prendre en compte : tolérance des événements festifs pour l'alcool dans certains milieux, dimension sociale et intégrative des produits, pénibilité du travail, travail de nuit, travail de force ou par forte chaleur, intensification du travail, charge de travail... [20, 21, 29-33]

Plusieurs études suggèrent que le travail – environnement social et culturel porteur de ressources mais aussi de contraintes – peut avoir un impact sur les pratiques addictives [30-32]. Facteur d'insertion sociale, il peut aider certaines personnes à diminuer leur consommation d'alcool. Source de pressions ou d'anxiété, il est susceptible de conduire ou d'aggraver des situations de consommation [13, 32]. L'exposition à des risques psychosociaux peut conduire non seulement à des risques de souffrance psychique et de mal-être au travail, mais aussi à un mésusage de substances psychoactives, les produits psychoactifs venant soutenir, pour certains individus, des stratégies adaptatives et/ou défensives [27, 33-37].

Chacun des usages (voir encadré p. 31) est donc à mettre en regard avec le produit, ses effets attendus et/ou supposés, le métier de l'usager, l'accessibilité, les valeurs sociales voire défensives que peuvent tenir la place des pratiques addictives dans le monde du travail.

3. Enquête téléphonique aléatoire auprès d'un échantillon de 30 000 personnes de 12-75 ans.

4. Les poppers contenant des nitrites de pentyle ou de butyle sont interdits à la vente en France depuis 1990. Quelques poppers à base de nitrites d'amyle ou de propyle étaient encore disponibles dans certains établissements (sex-shops, clubs et bars gays) et par Internet. Un décret de novembre 2007 avait eu pour objectif d'élargir le cadre de l'interdiction aux nitrites d'amyle ou de propyle. Ce décret avait été annulé en Conseil d'État le 15 mai 2009. Le 12 juillet 2011, le ministère chargé de la Santé a décidé d'interdire la vente et la cession au public des « poppers » en raison de leur toxicité importante et de leurs effets psychoactifs. Cette décision fait suite à la proposition de l'Afssaps, après avis de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes qui s'est réunie le 21 avril 2011. Celle-ci s'est prononcée en faveur de cette interdiction en raison de l'augmentation des cas d'intoxication grave, d'atteintes oculaires graves, de l'apparition de cas d'abus et de dépendance avérés et d'une augmentation significative de la consommation de « poppers » chez une population de plus en plus jeune. <http://www.sante.gouv.fr/interdiction-de-l-offre-et-de-la-cession-au-public-des-poppers.html>

USAGE, USAGE NOCIF, DÉPENDANCE...

Usage : l'usage (individuellement et socialement réglé) est caractérisé par une consommation de substances n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages. Toutefois, ces dommages sont potentiels ; c'est pourquoi l'usage doit être considéré comme une pratique à risques (risques notamment en cas de conduite de véhicules ou d'engins, d'utilisation de machines-outils, risques liés à certaines tâches professionnelles, risques également de comportements agressifs...).

Usage nocif (CIM) : il est caractérisé par une consommation répétée de substances psychoactives induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit vis-à-vis du sujet lui-même, soit pour son environnement.

Dépendance (DSM IV) : elle se caractérise par un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques, survenant à la suite d'une consommation répétée et conduisant à l'impossibilité de s'abstenir de consommer, malgré des dommages sanitaires et sociaux. Le patient manifeste une sensation de compulsion par rapport au produit, des signes

de tolérance par rapport à la substance, une poursuite de sa consommation malgré les conséquences nocives, parfois une perte progressive d'intérêt pour différentes activités, un syndrome de sevrage physique en cas d'arrêt ou de diminution de sa consommation.

Addiction : elle se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement (que celui-ci vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise), en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Le terme « pratiques addictives » inclut la totalité des conduites addictives et des comportements de consommation. Il permet de dépasser les conséquences cliniques, sociales et organisationnelles négatives dues aux clivages entre les différentes addictions et un abord commun, plus objectif et comparatif, des troubles liés à l'usage nocif et à la dépendance. Les auteurs du rapport Reynaud-Parquet-Lagrué ajoutent : *« Ce qui signe l'addiction, ce n'est pas le produit en lui-même mais l'utilisation qu'en fait le sujet. La sage distinction entre usage, abus et dépendance doit être maintenue. »*

Source : rapport Reynaud, Parquet, Lagrué [38]

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET RÉPERCUSSIONS AU TRAVAIL

Par leur action sur le système nerveux central (en particulier sur le système dopaminergique mésocorticolimbique), les substances psychoactives (alcool, cannabis, héroïne, cocaïne, médicaments psychotropes...) sont génératrices d'effets psychotropes susceptibles d'induire des modifications comportementales et une dépendance. Elles sont souvent consommées pour leurs propriétés psychostimulantes (alcool, cocaïne), sédatives et/ou anxiolytiques (alcool, cannabis...).

Les conséquences de l'usage des substances psychoactives varient selon les individus, le produit et la dose consommée. Une potentialisation des effets peut être observée pour certains « mélanges » : alcool et cannabis, alcool ou cannabis et médicaments psychotropes, alcool et cocaïne...

Si les risques d'une consommation chronique ou aiguë sont généralement connus, il ne faut pas sous-estimer les risques accidentogènes d'une consommation modérée ou occasionnelle, pour certains individus (prenant des médicaments, par exemple...) ou certaines situations professionnelles (activités nécessitant de la vigilance notamment).

Les répercussions des consommations de substances psychoactives au travail sont nombreuses (celles qui concernent l'alcool sont les plus connues) :

- sur le plan sanitaire, le mésusage de substances psychoactives est un facteur causal ou favorisant d'accidents du travail ou de trajet. On estime par exemple que l'alcool serait impliqué dans 10 à 20 % des accidents du travail et jusqu'à 30 % des accidents mortels [39]. L'alcool peut provoquer des pathologies somatiques ou psychiques, ainsi que des handicaps susceptibles d'interférer avec la vie professionnelle. Certaines substances psychoactives, dont l'alcool, peuvent par ailleurs majorer les effets toxiques de certains produits industriels⁵ ;
- sur le plan socio-économique, l'absentéisme par arrêts répétitifs (au décours d'alcoolisations aiguës, entre autres) et/ou un absentéisme de plus longue durée (secondaire à des complications) sont plus importants. La baisse de concentration, les erreurs répétées, l'éventuel désinvestissement professionnel contribuent souvent à une baisse dans la qualité du travail et à une perte de productivité pour les entreprises. Cet ensemble peut également engendrer une dégradation des situations professionnelles (désorganisation du travail, détérioration des relations sociales entre collègues, agressions verbales ou physiques....) pouvant aboutir à une véritable exclusion professionnelle, à la perte d'emploi des salariés en difficulté avec les produits, voire à leur exclusion sociale. Bien qu'il soit difficile de donner une évaluation du coût socio-économique des dommages liés aux SPA, on estime (sur la base de 8 à 10 % de personnes présentant des risques de dépendance à des produits) que la part des coûts induits pour une entreprise (absentéisme, retards sur les postes de travail, dysfonctionnements sur le

poste de travail...) est de 1 à 2 % de la masse salariale⁶ [40].

Certes, la grande majorité des personnes actives ne consomment pas de substances psychoactives de manière problématique pour eux-mêmes. Mais en matière de santé au travail et de prévention, tous les chefs d'entreprises, médecins du travail et services de santé au travail sont concernés par les consommations (occasionnelles ou répétées) qui peuvent mettre en danger la santé et la sécurité des salariés, comme l'ont rappelé les Assises nationales organisées en juin 2010 par le ministère chargé du Travail et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) [41].

Le Plan national de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011 [42] prévoyait de réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants en milieu professionnel. Il mettait également l'accent sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues illicites – médecine de ville, Consultations jeunes consommateurs, Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (voir encadré p. 35), services hospitaliers... – et de former les professionnels de santé au repérage et à la prise en charge des personnes ayant des pratiques addictives.

LA PLACE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Les médecins du travail sont attachés à leur mission préventive qui est d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail.

En matière d'addictions, le rapport « Conduites addictives et milieu de travail » (élaboré par le groupe d'experts désignés

5. Voir tableaux des maladies professionnelles N84 et 12.

6. Chiffres mentionnés dans la littérature anglo-saxonne et suisse.

par la MILDT, en concertation avec les représentants des partenaires sociaux, dans le cadre du Plan national 2004-2008) a jeté les bases d'une approche intégrée des conduites addictives en milieu de travail qui prenne en compte et articule les dimensions sanitaire, sécuritaire et règlementaire [43].

En complément des missions du médecin du travail (art. R. 4623-1 du code du travail) [44] – notamment celles de conseil auprès des employeurs, de prévention des risques professionnels et d'actions collectives dans les entreprises (voir p. 95) –, le groupe d'experts a mis l'accent sur l'aptitude et l'expertise des médecins à repérer et évaluer les différentes modalités de consommation de substances psychoactives, ainsi que sur leur rôle pour :

- distinguer le diagnostic de dépendance et d'usage nocif ;
- informer le salarié sur les risques induits par ses consommations sur sa santé et son emploi ;
- encourager les usagers à une démarche de soin ;
- faciliter l'accès au soin ;
- orienter vers le médecin traitant ou vers une structure spécialisée dans les addictions ;
- favoriser le maintien dans l'emploi ;
- prendre en compte la spécificité des traitements psychotropes et des traitements de substitution aux opiacés [43].

Ces actions peuvent notamment prendre place dans le cadre des visites médicales périodiques qui ont lieu tous les deux ans, voire chaque année pour les salariés en surveillance médicale renforcée (SMR). Les salariés affectés à des postes à risques (postes à définir par chaque branche professionnelle) peuvent bénéficier d'une surveillance spécifique à l'initiative du médecin, compte tenu des spécificités du poste.

Ces actions individuelles sont complétées par les autres missions du médecin du travail (art. R. 4623-1 du code du travail), centrées sur l'analyse des situations de

travail (150 demi-journées par an d'actions en milieu de travail) dont la réalisation des fiches d'entreprises.

Pour remplir les missions qui lui sont confiées par la loi, le médecin du travail doit donc veiller à ce que l'approche individuelle du salarié ne soit pas séparée de l'approche collective. La réforme des services de santé au travail vise à renforcer l'efficacité de ces missions préventives pluridisciplinaires [45-48].

SUIVI DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS : LE DMST

La Haute Autorité de santé (HAS) a émis un certain nombre de recommandations professionnelles concernant le dossier médical en santé au travail (DMST). Les objectifs de ces recommandations visent essentiellement à :

- améliorer la qualité des informations permettant d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur, le(s) poste(s) et les conditions de travail actuelles et antérieures ;
- aider le médecin à proposer des mesures de prévention individuelles et/ou collectives (amélioration ou aménagement de poste, amélioration des conditions de travail) ;
- faire des propositions pour favoriser le maintien ou non dans l'emploi des salariés ;
- participer à la traçabilité des expositions professionnelles, ainsi que des informations et conseils de prévention délivrés au travailleur.

Le contenu du DMST est détaillé dans une recommandation de la HAS publiée en janvier 2009 [49]. La HAS recommande qu'en matière d'informations concernant la santé des travailleurs, un certain nombre d'éléments soit consignés, notamment des données actualisées sur :

- les habitus alcool, tabac et autres substances psychoactives ;
- les traitements en cours, l'existence ou l'absence de symptômes physiques ou psychiques ;

■ les liens possibles entre les symptômes et une exposition professionnelle.

D'autres éléments sont susceptibles de compléter les données :

- la réalisation (ou non) d'examens paracliniques, de dosages, d'indicateurs biologiques d'exposition ;
- l'avis d'un spécialiste concernant le suivi d'une pathologie dans le cadre, par exemple, de la recherche d'une contre-indication à un poste de travail.

On peut penser que ce qui est inscrit dans le DMST est le reflet de l'activité du médecin du travail auprès du salarié, des problématiques rencontrées, des éléments jugés importants : y figurent les données recueillies de manière systématique et celles qui interpellent le médecin du travail.

L'action clinique « individuelle » du médecin du travail conduit aux avis d'aptitude au poste de travail⁷. La fiche d'entreprise complète les données remplies dans le dossier médical en santé au travail, afin de permettre le lien entre le travail et la santé des individus.

Le DMST est tenu par le médecin du travail. Il peut également être alimenté et consulté, avec l'accord du médecin, par les personnels infirmiers du travail qui collaborent avec les médecins, dans le respect du secret professionnel et dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à leur mission [47].

En pratique, le repérage de la consommation de substances psychoactives dans le DMST doit donc non seulement permettre

7. L'aptitude est l'absence de contre-indication physique ou psychique au poste actuel ou envisagé ; c'est aussi l'absence d'affection dangereuse pour les autres salariés. Définir l'inaptitude, c'est constater l'existence d'une contre-indication physique ou psychique entraînant une restriction pour une ou plusieurs tâches liées au poste de travail. Le médecin du travail peut avoir recours à une demande de mutation, un aménagement de poste ou une inaptitude temporaire pour extraire le salarié du milieu de travail et le sortir d'une situation pathogène, l'inaptitude médicale devenant alors une véritable prescription médicale.

En matière d'addiction, cet avis peut être d'autant plus justifié que le salarié occupe un poste à risque (indication d'un reclassement temporaire à un poste hors sécurité). L'avis d'inaptitude est rédigé dans le cadre du principe général de la déontologie médicale et du secret médical qui y est attaché.

d'intervenir à un stade précoce, avant la survenue de conséquences professionnelles ou médicales, mais également d'avoir une meilleure appréciation de l'importance de la problématique au sein des entreprises et de mettre en place si nécessaire des actions de prévention collectives ou individuelles (voir p. 95).

LES DIFFICULTÉS DU REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS

Les médecins du travail, comme les médecins généralistes ou les addictologues, sont régulièrement confrontés à des situations de consommation de substances addictives difficiles à appréhender en termes de comportements, de repérage clinique, d'éventuel dépistage biologique et de prévention.

L'abord des consommations de substances psychoactives par les médecins peut être facilité par l'utilisation d'auto-questionnaires.

Validé en langue française, le test de Fagerström est le questionnaire le plus connu et le plus utilisé en clinique courante pour évaluer la dépendance nicotinique. Il existe sous deux formes : six ou deux questions (*short-test*). Simple et fiable, il permet de détecter les fumeurs selon leur niveau de dépendance [50].

Pour l'alcool, la détermination de la consommation doit conduire à préciser s'il s'agit :

- d'un usage simple⁸ ;
- d'un éventuel usage à risque (absence de dommages ou de dépendance mais risque lié aux seuils non respectés ou aux circonstances et/ou aux modalités de consommation) ;
- d'un usage nocif (absence de dépendance mais existence de conséquences médicales,

8. En France, les seuils (moins de 2 verres par jour ou 14 verres par semaine chez la femme, moins de 3 verres par jour ou 21 verres par semaine chez l'homme, pas plus de 4 verres par occasion) font généralement référence à l'AUDIT mais font encore actuellement l'objet de discussions au sein de la communauté scientifique.

psychologiques ou sociales de la consommation) ;

■ de dépendance psychologique et/ou physique (voir encadré p. 31).

Plusieurs questionnaires conçus pour évaluer la consommation d'alcool, diffusés ces dernières années en médecine générale [51], ont été testés et validés en milieu professionnel. Les premières études ont montré que l'association du CDA (consommation déclarée d'alcool) et du DETA (diminuer, entourage, trop, alcool le matin) avait une bonne capacité de repérage [52].

L'AUDIT (autoquestionnaire en dix questions validé internationalement et préconisé par l'Organisation mondiale de la santé) et le FACE (formule pour apprécier la consommation par entretien, hétéroquestionnaire en cinq items) ont également été étudiés et validés en milieu du travail [53-55].

Conçu à partir de différentes données de la littérature par l'OFDT, le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*), comportant six questions, explore plus spécialement l'usage non festif du cannabis, les troubles mnésiques, les réactions de l'entourage et la perte de contrôle [56]. Il a actuel-

lement été essentiellement évalué auprès de jeunes usagers [57]. Bien que non validés en milieu du travail, ces questionnaires, rapides à remplir, peuvent constituer un mode d'abord de la consommation et compléter, voire initier le dialogue et l'échange entre le salarié et le soignant.

ORIENTATION DE SALARIÉS EN DIFFICULTÉ

Les médecins du travail peuvent parfois se trouver démunis face à l'orientation de salariés en difficulté avec des produits. Si, naturellement, le médecin généraliste s'avère le mieux placé pour suivre en première proximité le patient, les médecins du travail peuvent également orienter vers des addictologues ou des structures spécialisées. Récemment restructurés⁹, les réseaux d'addictologie sont encore parfois

9. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Décret du 14 mai 2007 relatif à la création des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des Schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

LES CSAPA : UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

■ Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont des structures qui résultent du regroupement des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). La prise en charge qu'ils assurent est à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative.

■ Les CSAPA sont chargés de l'accueil des usagers et de leur entourage, de l'information, du diagnostic médical et de l'orientation vers une prise en charge adaptée des patients pour tous types d'addictions. Cela suppose donc que le CSAPA s'inscrive dans un fonctionnement partenarial avec les autres structures de prise en charge en addictologie : médecine de ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social...

■ Les CSAPA assurent eux-mêmes des soins, soit de façon spécifique, soit de façon polyvalente pour les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool.

■ Ils peuvent mettre en place des consultations de proximité et un repérage précoce des usages nocifs, à l'exemple des Consultations jeunes consommateurs et des Consultations avancées pour les personnes en situation de précarité.

■ Les CSAPA accueillant des usagers de drogues illicites doivent assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO), comme c'était déjà le cas pour les CSST, et assurer notamment la primo-prescription de méthadone.

peu connus. Ces structures pluridisciplinaires (composées de médecins, infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux spécialisés en addictologie) appréhendent la personne dans sa globalité (voir encadré p.35) et proposent une prise en charge coordonnée avec les professionnels de santé, qui va de la prévention au soin [58].

Ce chapitre aborde le positionnement et les pratiques des médecins du travail sur les questions liées aux pratiques addictives et au suivi individuel des salariés. Les chapitres suivants approfondiront les sujets des interventions brèves et du dépistage. Les sollicitations et les participations des médecins du travail aux approches de prévention collective seront abordées dans le dernier chapitre.

RÉSULTATS

PRIORITÉS DE SANTÉ AU TRAVAIL

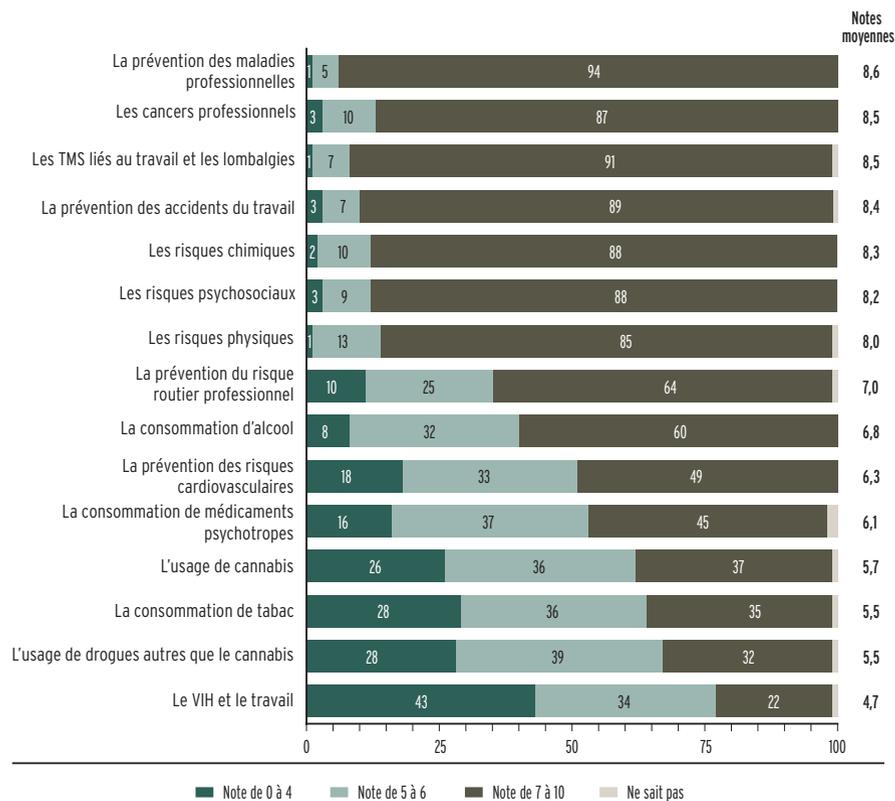
Parmi les différentes thématiques de santé, les médecins accordent naturellement, et de façon très nette, leur priorité aux thématiques

de santé au travail telles que la prévention des maladies professionnelles, des cancers professionnels, les troubles musculo-squelettiques (TMS), la prévention des accidents du travail, les risques chimiques,

FIGURE 1

Importance des priorités à traiter dans le cadre de la santé au travail

Base de 750 médecins, résultats en % et note moyenne sur 10



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOF.

les risques psychosociaux et les risques physiques (note moyenne supérieure ou égale à 8) [figure 1].

Pour autant, ils ne négligent pas la prévention des risques cardiovasculaires et les consommations de substances addictives auxquelles ils accordent, en moyenne, une importance comprise entre 5 et 7.

Parmi les consommations de substances psychoactives, la consommation d'alcool est la problématique qui leur importe le plus (92 % lui accordent une note supérieure à 4) ; l'importance de l'usage du cannabis, des autres drogues illicites ou du tabac est en revanche moins partagée : plus du quart des médecins interrogés (entre 26 % et 29 %) lui confèrent une note inférieure à 5.

La problématique du VIH et du travail est quant à elle plus faiblement évoquée : 43 %

des médecins lui accordent une importance inférieure à 5.

PROBLÉMATIQUES LES PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES

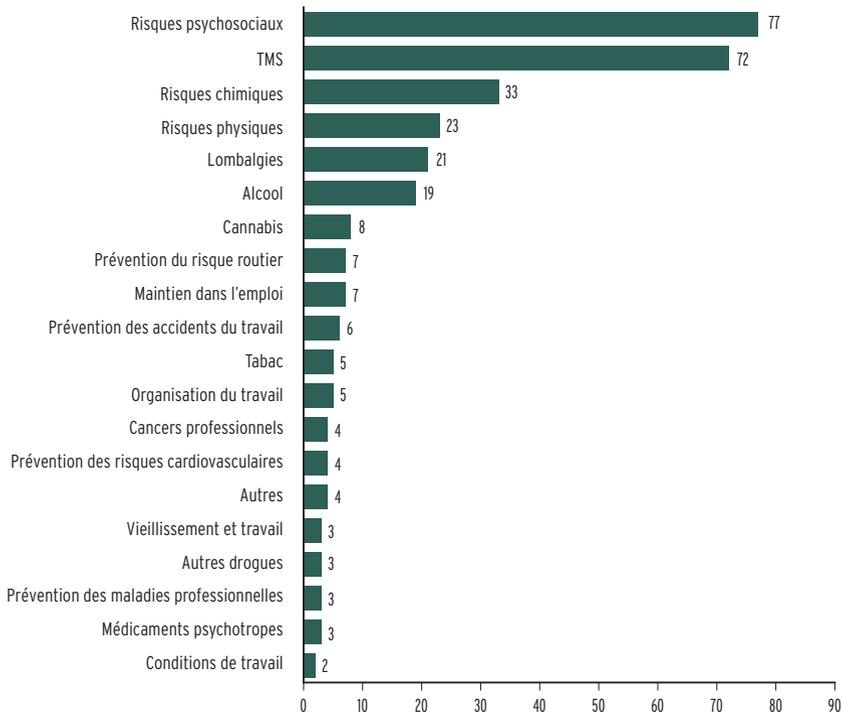
De façon spontanée, les problématiques que les médecins du travail disent rencontrer le plus fréquemment sont essentiellement les risques psychosociaux (77 % des médecins) et les troubles musculo-squelettiques des membres (72 %). Sont ensuite cités les risques chimiques (33 %), les risques physiques (23 %) et les lombalgies (21 %) [figure 2].

Concernant les substances psychoactives, l'alcool est la problématique à laquelle les médecins du travail se disent le plus fréquemment confrontés ; près d'un médecin

FIGURE 2

Problématiques les plus fréquemment rencontrées par les médecins du travail

Base de 750 médecins, réponses en %

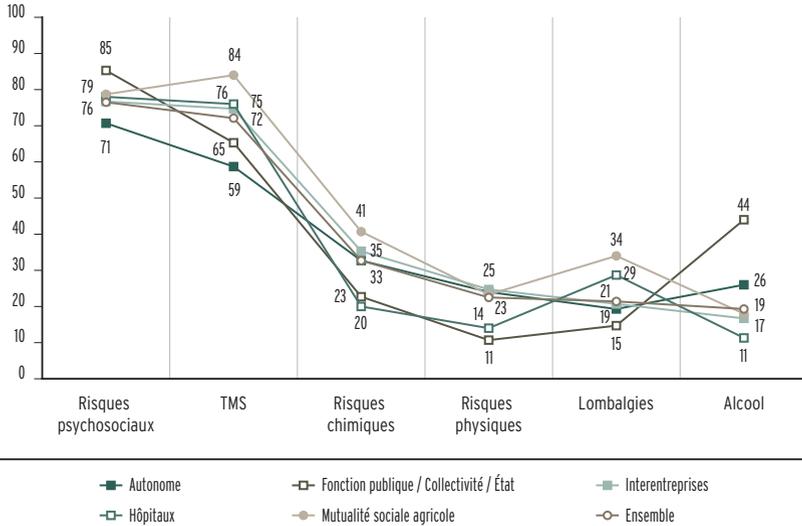


Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

FIGURE 3

Problématiques les plus fréquemment rencontrées par les médecins du travail, suivant le type de services

% ayant rencontré le problème



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

sur cinq (19 %) évoque la fréquence du problème (contre 8 % pour l'usage du cannabis, 5 % pour l'usage du tabac, 3 % pour l'usage des drogues illicites autres que le cannabis, 3 % pour les médicaments psychotropes).

D'une façon générale, les autres problématiques évoquées par les médecins du travail sont citées par moins d'un médecin sur dix. Parmi elles figurent la prévention du risque routier, le maintien dans l'emploi, la prévention des accidents du travail. La rubrique « Autres » (4 % des réponses) fait état de citations disparates (inférieures à 1 %) telles que « les substances psychoactives » en général, les postes de sécurité ou les risques biologiques et environnementaux.

En comparant les problématiques citées selon le type de service ou structure, certaines différences apparaissent. Les TMS des membres (84 %), les risques chimiques (41 %) et les lombalgies (34 %) sont plus fréquemment rapportés par les médecins travaillant en régime agricole (MSA). Les risques psychosociaux (85 %) et la

consommation d'alcool (44 %) sont plus fréquemment cités par les médecins exerçant dans la fonction publique [figure 3].

OPINIONS DES MÉDECINS À L'ÉGARD DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les médecins du travail ont été interrogés sur leurs opinions à l'égard de l'étendue des usages des produits psychoactifs dans les entreprises et des risques au travail que ceux-ci constituent.

En matière de tabagisme, les médecins se montrent relativement unanimes (88 %) pour considérer que l'interdiction de fumer sur les lieux de travail a aidé les salariés à diminuer leur consommation de tabac ; seuls 5 % se déclarent encore fréquemment confrontés à ce problème.

L'alcool est la problématique qu'ils disent le plus fréquemment rencontrer (19 %) et une majorité (58 %) considère qu'une alcoolisation de moins de 2 verres par jour constitue

un risque au travail ; en revanche, leurs avis restent très partagés sur l'idée que, dans certains milieux professionnels, la culture d'entreprise est incitative à une consommation d'alcool. Les médecins des services interentreprises sont significativement plus nombreux à identifier la dangerosité d'une consommation d'alcool comme un risque au travail (62 % d'accord vs 50 % des autres médecins ; $p < 0,05$).

Concernant les produits illicites, 41 % des médecins ont le sentiment que l'usage du cannabis est répandu parmi les salariés (8 % des médecins déclarent y être fréquemment confrontés) et 23 % observent que par rapport à il y a cinq ans, de plus en plus de salariés font usage de drogues autres que le cannabis (3 % s'y déclarent fréquemment

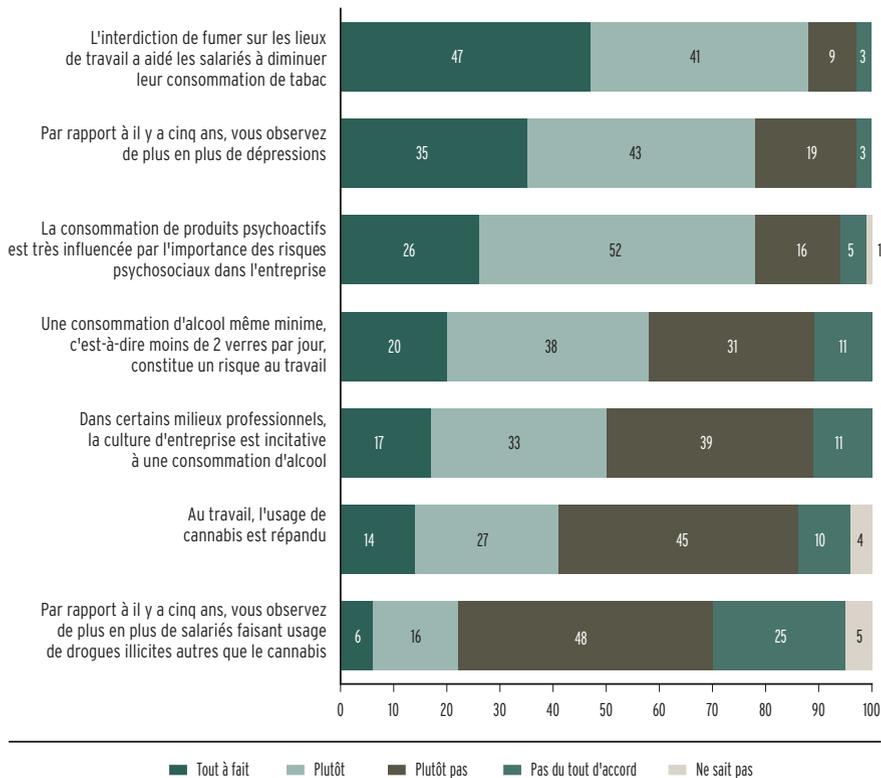
confrontés). Les médecins des services interentreprises sont les plus nombreux à penser, qu'au travail, l'usage du cannabis est répandu (47 % contre 35 % des médecins de MSA, 35 % des médecins de services autonomes, 26 % dans la fonction publique hospitalière, 24 % dans la fonction publique d'État ; $p < 0,001$).

D'une façon générale, 78 % des médecins considèrent que la consommation de substances psychoactives est très influencée par l'importance des risques psychosociaux dans l'entreprise (des problèmes que 77 % côtoient fréquemment) et huit médecins sur dix observent depuis cinq ans de plus en plus de dépressions dans le cadre de leurs consultations [figure 4].

FIGURE 4

Opinions des médecins du travail sur l'évolution des pratiques addictives et des dépressions au travail

Base de 750 médecins, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

ÉVALUATION DE LA PROPORTION DES SALARIÉS EN DIFFICULTÉ AVEC LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Bien qu'il leur soit parfois difficile, individuellement, d'estimer la proportion de salariés en difficulté avec les substances psychoactives, les médecins du travail évaluent en moyenne à 8,4 % la proportion de leurs salariés en difficulté avec l'alcool, à 5 % ceux en difficulté avec une consommation de cannabis et à 2 % les salariés en difficulté avec un usage de drogues illicites autre que le cannabis [figure 5]. Il convient toutefois de noter la proportion de médecins n'ayant pas été en mesure de fournir une telle estimation : 9 % concernant l'alcool, 15 % concernant le cannabis et près d'un médecin sur cinq (19 %) pour les autres drogues illicites.

Quels que soient les produits, les femmes médecins sont plus nombreuses à ne pouvoir évaluer ces prévalences : 10 % vs 5 % des hommes en ce qui concerne l'alcool, 17 % vs 10 % en ce qui concerne le cannabis et 22 % vs 13 % en ce qui concerne les autres drogues illicites. Les médecins des hôpitaux

sont également plus nombreux à ne pouvoir quantifier cette question, quel que soit le produit. Si peu de différences entre médecins des différents régimes apparaissent concernant la part de salariés déclarés en difficulté avec l'alcool, la consommation problématique de cannabis semble nettement plus déclarée par les médecins des services interentreprises : 21 % estiment que cela concerne 10 % ou plus de leurs salariés, contre 11 % des médecins de services autonomes ou de MSA, 3 % des médecins des hôpitaux et 4 % des médecins de la fonction publique. Enfin, l'usage problématique d'autres drogues illicites, peut-être déclaré par les services autonomes et la fonction publique, concerne plus de 5 % des salariés pour 14 % des médecins travaillant en interentreprises, 9 % en MSA et 8 % en hôpitaux [figure 6].

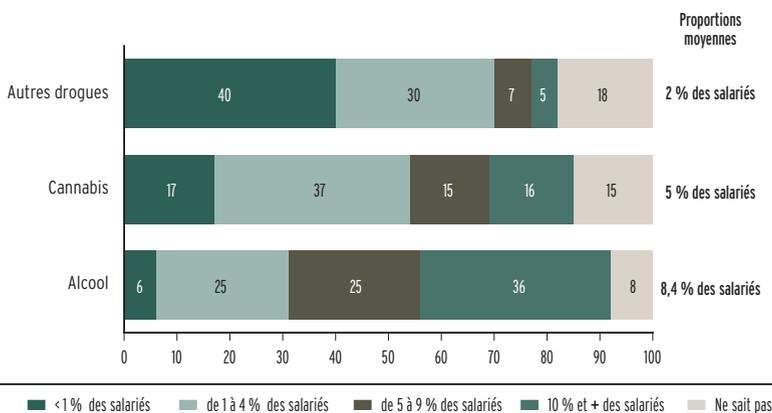
FORMATION DES MÉDECINS EN ADDICTOLOGIE

Un tiers des médecins du travail se déclarent formés en addictologie (34 %). Des différences sont à noter suivant le régime d'appartenance des médecins ($p < 0,01$) : les médecins des

FIGURE 5

Évaluation par les médecins du travail de la proportion de leurs salariés en difficulté avec les différentes substances psychoactives

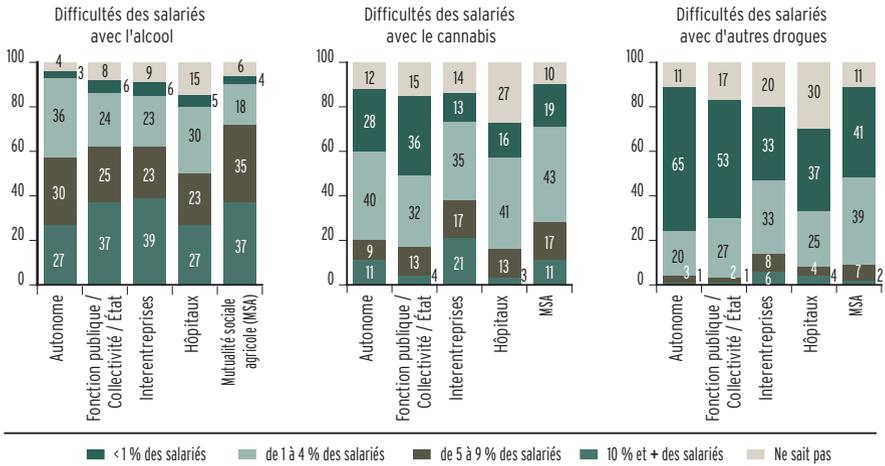
Base de 750 médecins, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

FIGURE 6

Pourcentage de salariés déclarés en difficulté avec les différentes substances psychoactives, suivant le régime d'appartenance des médecins



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

services autonomes (48 %) et de la fonction publique hospitalière (47 %) sont les plus nombreux à se déclarer formés ; les médecins des services interentreprises semblent moins bien formés (27 %).

Les types de formations suivies sont variés : 15 % des médecins formés en addictologie déclarent avoir suivi une formation diplômante en alcoologie (Diplôme universitaire en alcoologie), 12 % une formation diplômante en tabacologie (type DU) et 5 % une formation diplômante en addictologie (DU ou capacité). Huit médecins sur dix formés en addictologie (82 %) déclarent avoir suivi une autre formation.

Si on considère de façon extensive les formations suivies, on peut dire que, parmi les médecins du travail formés en addictologie :
 ■ 21 % se déclarent formés en alcoologie (DU d'alcoologie et autres formations sur l'alcool), soit 7 % de l'ensemble des médecins ;
 ■ 8 % se déclarent formés en tabacologie (DU de tabacologie et autres formations

sur le tabac), soit 3 % de l'ensemble des médecins ;

■ 20 % sont formés en addictologie en général (DU ou capacité d'addictologie, formations tabac + alcool + cannabis...), soit 7 % de l'ensemble des médecins ;

■ 21 % citent d'autres types de formations (formations internes, formation médicale continue, stages...), soit 7 % de l'ensemble des médecins.

DOCUMENTATION DU DOSSIER MÉDICAL

Les médecins du travail ont été invités à mentionner la façon dont ils étaient amenés à renseigner dans le dossier médical différents sujets de prévention [figure 7]. Dans l'ensemble, ils se montrent attentifs à documenter le dossier médical de leurs salariés.

Les consommations de tabac, les activités physiques et les risques cardiovasculaires constituent les trois sujets les plus fréquem-

FIGURE 7

Documentation du dossier médical des patients

Base de 750 médecins, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

ment documentés (respectivement par 96 %, 92 % et 90 %). Les antécédents de cancers (autres que professionnels), de diabète et les problèmes anxiodépressifs sont également bien renseignés.

Concernant plus spécifiquement les habitudes liées aux consommations de substances psychoactives, la façon de documenter le dossier médical varie sensiblement suivant le type de produits.

Les médecins déclarent être vigilants à documenter « systématiquement » les consommations de tabac (87 %) et les consommations de médicaments psychotropes (71 %) ; en revanche, seuls 46 % le font méthodiquement en ce qui concerne les consommations d'alcool. Les pratiques

concernant les consommations de cannabis ou les usages d'autres drogues illicites sont plus occasionnelles : 45 % des médecins du travail ne documentent que « parfois » le dossier médical sur les usages de cannabis, 52 % en ce qui concerne les autres drogues illicites (respectivement 12 % et 19 % ne le font jamais).

Certaines spécificités liées au genre, à l'âge ou à l'exercice du métier éclairent ces pratiques :

- les femmes déclarent plus systématiquement que les hommes renseigner les consommations de tabac (90 % vs 79 % ; $p < 0,001$) et de médicaments psychotropes (75 % vs 62 % ; $p < 0,001$) ; elles documentent également plus fréquemment (souvent

ou systématiquement) les consommations d'alcool (85 % vs 73 % ; $p < 0,001$) et de cannabis (45 % vs 36 % ; $p < 0,05$) ;

- les hommes sont en revanche plus nombreux à déclarer renseigner systématiquement les consommations de drogues illicites autres que cannabis (16 % vs 10 % ; $p < 0,05$) ;

- quel que soit le type d'addiction, les femmes documentent plus souvent que les hommes les dossiers médicaux¹⁰ [figure 8] ;

- dans l'ensemble, les médecins les plus âgés sont ceux qui documentent le moins souvent le dossier médical des patients sur les produits psychoactifs ;

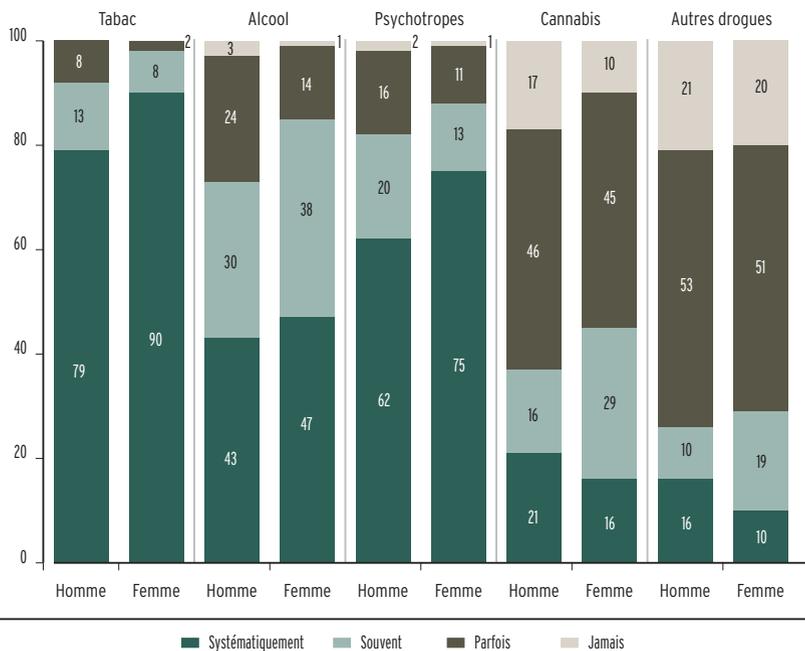
- le fait d'avoir été généraliste (ou pas) ne semble pas influencer les pratiques de documentation du dossier médical.

10. Sur les autres domaines, les femmes documentent plus systématiquement que les hommes les activités physiques des salariés (80 % vs 64 % ; $p < 0,001$) et les risques cardiovasculaires (63 % vs 55 % ; $p < 0,01$). Elles documentent également plus régulièrement (systématiquement ou souvent) les problèmes anxio-dépressifs (88 % vs 80 % ; $p < 0,01$), l'asthme (77 % vs 69 % ; $p < 0,05$) et les habitudes alimentaires (74 % vs 60 % ; $p < 0,001$).

FIGURE 8

Documentation du dossier médical des salariés sur les addictions, selon le sexe

Résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement au fait de documenter systématiquement le dossier médical des patients, il ressort, après contrôle des principaux effets de structure, que la documentation systématique du

dossier médical sur le tabac est peu sensible à des différences, si ce n'est d'être encore plus accentuée chez les femmes (OR = 1,8 ; $p < 0,05$) [tableau I].

TABLEAU I

Régression logistique sur le fait de « documenter systématiquement le dossier médical » des salariés sur les consommations de substances psychoactives

Documenter systématiquement le dossier sur...	Alcool		Tabac		Cannabis		Autres drogues	
	OR ajustés	IC	OR ajustés	IC	OR ajustés	IC	OR ajustés	IC
Sexe								
Homme (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Femme	1,2	[0,8 - 1,6]	1,8*	[1,1 - 3,0]	1,0	[0,7 - 1,5]	0,7	[0,5 - 1,1]
Âge								
Âge (en continu)	0,98*	[0,97 - 0,99]	1,00	[0,99 - 1,00]	1,00	[1,0 - 1,0]	1,00	[0,9 - 1,0]
Service								
Autonome	1,7*	[1,0 - 2,7]	1,6	[0,8 - 3,3]	1,8	[1,0 - 3,3]	2,3*	[1,1 - 4,7]
Fonction publique / Collectivité / État	1,9**	[1,2 - 3,1]	1,4	[0,7 - 2,8]	1,0	[0,5 - 1,9]	1,2	[0,6 - 2,6]
Interentreprises (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Hôpitaux	1,2	[0,7 - 1,9]	1,5	[0,7 - 3,2]	1,2	[0,6 - 2,3]	1,7	[0,8 - 3,6]
MSA	1,4	[0,9 - 2,3]	1,3	[0,6 - 2,5]	1,6	[0,9 - 3,0]	1,8	[0,9 - 3,8]
Travail en réseau								
Oui	1,4*	[1,0 - 2,0]	1,2	[0,7 - 1,9]	2,0**	[1,3 - 3,1]	1,4	[0,9 - 2,2]
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Formé en addictologie								
Oui	1,1	[0,8 - 1,6]	1,7	[1,0 - 2,8]	1,4	[1,0 - 2,1]	1,8**	[1,2 - 2,8]
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
% de patients en difficulté avec le produit								
10 % ou +	1,3	[0,9 - 1,9]			2,2*	[1,1 - 4,5]		
5-9 % (réf.)	- 1 -				- 1 -			
Moins de 5 %	1,0	[0,7 - 1,4]			0,8	[0,4 - 1,4]		
NSP	0,9	[0,5 - 1,6]			0,7	[0,3 - 1,4]		
Formé en alcoologie								
Non (réf.)	- 1 -							
Oui	1,3	[0,8 - 2,0]						
2 verres par jour constituent un risque au travail								
Tout à fait	1,8**	[1,2 - 2,8]						
Plutôt	1,1	[0,8 - 1,6]						
Plutôt pas (réf.)	- 1 -							
Pas du tout	1,3	[0,8 - 2,2]						

Note : Concernant l'âge, dans la mesure où il s'agit d'une variable quantitative continue, les OR sont présentés avec deux décimales et doivent être lus comme suit : pour chaque année supplémentaire, les chances de documenter systématiquement le DMST sont multipliées par l'OR.

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$. NSP = Ne sait pas.

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

La documentation du dossier médical concernant l'alcool semble plus systématique chez les médecins les plus jeunes (OR = 0,98 ; $p < 0,05$) et liée au fait de considérer que consommer deux verres par jour constitue un risque au travail. Par ailleurs, les médecins travaillant en réseau documentent plus systématiquement les dossiers médicaux des salariés (OR = 1,4 ; $p < 0,05$). Par rapport aux services interentreprises, les médecins des services autonomes et de la fonction publique d'État semblent également documenter plus systématiquement les dossiers.

Concernant les produits illicites, la documentation systématique de la consommation de cannabis (qui est, rappelons-le, une pratique nettement moins courante) apparaît fortement liée au fait de travailler en réseau (OR = 2,0 ; $p < 0,01$) et au fait de déclarer un pourcentage élevé de salariés en difficulté avec ce produit. Enfin, concernant les drogues illicites autres que le cannabis,

la documentation systématique des dossiers apparaît assez naturellement plus fréquente parmi les médecins ayant suivi une formation en addictologie (OR = 1,8 ; $p < 0,01$).

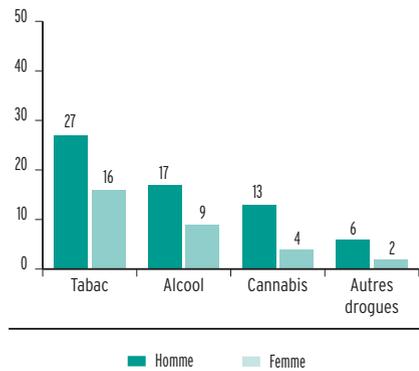
TENUE DE STATISTIQUES SUR LES USAGERS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Parmi les médecins qui documentent les différentes addictions, la tenue de statistiques reste rare : seul un médecin sur cinq (19 %) déclare un tel suivi par rapport aux consommations de tabac de ses patients, un médecin sur dix pour l'alcool (11 %), 7 % pour les consommations de cannabis et 3 % pour les autres drogues illicites.

Quel que soit le produit, les hommes déclarent toujours davantage tenir des statistiques que les femmes ; les médecins ayant suivi une formation en addictologie sont également plus sensibles à un tel suivi [figures 9 et 10].

FIGURE 9

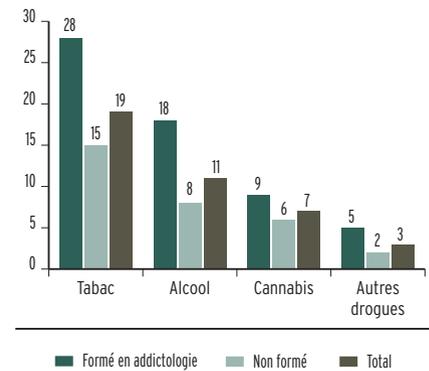
Pourcentage des médecins déclarant tenir des statistiques sur les consommations de substances psychoactives de leurs salariés, suivant le sexe



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

FIGURE 10

Pourcentage des médecins déclarant tenir des statistiques sur les consommations de substances psychoactives de leur salariés, suivant leur formation en addictologie



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

Les médecins travaillant en services autonomes se distinguent également par une tenue de statistiques de consommations

bien plus fréquente que dans les autres services, quel que soit le produit [tableau II].

TABLEAU II

Tenue de statistiques sur les usagers de substances psychoactives suivant le type de services

Base de 750 médecins, résultats en %

Tenue de statistiques	Tabac	Alcool	Cannabis	Autres drogues
Total	19	11	7	3
Service	***	***	***	*
Autonome	40	22	14	9
Fonction publique / Collectivité / État	22	17	5	4
Interentreprises	12	9	6	2
Hôpitaux	35	8	2	3
MSA	13	5	1	2

* : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

UTILISATION DE QUESTIONNAIRES D'AIDE AU REPÉRAGE DES FACTEURS DE RISQUES OU DES PATHOLOGIES

Les médecins du travail sont relativement nombreux (66 %) à déclarer utiliser des questionnaires préétablis d'aide au repérage des facteurs de risques ou des pathologies ; pour autant, leur utilisation est le plus souvent occasionnelle (45 %) [figure 11]. Peu de différences sont observées parmi les médecins déclarant faire usage des questionnaires, si ce n'est une utilisation semble-t-il plus fréquente de ceux-ci dans les services autonomes (32 % des médecins du travail y exerçant déclarent utiliser les questionnaires souvent ou très souvent vs 18 % pour les autres services ; $p < 0,001$).

Les thématiques pour lesquelles les médecins du travail déclarent spontanément utiliser ces questionnaires sont le tabac, l'alcool, les troubles du sommeil, les problèmes anxio-dépressifs et les risques psychosociaux [figure 12].

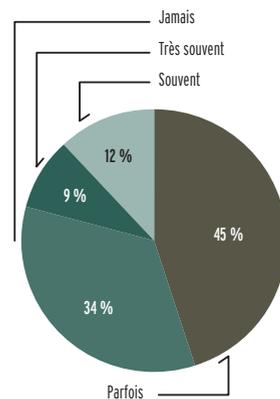
Parmi les médecins déclarant utiliser ce type d'outils (questionnaires, tests ou

échelles), peu de différences sont observées, si ce n'est un déclaratif plus fréquent chez les hommes de recourir à des tests pour repérer le diabète (10 % vs 2 % ; $p < 0,01$) et, chez les femmes, une mention plus fréquente d'un usage de questionnaires concernant le sommeil (30 % vs 15 % ; $p < 0,05$).

FIGURE 11

Utilisation de questionnaires d'aide au repérage des facteurs de risques ou au dépistage de pathologies

Base de 750 médecins, résultats en %

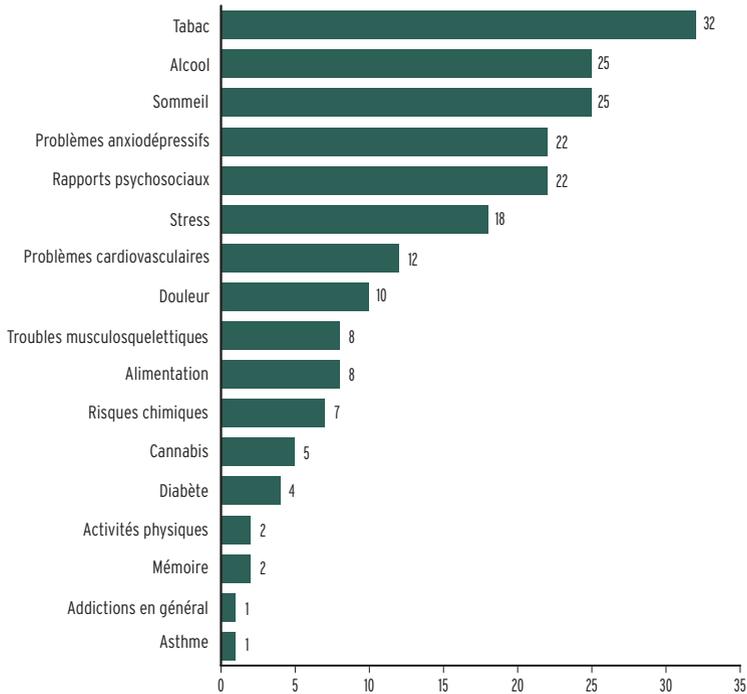


Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

FIGURE 12

Domaines dans lesquels les médecins du travail déclarent utiliser des questionnaires d'aide au repérage des facteurs de risques ou au dépistage de pathologies

Base de 505 médecins utilisateurs de tests, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

Concernant le tabac, les médecins formés en tabacologie semblent avoir plus fréquemment recours à des tests de repérage (56 % vs 29 % ; $p < 0,01$) alors que spontanément, ce lien ne ressort pas pour l'alcool ou le cannabis.

Les médecins des hôpitaux semblent se distinguer par une utilisation plus fréquente des tests sur le tabac (48 % vs 31 % ; $p < 0,01$). Les médecins de MSA sont sensiblement plus nombreux à déclarer faire usage de questionnaires d'évaluation des facteurs psychosociaux (41 % vs 21 % des autres médecins ; $p < 0,001$). Les services

interentreprises mentionnent plus fréquemment l'utilisation de questionnaires sur le sommeil (30 % vs 16 % ; $p < 0,01$) et les services autonomes citent plus souvent les tests relatifs à l'évaluation des risques cardiovasculaires (24 % vs 12 % ; $p < 0,01$).

MODALITÉS DE RENSEIGNEMENT DU DMST SUR LES ADDICTIONS : UTILISATION DE QUESTIONNAIRES VALIDÉS

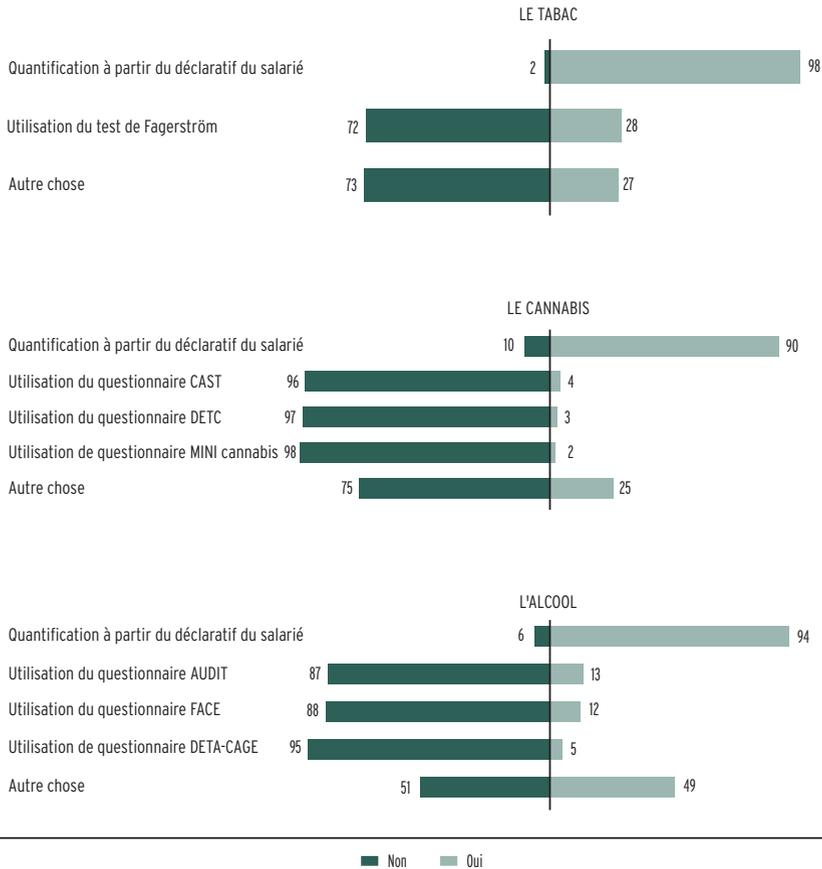
Les modalités de renseignement du dossier médical sur les consommations

de substances psychoactives des salariés sont relativement homogènes : dans neuf cas sur dix, les médecins du travail font appel en priorité aux déclarations des salariés (98 % pour le tabac, 94 % pour l'alcool, 90 % pour le cannabis) [figure 13].

FIGURE 13

Modalités de renseignement du DMST sur les addictions

Base de médecins qui renseignent le dossier médical en santé au travail sur chacune des consommations, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

L'utilisation de questionnaires validés s'avère en revanche peu fréquente : seuls 28 % des médecins déclarent utiliser le test de Fagerström pour le tabac, 14 % le test AUDIT pour l'alcool, 12 % le FACE et 5 % le DETA. Pour le cannabis, 4 % ont recours au Test CAST, 3 % au DETC et 2 % au MINI-cannabis (*Mini International Neuropsychiatric Interview cannabis*).

Certains médecins du travail font également appel à d'autres modalités d'évaluation des consommations de substances psychoactives : 7 % déclarent utiliser un test de CO pour documenter les consommations de tabac, 12 % évoquent avoir recours à des bilans sanguins pour des consommations d'alcool et 11 % utiliser des tests urinaires pour identifier des

consommations de cannabis. Les services autonomes et les hôpitaux se distinguent par une plus grande utilisation du test de repérage de la dépendance tabagique. Aucune différence ne ressort entre les services concernant l'utilisation de tests pour des consommations d'alcool ou de cannabis.

En revanche, les médecins ayant suivi une formation en addictologie utilisent plus souvent les différents tests pour le tabac (OR = 1,6 ; $p < 0,01$) et l'alcool (OR = 1,8 ; $p < 0,01$) ; et les médecins travaillant en réseau semblent davantage avoir recours à l'utilisation de tests avec des odds ratios de 1,8 ($p < 0,001$) pour le test de Fagerström, de 2,4 pour l'alcool ($p < 0,001$) et 2,1 pour le CAST ($p < 0,05$) [tableau III].

TABLEAU III

Régression logistique sur le fait d'utiliser les tests validés selon les substances psychoactives

Variables	Tabac 28 %		Alcool 22 %		Cannabis 6 %	
	OR ajustés	IC	OR ajustés	IC	OR ajustés	IC
Sexe						
Homme (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Femme	1,0	[0,7 - 1,4]	1,0	[0,7 - 1,4]	0,7	[0,4 - 1,3]
Âge						
Âge (en continu)	1,0	[1,0 - 1,0]	1,0	[1,0 - 1,0]	1,0	[1,0 - 1,1]
Service						
Autonome	2,2**	[1,3 - 3,8]	1,6	[0,9 - 2,8]	1,6	[0,6 - 4,2]
Fonction publique / Collectivité / État	1,1	[0,6 - 1,9]	1,0	[0,6 - 1,8]	0,5	[0,1 - 1,8]
Interentreprises (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Hôpitaux	2,1**	[1,3 - 3,6]	1,0	[0,5 - 1,7]	1,0	[0,3 - 2,8]
MSA	1,4	[0,8 - 2,4]	1,3	[0,7 - 2,3]	2,2	[0,9 - 5,6]
Travail en réseau						
Oui	1,8***	[1,3 - 2,6]	2,4***	[1,6 - 3,5]	2,1*	[1,0 - 4,4]
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Formé en addictologie						
Oui	1,6**	[1,2 - 2,2]	1,8**	[1,3 - 2,5]	1,7	[0,9 - 3,2]
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOF.

ORIENTATION D'UN SALARIÉ EN DIFFICULTÉ AVEC SES CONSOMMATIONS

Face à un salarié faisant usage de substances psychoactives, la première démarche des médecins du travail est toujours de donner des conseils de prévention ; seule une minorité n'effectue aucune démarche [figure 14]. L'incitation à en parler avec le médecin traitant est l'attitude la plus fréquemment

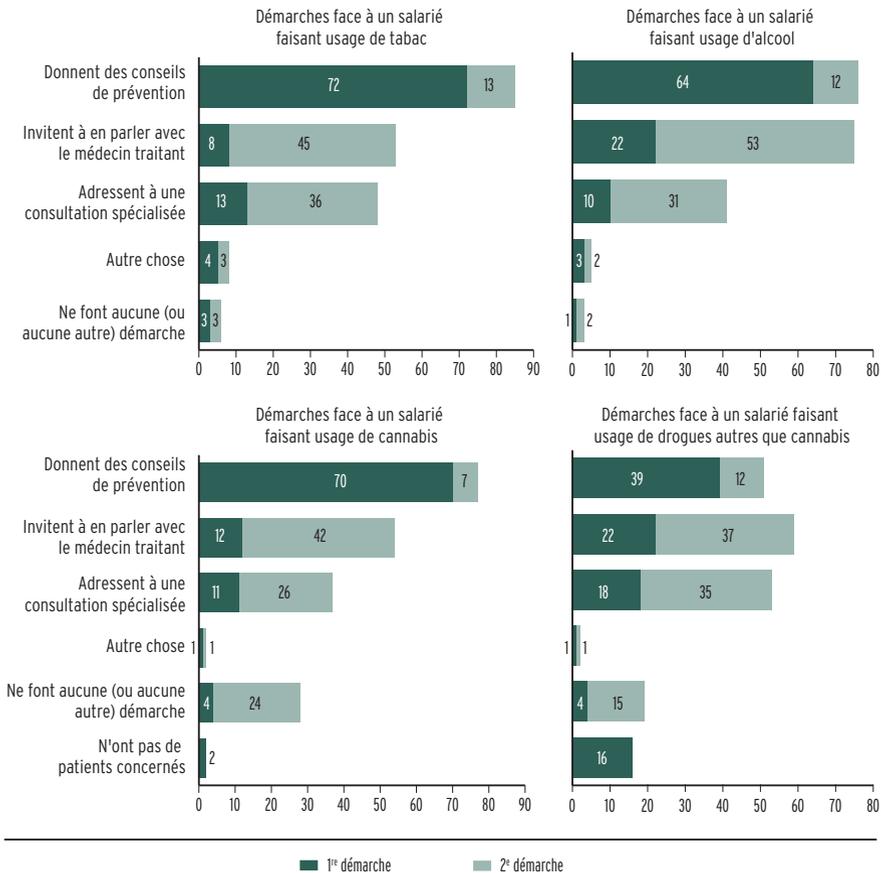
citée en deuxième démarche mais environ un médecin sur trois fait le choix d'orienter ses patients vers une consultation spécialisée.

Au final, en tenant en compte des deux principales démarches, on peut dire que les médecins du travail s'investissent en général facilement dans des conseils de prévention auprès des usagers de tabac (85 %) et de cannabis (77 %). Ils associent fortement le médecin généraliste à la prise en charge des patients faisant usage de

FIGURE 14

Démarches adoptées par les médecins du travail face à des salariés faisant usage de substances psychoactives

Base de 750 médecins, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

l'alcool (76 % des médecins du travail donnent des conseils de prévention et 74 % invitent leurs salariés à en parler avec leur médecin traitant). Concernant les usagers d'autres drogues, les médecins adoptent de façon équivalente les trois démarches : prévention (51 %), orientation vers le médecin traitant (60 %) ou vers une consultation spécialisée (52 %). Notons enfin que 16 % des médecins du travail déclarent ne pas avoir de salariés concernés par l'usage de ces autres drogues.

En première intention, les femmes s'investissent plus que les hommes dans les conseils de prévention [figure 15] ; les hommes, eux, sont plus nombreux à orienter en première intention leurs salariés faisant usage d'alcool ou de cannabis vers un généraliste (31 % vs 18 % des femmes

concernant l'alcool et 17 % vs 10 % des femmes concernant le cannabis). Ils sont également plus nombreux à n'effectuer aucune démarche face à un salarié faisant usage d'autres drogues illicites (9 % vs 1 % ; $p < 0,001$).

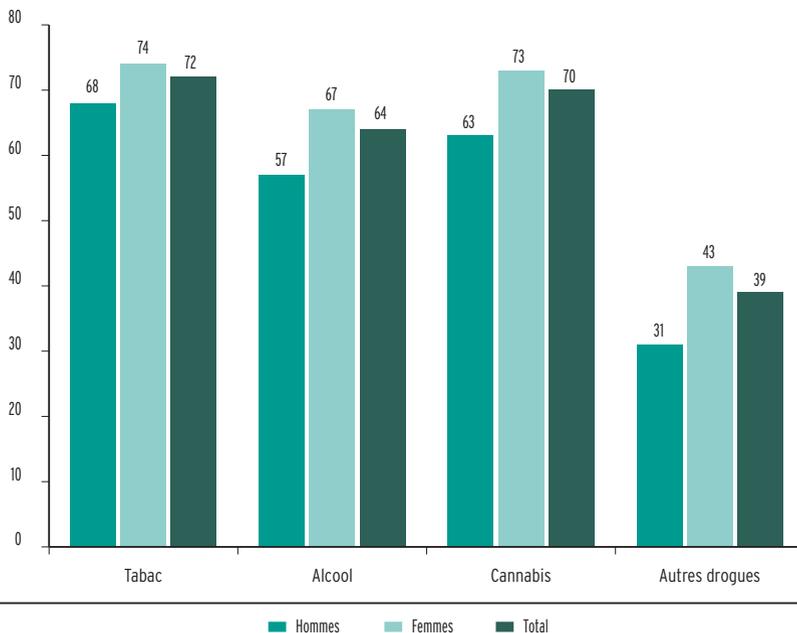
Les médecins les plus jeunes sont les plus disposés à s'impliquer dans des conseils de prévention auprès d'usagers de drogues illicites : 52 % des moins de 45 ans leur donnent des conseils de prévention, contre 41 % des 45-50 ans, et 36 % des médecins de plus de 50 ans ($p < 0,01$).

Toutes choses égales par ailleurs, l'analyse ne semble pas indiquer de lien entre le fait de donner des conseils de prévention et le travail en réseau ou la formation en addictologie.

FIGURE 15

Proportion des médecins déclarant en première démarche donner des conseils de prévention, suivant le sexe

Base de 750 médecins, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

TABLEAU IV

Régression logistique sur l'orientation vers une consultation spécialisée

Variables	Tabac		Alcool		Cannabis		Autres drogues	
	ORa	IC	ORa	IC	ORa	IC	ORa	IC
Sexe								
Homme (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Femme	0,9	[0,5 - 1,4]	1,2	[0,7 - 2,2]	1,3	[0,7 - 2,3]	0,8	[0,5 - 1,2]
Âge								
Âge (en continu)	1,0	[1,0 - 1,0]	1,0	[1,0 - 1,0]	1,0	[1,0 - 1,0]	1,0	[0,9 - 1,0]
Service								
Autonome	0,6	[0,3 - 1,3]	0,9	[0,4 - 2,1]	0,5	[0,2 - 1,2]	1,4	[0,7 - 2,5]
Fonction publique / Collectivité / État	1,0	[0,5 - 1,9]	0,5	[0,2 - 1,3]	0,5	[0,2 - 1,2]	0,9	[0,5 - 1,6]
Interentreprises (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Hôpitaux	2,2*	[1,2 - 4,1]	2,0	[1,0 - 4,1]	1,2	[0,6 - 2,4]	1,5	[0,9 - 2,8]
MSA	0,4*	[0,2 - 1,0]	0,8	[0,4 - 2,0]	0,5	[0,2 - 1,2]	1,1	[0,6 - 2,1]
Travail en réseau								
Oui	1,4	[0,8 - 2,3]	1,9*	[1,0 - 3,5]	1,9*	[1,0 - 3,5]	1,2	[0,8 - 1,7]
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Formé en addictologie								
Oui	1,1	[0,7 - 1,7]	1,2	[0,7 - 2,0]	1,3	[0,8 - 2,2]	1,0	[0,7 - 1,4]
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	

* : p<0,05

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

Le recours à une consultation spécialisée comme première démarche est nettement plus souvent utilisé par les médecins des hôpitaux en ce qui concerne le tabac (OR = 2,2 ; p<0,05). Les médecins déclarant travailler en réseau sont plus enclins à orienter en première démarche leurs salariés faisant usage d'alcool et de cannabis vers des consultations spécialisées (OR = 1,9 ; p<0,05) [tableau IV].

TRAVAIL EN RÉSEAU

Les médecins du travail ont été interrogés sur leurs relations avec les réseaux organisés de prise en charge des personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres substances psychoactives. Plus d'un tiers (37 %) des médecins du travail déclarent travailler avec un Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

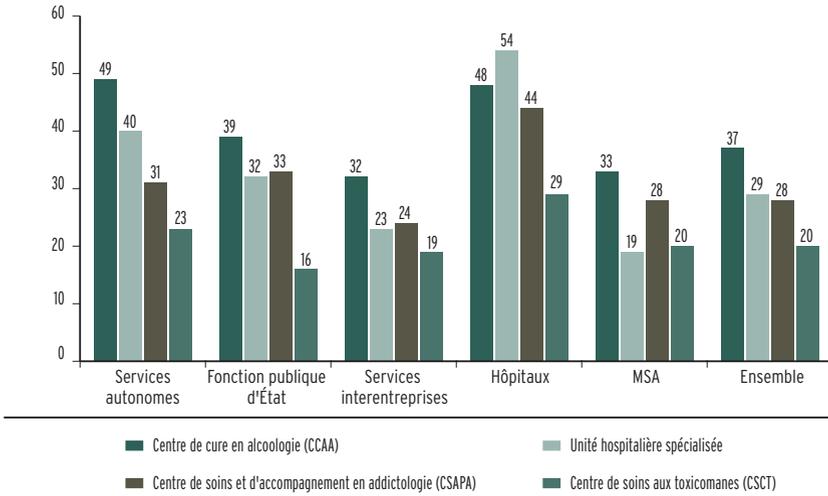
Près de trois médecins sur dix (28 %) déclarent être en relation avec un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou une unité hospitalière spécialisée (29 %), et 20 % avec un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST). Les médecins des services autonomes, les hospitaliers et les médecins qui suivent un petit nombre d'entreprises (1 à 10) sont ceux qui travaillent le plus avec les réseaux [figure 16]. Les médecins ayant une formation en addictologie sont également plus liés à de tels partenariats [figure 17].

Certains médecins du travail évoquent également des relations avec d'autres types de réseaux : réseau interne à l'entreprise (4 %), associations néphalistes (3 %), associations spécialisées (4 %), médecins spécialistes (2 %) ou généralistes (2 %).

FIGURE 16

Travail en réseau, suivant le type de services

Base de 750 médecins, résultats en %

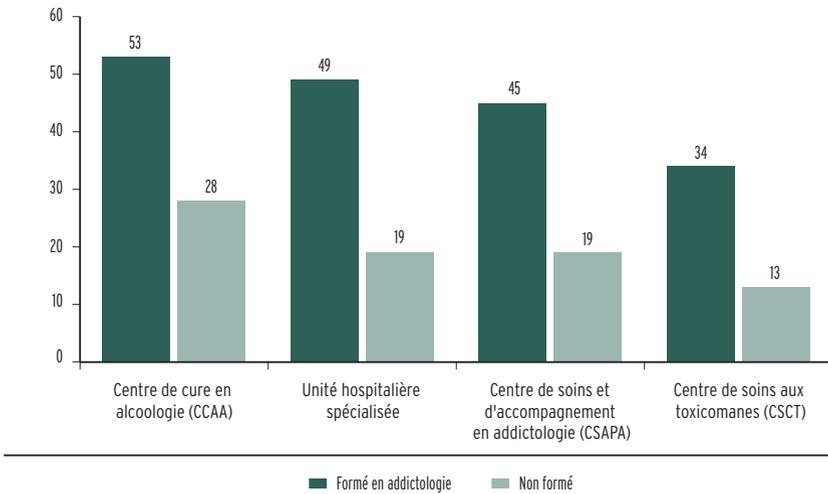


Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

FIGURE 17

Proportion des médecins travaillant avec les réseaux d'addictologie, suivant leur formation

Base de 750 médecins, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

Au bilan, près d'un médecin du travail sur deux (49 %) déclare collaborer avec au moins un type de structure spécialisée (CCAA, CSAPA, CSCT, unité hospitalière).

Les résultats d'une analyse multivariée confirment les disparités de relations avec un réseau organisé suivant le type de services (les médecins des hôpitaux et des services autonomes étant les plus impliqués dans un travail en réseau) et la formation en addictologie. En revanche, le fait d'avoir été auparavant médecin généraliste et le sentiment d'efficacité perçu par rapport à la prévention des conduites addictives n'influence nullement les pratiques de travail en réseau des médecins du travail [tableau V].

TABLEAU V

Régression logistique sur le fait de ne pas travailler en réseau

Variables	OR ajustés	IC
Sexe		
Homme (réf.)	- 1 -	
Femme	0,7	[0,5 - 1,0]
Âge		
Âge (en continu)	1,0	[1,0 - 1,0]
Service		
Autonome	0,5**	[0,3 - 0,8]
Fonction publique / Collectivité /État	0,6	[0,4 - 1,0]
Interentreprises (réf.)	- 1 -	
Hôpitaux	0,3***	[0,2 - 0,5]
MSA	1,1	[0,7 - 1,8]
Formé en addictologie		
Oui	0,4***	[0,2 - 0,5]
Non (réf.)	- 1 -	
Avoir été généraliste		
Non	0,9	[0,7 - 1,3]
Oui (réf.)	- 1 -	
Sentiment d'efficacité		
Plutôt efficace	0,7	[0,5 - 1,0]
Plutôt pas efficace (réf.)	- 1 -	

** : p<0,01 ; *** : p<0,001

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

SENTIMENT D'EFFICACITÉ DES MÉDECINS PAR RAPPORT À LA PRÉVENTION DES PRATIQUES ADDICTIVES

En matière de prévention des pratiques addictives, le sentiment général partagé par six médecins du travail sur dix est de se sentir peu ou pas du tout efficaces (56 % « peu efficaces », 4 % « pas du tout efficaces »). Seuls 39 % se sentent « assez efficaces » et 1 % « très efficaces ». Les médecins des services autonomes apparaissent comme les plus confiants dans leur efficacité (OR = 2,3 par rapport aux médecins des services interentreprises ; p<0,001), ainsi que ceux qui ont suivi une formation en addictologie (OR = 2,1 ; p<0,001) [tableau VI].

TABLEAU VI

Régression logistique sur le sentiment d'efficacité des médecins par rapport à la prévention des pratiques addictives

Variables	OR ajustés	IC
Sexe		
Homme (réf.)	- 1 -	
Femme	1,2	[0,8 - 1,7]
Âge		
Âge (en continu)	1,0	[1,0 - 1,0]
Service		
Autonome	2,3***	[1,4 - 3,7]
Fonction publique / Collectivité /État	1,7*	[1,0 - 2,7]
Interentreprises (réf.)	- 1 -	
Hôpitaux	0,9	[0,6 - 1,5]
MSA	0,7	[0,4 - 1,2]
Travail en réseau		
0	1,4	[1,0 - 1,9]
1 (réf.)	- 1 -	
Formé en addictologie		
Oui	2,1***	[1,5 - 2,8]
Non (réf.)	- 1 -	

** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

FREINS À L'IMPLICATION DES MÉDECINS DANS LA PRÉVENTION DES PRATIQUES ADDICTIVES

Parmi les freins pouvant faire obstacle à leur implication dans des démarches de prévention individuelle des pratiques addictives, les médecins du travail évoquent en priorité la résistance des salariés (57 %) et le manque de temps (56 %). Le manque de formation est cité par près d'un médecin sur quatre (23 %) et plus d'un médecin sur dix (14 % dont 5 % en première intention) considère que la prévention ne relève pas de son rôle ; 7 % ne sont pas convaincus de l'efficacité d'une démarche individuelle [figure 18].

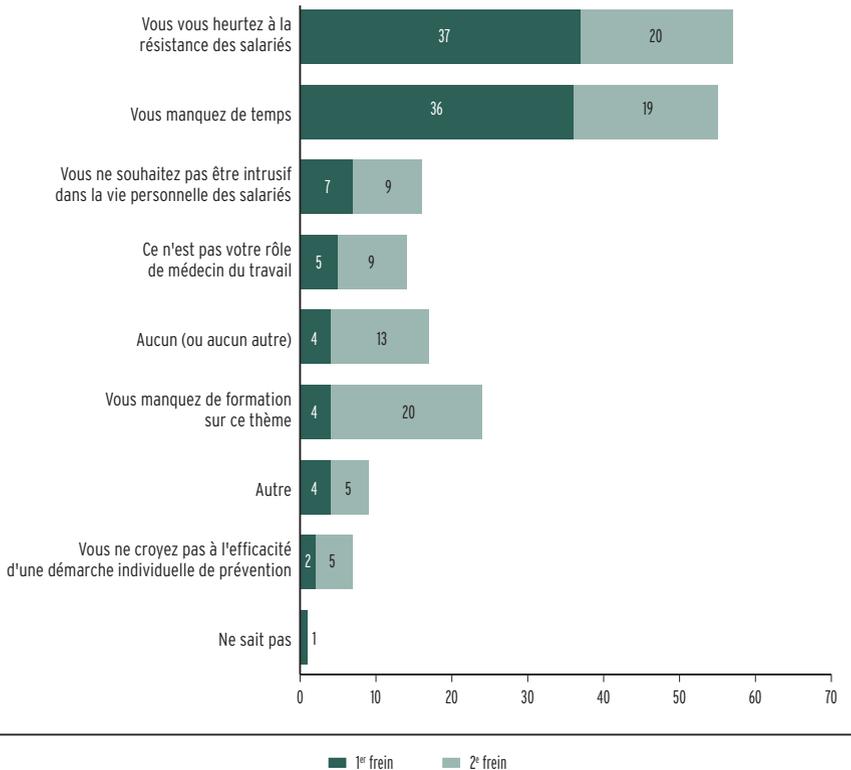
Il convient de noter que 4 % des médecins ne voient aucun obstacle à la mise en place d'actions de prévention ; cette opinion est davantage citée par les médecins des services autonomes (11 % vs 2,5 % pour les autres médecins du travail ; $p < 0,001$).

Comme premier frein, les femmes évoquent davantage le manque de temps que les hommes (40 % vs 29 % ; $p < 0,01$). Les hommes, eux, sont plus nombreux à déclarer ne pas souhaiter être intrusifs dans la vie personnelle des salariés (14 % vs 4 % des femmes ; $p < 0,01$). Ils sont également plus nombreux à déclarer que la prévention ne fait pas partie de leur rôle (8 % vs 4 % des femmes ; $p < 0,05$).

FIGURE 18

Deux principaux freins à la mise en place d'actions de prévention

Base de 750 médecins, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTOIF.

DISCUSSION

AU-DELÀ DES PRIORITÉS DE SANTÉ AU TRAVAIL, UNE VIGILANCE SUR LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les priorités de santé au travail mentionnées par les médecins du travail reflètent assez bien les enjeux des réalités épidémiologiques, des problématiques rencontrées et des orientations données par le Haut Conseil de la santé publique [59] et les différents plans : plans « Santé au travail » (PST1 2005-2009 [60] et PST2 2010-2014 [61]), Plan national santé environnement (PNSE2 2009-2013 [62]), Plan cancer 2009-2013 [63], Plan national de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011 [42].

Le renforcement de la prévention des maladies professionnelles par la réduction des facteurs professionnels est l'une des principales préconisations du HCSP et du plan « Santé au travail » 2, avec pour priorités [64] d'agir sur les troubles musculo-squelettiques¹¹, première cause de maladie professionnelle reconnue (83 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues en 2009 avec 41 125 cas) et sur les expositions aux agents carcinogènes (1 830 cancers professionnels reconnus d'origine professionnelle en 2009¹²). Dans ces domaines, plusieurs recommandations de bonnes pratiques à l'intention des médecins du travail sont en cours

d'élaboration par la Haute Autorité de santé, sous le pilotage de la Direction générale du travail [65].

La réduction des accidents du travail demeure une priorité (700 000 accidents par an, dont 44 000 accidents graves [60]), avec notamment l'objectif de diminuer de 5 % en cinq ans les taux d'accidents du travail mortels ou conduisant à une incapacité permanente partielle (IPP) dans les secteurs du BTP, de l'agriculture et des transports [58, 60].

Le Plan « Santé au travail » insiste également sur la réduction de la sinistralité routière qui représentait 20 394 accidents de mission en 2008, avec 132 décès et près de 1,5 million de journées de travail perdues. Les liens entre les accidents de trajet et les consommations de substances psychoactives ne sont pas explicitement mentionnés ; en revanche, ceux qui existent entre certains milieux professionnels fortement consommateurs de substances addictives – BTP, transports... [13, 14] – et les résultats de certaines études épidémiologiques doivent être soulignés.

L'alcool est le premier facteur de mortalité sur la route. En 2009, les accidents en état d'alcoolisation représentaient 10,5 % des accidents corporels et près de 30 % des accidents mortels [69]. Les études évaluent son implication dans 10 à 20 % des accidents du travail [38].

Si l'implication des autres substances psychoactives dans les accidents de la route est moins documentée, l'enquête SAM (Stupéfiants et accidents mortels) menée par l'Institut national de recherche sur les

11. Les objectifs fixés par le HCSP sont de diminuer, en cinq ans, de 10 % les taux d'incidence des syndromes du canal carpien et des épicondylites latérales d'origine professionnelle et de 20 % la proportion de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine [58].

12. Ces chiffres ne reflètent qu'une partie de la réalité. Des estimations fondées sur la littérature internationale attribuent à l'activité professionnelle un nombre de cancers supérieur au nombre de cancers reconnus au titre des maladies professionnelles [66-68].

transports et leur sécurité (INRETS)¹³ avait permis d'estimer en 2002-2003 qu'environ 3 % des conducteurs circulaient sous influence cannabique (taux sanguin de THC ≥ 1 ng / ml) et plus de 5 % sous influence de l'alcool, dont la moitié avec des alcoolémies au-delà du seuil de 0,5 g/l [70].

Dans cette enquête, 28,6 % des accidents mortels pouvaient être estimés attribuables à la responsabilité d'un conducteur ayant un taux d'alcoolémie positif (25,2 % avec des alcoolémies supérieures et 3,4 % avec des alcoolémies inférieures au seuil légal de 0,5 g/l) et 2,5 % à celle d'un conducteur ayant un taux positif de cannabis. Les auteurs soulignaient l'importance de la probabilité liée aux risques : les conducteurs sous influence de l'alcool ont 8,5 fois plus de risques d'être responsable d'un accident mortel que les conducteurs négatifs ; dans le cas du cannabis, le risque pour un consommateur d'être responsable d'un accident mortel est de 1,8 et, chez les conducteurs positifs à la fois au cannabis et à l'alcool, il est estimé à 14 [70-72].

Ainsi, une alcoolisation, même modérée, est un facteur à prendre en compte dans la prévention des accidents. Ces différents éléments doivent rappeler l'importance de la surveillance des consommations de substances psychoactives pour tout salarié utilisant un véhicule (à titre professionnel, en mission ou pour ses trajets) et, plus largement, pour les postes à risque.

Six médecins du travail sur dix semblent ainsi convaincus de l'importance de prévenir les risques routiers professionnels et les consommations d'alcool (attribution d'une note de 7 à 10 sur l'échelle de 10) ; une même proportion estime qu'une consommation

d'alcool, même inférieure à deux verres par jour, constitue un risque au travail¹⁴.

Les médecins du travail mettent davantage l'accent sur les liens entre consommation de substances psychoactives et risques psychosociaux dans l'entreprise, risques qu'ils déclarent rencontrer le plus fréquemment (77 %). Ils déclarent par ailleurs observer depuis cinq ans une forte augmentation des dépressions chez les salariés.

Les médecins du travail sont en effet en première ligne pour constater un mal-être grandissant au travail. Ce constat est partagé par les médecins généralistes, comme en témoignent les résultats de l'enquête « Médecins généralistes », présentés dans cet ouvrage (voir p.121) : au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, 86 % des médecins généralistes déclaraient avoir rencontré des problèmes de souffrance psychique liés aux conditions de travail chez leurs patients et 64 % indiquaient avoir sollicité un médecin du travail à ce sujet. L'OMS estime que d'ici 2020, la dépression pourrait devenir la principale cause d'incapacité de travail [73]. En France, en 2007, les consultations pour risque psychosocial sont devenues la première cause de consultation pour pathologie professionnelle¹⁵ [74]. D'autres pathologies (comme les troubles musculo-squelettiques et les problèmes cardiovasculaires) sont connues pour être associées aux conséquences des facteurs psychosociaux¹⁶ [75-79].

14. Dans l'enquête Inpes / Anpa de 2006, 8,4 % des dirigeants de petites entreprises (moins de 50 salariés) et 90 % des dirigeants d'entreprises de plus de 50 salariés partageaient l'idée « qu'une consommation d'alcool de deux verres peut déjà constituer un risque au travail » [28].

15. Source : AFSSET, réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles.

16. Suivant une revue de littérature, le risque relatif associé au « job strain » (voir note 12 p. 143) serait de 1,4 à 3,3 pour les troubles de santé mentale (dépression, anxiété), de 1,2 à 2,4 pour le risque de MCV (mortalité et morbidité) et entre 1,4 et 2,3 pour les troubles musculosquelettiques (TMS). Les fractions attribuables au « job strain » en France, estimées à partir de l'enquête SUMER 2003, seraient de : 8,4 à 31,1 % des troubles de santé mentale chez les hommes et de 9,9 % à 33,6 % chez les femmes ; respectivement de 4 % à 21,5 % et de 6,1 % à 12,6 % pour les MCV ; de 9,9 % à 26,8 % pour les TMS [75].

13. Enquête INRETS effectuée de septembre 2002 à septembre 2003. Durant cette période, 10 748 conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation ont bénéficié d'un dépistage avec des taux connus d'alcool et de stupéfiants (cannabis, amphétamines, cocaïne, opiacés) : 6 766 conducteurs considérés comme responsables de l'accident ont été comparés à 3 006 conducteurs « témoins » (ni responsables, ni décédés) sélectionnés parmi les 3 982 non responsables.

Depuis 2010, les préconisations du rapport Lachmann ont été intégrées au Plan « Santé au Travail 2 » (PST2) [60]. Le rapport préconise de s'appuyer sur les services de santé au travail pour une détection efficace des situations de stress au travail. L'utilisation, dans le cadre de la visite médicale, de questionnaires individuels auxquels les médecins du travail sont déjà habitués devrait permettre de repérer et d'accompagner les salariés en difficulté le plus précocement possible [74]. Toutefois, selon le rapport du collègue des experts, aucun questionnaire ne s'impose aujourd'hui comme standard pour mesurer les risques psychosociaux [80].

LE DOSSIER MÉDICAL EN SANTÉ AU TRAVAIL (DMST) : UN OUTIL DIVERSEMMENT RENSEIGNÉ

Les médecins du travail sont dans l'ensemble vigilants à renseigner le dossier médical en santé au travail ; pour autant, les habitudes de vie ou antécédents médicaux de leurs patients sont diversement appréhendés et, en dehors du tabac et de la consommation de médicaments psychotropes, la documentation est rarement systématisée.

On pourrait penser que les médecins aient répondu à la question suivant les réalités des populations qu'ils suivent, mais l'argument, vrai au regard de la faible prévalence des problèmes de cannabis et autres drogues, tient mal si l'on se réfère aux autres réalités épidémiologiques (maladies cardiovasculaires, dépressions, consommation de tabac, consommation d'alcool...).

Dans les faits, en dehors de toute prescription obligatoire de ce qui devrait être noté dans le DMST, il semble bien que les pratiques des médecins du travail sur le relevé des éléments de vie personnelle des salariés reflètent une appréciation qui prend en compte à la fois des éléments de santé publique et de santé au travail. Plusieurs

paradoxes peuvent toutefois être relevés. Si l'objectif prioritaire du DMST est bien d'aider le médecin du travail à apprécier le lien entre l'état de santé du travailleur, son poste, ses conditions de travail et d'éviter la désinsertion professionnelle, on comprend que la documentation relative à l'activité physique des salariés soit particulièrement renseignée. Les médecins incluent vraisemblablement sous ce terme les exigences physiques des postes de travail (contraintes posturales, stations debout prolongées, manutention, port de charges...¹⁷) et il est possible qu'ils y incluent également les temps de trajet. Les médecins du travail incluent-ils également plus largement dans cette documentation l'exploration des activités physiques extraprofessionnelles des salariés, comme les activités sportives¹⁸ ? En termes de santé publique, le Plan national nutrition-santé (PNNS) recommande depuis 2006 une activité physique de 30 minutes par jour et une alimentation équilibrée [83]. Le Programme national nutrition-santé 2011-2015 (PNNS 2) prolonge ces recommandations et invite les entreprises à devenir des acteurs du PNNS par des chartes d'engagement [84].

Cependant, si les médecins du travail sont relativement vigilants à documenter systématiquement les antécédents de diabète ou les risques cardiovasculaires, l'attention portée aux habitudes alimentaires est plus diversement renseignée. Les médecins du travail n'envisagent généralement de poser des questions sur les habitudes alimentaires des patients que si elles sont susceptibles d'affecter l'aptitude au poste. Toutefois, la hiérarchie des thèmes de santé abordés par les médecins du travail rejoint les facilités exprimées par les médecins

17. En dépit d'une certaine amélioration de l'évolution des conditions de travail, les risques physiques persistent, voire augmentent [81, 82].

18. L'intitulé de la question restait ouvert.

généralistes pour aborder avec leurs patients des sujets de prévention : dans le Baromètre médecins 2009, les médecins généralistes jugent ainsi les risques cardiovasculaires et le dépistage des cancers « tout à fait » ou « plutôt » faciles à aborder (respectivement 96,1 % et 95,5 %), suivis de l'activité physique (89,4 %), l'alimentation (84,6 %) et le surpoids (78,5 %) ¹⁹ [85].

Alors que les problèmes psychosociaux sont les problématiques que les médecins du travail déclarent rencontrer le plus fréquemment, la documentation des problèmes anxiodépressifs dans le DMST ne semble pas prioritaire. En revanche, les consommations de médicaments psychotropes sont particulièrement bien renseignées. Cette prise en compte des traitements dans l'observation fait naturellement partie de toute évaluation médicale mais l'impact de certains médicaments psychotropes sur les postes à risque est à prendre en considération. Au-delà du retentissement éventuel sur l'activité de travail, il est également important de savoir s'il s'agit pour le salarié d'une prise chronique, d'une autoprescription, de repérer si le début et la poursuite de la prescription sont en lien avec le travail ou pas. Enfin, parmi les médicaments psychoactifs figurent les traitements de substitution aux opiacés (TSO), dont la consommation est importante à connaître pour accompagner les personnes dépendantes aux opiacés, juger de la qualité de la prise en charge et adapter les stratégies de maintien ou de retour à l'emploi.

Concernant le repérage des consommations de substances psychoactives, les pratiques des médecins du travail semblent très différentes suivant les produits. Les résultats confirment les tendances observées dans l'enquête exploratoire menée en région Rhône-Alpes par le

Centre d'information régionale sur la drogue et la dépendance [86] ²⁰.

L'interrogatoire quasi systématique des patients sur le tabac est sans doute à mettre en lien avec la facilité et la rapidité du questionnement dans le cadre contraint de la consultation de médecine du travail ²¹, mais également avec l'aisance et la capacité des médecins à donner des conseils de prévention à leurs patients sur ce sujet (85 % des médecins du travail déclarent le faire).

La documentation des consommations d'alcool est plus occasionnelle. Cette attitude pourrait être rapportée à l'ambivalence déjà constatée chez les médecins généralistes par rapport au statut de l'alcool (les médecins étant eux-mêmes fréquemment consommateurs d'alcool [87], à l'image de la population générale), à leur perception des seuils de risque (l'OR à documenter systématiquement le dossier médical des patients est de 1,8 chez les médecins du travail approuvant « tout à fait » l'idée que 2 verres par jour constituent un risque au travail, par rapport à ceux n'étant « plutôt pas d'accord » avec cette affirmation), aux difficultés des médecins à amorcer un dialogue avec les patients. Chez les médecins généralistes, l'alcool et l'usage de drogues illicites sont les thèmes jugés les plus difficiles à aborder en matière de prévention (respectivement par 39,5 % et 43 % des généralistes vs 10,7 % pour le tabac) ; ces difficultés sont rapportées par plusieurs autres travaux [51, 85]. De fait, 70 % des généralistes déclarent n'aborder les questions d'alcool que pour leurs patients « jugés à risques » (66,5 % pour la consommation du cannabis) et 25 % déclarent

20. Enquête par questionnaire menée en septembre-octobre 2008 auprès de l'ensemble des médecins du travail en services interentreprises en région Rhône-Alpes et Provence Alpes Côte d'Azur : 239 médecins répondants.

21. Suivant le déclaratif des médecins, dans les services autonomes, les résultats de l'enquête indiquent un nombre moyen de salariés suivis de 1486 contre 2306 dans la fonction publique territoriale, 2062 dans les hôpitaux, 2735 dans les services entreprises, 3476 en MSA.

19. Les thèmes jugés les moins faciles à aborder sont la consommation d'alcool (60,4 %), la vie affective et sexuelle (58,7 %) et l'usage de drogues (57,0 %).

ne jamais aborder la question, sinon à la demande du patient [51, 88].

Pourtant, la documentation du DMST sur les consommations d'alcool gagnerait à être plus systématisée. L'enquête du CIRRD a montré que, parmi les personnes repérées comme dépendantes à l'alcool, la part des personnes occupant des postes à risque est très importante (66 %). Dans cette étude, un quart des repérages de dépendance à l'alcool donneraient lieu à la délivrance de certificats d'inaptitude temporaire [86].

Toutes choses égales par ailleurs, les médecins des services autonomes et de la fonction publique renseignent plus systématiquement le DMST sur les consommations d'alcool. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette attention plus soutenue : un temps dédié à la consultation médicale plus important, une vigilance accrue à l'égard de certaines populations, des politiques internes plus strictes que dans les petites entreprises (TPE). Plusieurs expériences attestent en effet que dans ces milieux, un certain nombre d'initiatives ou de recommandations ont effectivement été menées, comme en région Nord-Pas-de-Calais [89], en Pays-de-la-Loire [90] ou en Aquitaine [91]. L'AP-HP (mission FIDES) a récemment engagé une campagne systématique de sensibilisation de l'ensemble de ses personnels [92]. Des initiatives ont également été prises par les services du ministère de l'Intérieur [93].

Concernant le cannabis, 41 % des médecins du travail partagent l'idée que son usage est répandu au travail. La documentation du DMST par les médecins du travail paraît fortement liée au pourcentage de salariés estimés en difficulté avec le produit et au fait de travailler en réseau. Ces résultats rejoignent également ceux constatés chez les médecins généralistes [51]. La connaissance des répercussions des consommations sur le travail et sur l'entreprise semble moins avancée que pour l'alcool. L'enquête

du CIRDD indique que la part des personnes repérées comme dépendantes au cannabis est moins souvent en lien avec le statut à risque ou de sécurité du poste. Dans cette même enquête, les repérages d'une dépendance au cannabis ne donnent pas lieu aux mêmes conséquences que lorsque l'alcool est en cause, la délivrance d'une inaptitude temporaire (ou d'une aptitude soumise à une contre-visite) étant cinq fois plus rare [86].

Pour conclure sur la documentation du dossier médical concernant les substances psychoactives, quel que soit le type d'addiction, les femmes ont une plus grande propension à documenter les dossiers médicaux que les hommes ; les médecins les plus jeunes sont également plus à l'aise à considérer les consommations d'alcool et de cannabis comme une priorité (ils bénéficient en effet d'une meilleure formation en addictologie au cours de leur cursus médical, même si celle-ci demeure insuffisante).

Le faible pourcentage de médecins du travail tenant des statistiques est peu surprenant, compte tenu du manque de temps dont ils disposent pour effectuer l'ensemble de leurs missions. Pour autant, ils semblent avoir une bonne appréciation des salariés en difficulté avec l'usage des différents produits ; leur sentiment rejoint sensiblement les prévalences estimées à partir du déclaratif des salariés [13, 14]. L'évolution à venir des logiciels utilisés en santé au travail devrait probablement faciliter leur travail et permettre un meilleur suivi des consommations au cours des consultations.

UN REPÉRAGE DES USAGERS PARFOIS DIFFICILE

Parmi les médecins du travail qui renseignent le DMST sur les consommations de substances psychoactives, neuf sur dix déclarent faire appel au déclaratif des salariés. On peut se féliciter du choix de ce

contact direct avec les salariés ouvrant le dialogue sur leurs pratiques addictives²² mais regretter que la proportion de médecins utilisant des questionnaires de repérage validés soit encore faible : 28 % pour le tabac, 22 % pour l'alcool, 6 % pour le cannabis. Pour autant, l'usage de questionnaires validés par les médecins du travail ne se distingue pas du niveau de recours qu'en ont les médecins généralistes [51, 85]. Une formation en addictologie et l'appartenance à un réseau semblent des facteurs incitatifs à une utilisation plus importante des tests. Si le « test » de Fagerström est systématiquement utilisé par les tabacologues et largement diffusé dans les médias, les alcoologues font beaucoup moins appel aux questionnaires dans leur pratique clinique, contribuant peut être ainsi à leur moindre diffusion.

Devant la faible utilisation des questionnaires, il convient sans doute de rappeler que, au moins pour l'alcool, à côté du déclaratif quantitatif, ces questionnaires aident à la distinction qualitative des différentes pratiques addictives.

Le repérage systématique se heurte parfois à des difficultés de mise en œuvre. En effet, certaines personnes en difficulté avec les produits, surtout les dépendants, sont souvent réticentes à se faire soigner et sont de fait promptes à banaliser et/ou à être dans un déni de consommation. De plus, par rapport au médecin du travail, certains salariés pourraient éluder plus ou moins consciemment leurs consommations par crainte d'une mise en inaptitude [86]. Une majorité de médecins (57 %) évoquent la

résistance des salariés comme l'obstacle principal à la mise en place d'actions de prévention des conduites addictives. Il conviendrait sans doute de mieux faire connaître aux salariés le rôle du médecin du travail dans leur accompagnement sur les questions de pratiques addictives (et plus largement de santé) et de leur rappeler qu'il est lié par le secret médical vis-à-vis de l'employeur.

PRISE EN CHARGE DES USAGERS ET TRAVAIL EN RÉSEAU

Les résultats de l'enquête témoignent d'une implication importante des médecins du travail dans des conseils de prévention auprès de leurs salariés. Toutefois, leur aisance est plus marquée avec les consommateurs de tabac et de cannabis qu'avec les usagers d'alcool ou d'autres drogues illicites.

Concernant la prise en charge, le recours au médecin traitant est fréquemment conseillé par les médecins du travail, quel que soit le type de conduite addictive. Il l'est davantage encore pour les usagers d'alcool. L'orientation vers une consultation spécialisée est particulièrement recommandée pour les consommateurs d'autres drogues (53 %).

Les équipes soignantes en addictologie et les études confirment l'importance d'un début précoce des soins pour améliorer le pronostic [94, 95]. Les situations cliniques sont souvent complexes et il peut exister des comorbidités psychiatriques venant entretenir la dépendance et rendant difficile la prise en charge. Les rechutes sont souvent fréquentes et la décision de reprise du travail (à temps plein ou partiel) est difficile à prendre, la réinsertion professionnelle est complexe à organiser. C'est tout l'intérêt de la visite de préreprise. Les médecins du travail doivent pouvoir solliciter et prendre l'avis des infirmières et travailleurs sociaux

22. En 2006, dans une enquête réalisée par l'Inpes auprès de 1 000 salariés actifs (salariés du public, du privé et personnes à leur compte ayant au moins un salarié) représentatifs de la population française âgée de 18 ans et plus (échantillon stratifié suivant la méthode des quotas), 53 % des salariés déclaraient avoir été interrogés par leur médecin du travail sur le tabac lors de leur dernière visite annuelle, 52 % sur leur stress, 37 % sur leur consommation de médicaments, 30 % sur leur consommation d'alcool, 15 % sur leur usage de drogues [28].

des services de santé au travail (quand ils existent), celui du médecin traitant et des addictologues. Les meilleurs résultats s'observent lorsqu'il y a échange d'informations et d'impressions cliniques entre ces divers professionnels. Or, comme pour toutes les questions de santé au travail, l'échange d'informations entre professionnels de santé ne peut être effectif qu'à la condition de requérir le consentement du salarié (art. L. 1110-4 du code de santé publique). En matière de conduites addictives, les résultats de l'enquête indiquent que plus d'un médecin du travail sur deux (54 %) n'a jamais été sollicité par un médecin généraliste pour des problèmes d'alcoolisation ou d'autres addictions ; de leur côté, dans les douze derniers mois, 60 % des généralistes confirment n'avoir jamais contacté un médecin du travail pour ce type de problème.

Ces données soulignent à nouveau la nécessité d'une meilleure information des salariés sur la problématique des addictions ainsi que sur les missions du médecin du travail (et, plus largement, des services de santé au travail) dans leur accompagnement, orientation et prise en charge, en lien avec les autres professionnels de santé. L'action des médecins du travail pourrait être également facilitée par une meilleure connaissance des réseaux spécialisés de proximité.

CONCLUSION

L'ensemble des résultats de ce chapitre montre que les médecins du travail accordent, parmi leurs priorités de santé au travail, une grande importance aux problématiques de consommation de substances psychoactives par les salariés. Toutefois, comme leurs confrères généralistes, ils abordent ces questions avec leurs représentations, leurs connaissances relatives des outils et, la plupart du temps, un manque de formation sur le sujet. La prévention des conduites

addictives reste en effet jusqu'à présent peu abordée lors de la formation initiale et spécialisée de ces professionnels.

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 prévoyait de renforcer les cursus de formation des futurs médecins et autres professionnels de santé au travail dans le domaine du repérage et de la prise en charge des personnes ayant des problèmes d'addiction. Actuellement, un module et une question des épreuves classantes nationales sont consacrés à l'enseignement de l'addictologie au cours du deuxième cycle des études médicales, sans volume horaire défini, laissant ainsi la liberté à chaque université d'y consacrer un temps variable selon l'implication des enseignants dans ce domaine.

Si les démarches de prévention collective des consommations de substances psychoactives en entreprise semblent peu à peu se développer, les employeurs restent souvent démunis pour gérer des situations individuelles²³. Les médecins du travail jouent un rôle pivot tant auprès des employeurs que des salariés. Pour autant, jusqu'à présent, un consensus sur les bonnes pratiques des médecins du travail sur la prévention des pratiques addictives faisait défaut.

Validées par la Haute Autorité de santé (HAS) et la Direction générale du travail (DGT), les recommandations de pratique clinique proposées par la Société française d'alcoologie (SFA) et la Société française de médecine du travail (SFMT) devraient à l'avenir faciliter les pratiques des médecins du travail sur les questions de mésusage de substances psychoactives et de dépistage [96].

23. L'importance du dialogue social dans l'entreprise pour aborder ces questions mérite ici d'être rappelée (voir p. 95 chapitre « Actions collectives en entreprise : la place du médecin du travail »).

Remerciements

D^r Gérald Demortière (SMT01F), D^r Damien Duquesne (CSAPA d'Arras), D^r Benoît Fleury (CHU Bordeaux) pour l'enrichissement de la partie « Discussion ».

Relecteurs

D^r Geneviève Abadia (INRS), François Beck (Inpes), D^r Éric Durand (Hôpital Saint-Maurice), Carole Gayet (INRS), Romain Guignard (Inpes), D^r Philippe Hache (INRS), P^r Dominique Penneau-Fontbonne (consultante).

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 25/10/2011.

- [1] Hill C., Doyon F. The frequency of cancer in France: mortality trends since 1950 and summary of the report on the causes of cancer. *Bulletin du Cancer*, janvier 2008, vol. 95, n° 1 : p. 5-10.
- [2] Hill C., Doyon F., Mousannif A. *Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006*. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2009 : 272 p.
www.invs.sante.fr/publications/2009/evolution_mortalite_cancer_france_1950_2006/rapp_sci_cancer_mortalite_web.pdf
- [3] Guérin S., Hill C. L'épidémiologie des cancers en France en 2010: comparaison avec les États-Unis. *Bulletin du cancer*, 2010, vol. 97, n° 1 : p. 47-54.
- [4] Hill C., Jouglé E., Beck F. Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme. *BEH*, mai 2010, n° 19-20 : 16 p.
www.invs.sante.fr/display?doc=beh/2010/19_20/index.htm
- [5] Guérin S., Hill C. *Épidémiologie et prévention*. Institut Gustave Roussy, octobre 2010. Document Powerpoint en ligne uniquement : www.igr.fr/doc/cancer/pdf/prevention/epioct2010sslien.pps
- [6] OFDT. *Drogues et chiffres clés (3^e éd.)*. Saint-Denis La Plaine : OFDT, 2010 : 6 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2010.pdf
- [7] Dupuy G., Vorspan F., Lépine J.-P. Épidémiologie des usages de substances addictives : résultats d'études réalisées en France et perspectives internationales. *Annales médico-psychologiques*, vol. 167, n° 7 : p. 498-503.
- [8] Richard D., Senon J.-L. *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris : Larousse, 2004 : 144 p.
- [9] Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. *Tendances*, juin 2009, n° 66 : 6 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxtstp6.pdf
- [10] Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Tovar M., Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances*, 2011, n° 76 : 6 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbr6.pdf
- [11] Redonnet B. *Consommation de drogues illicites en milieu professionnel : état des lieux des connaissances et des recherches menées en France*. Note n° 2010-9 à l'attention de la MILDT. Saint-Denis La Plaine : OFDT, 2010 : 13 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxbrq6.pdf
- [12] Beck F., Legleye S., Spilka S., Briffault X., Gautier A., Lamboy B., et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Baromètre santé 2005. *Tendances*, 2006, n° 48 : 6 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbm5.pdf
- [13] Ménard C., Léon C. Activité professionnelle et santé, quels liens ? In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2007 : p. 414-444.
- [14] Ménard C. Communication lors de la table ronde « Où en sommes-nous du phénomène de consommation de drogues illicites en milieu professionnel ? ». In : MILDT, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. *Drogues illicites et risques professionnels. Assises nationales. Verbatim*. Palais des Congrès de Paris, 25 juin 2010. Paris : MILDT, 2010 : p. 11-14.
www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Assises_nationales_Drogues_illicites_et_risques_professionnels_Verbatim.pdf
- [15] Derain M.-A. Usage de cannabis lors de la définition d'aptitude du salarié intérimaire. *AIST*, 2003, n° 21 : 52 p.
http://pmb.ofdt.fr/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=4530
- [16] Beck F., Legleye S., Maillochon F., de Peretti G. La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France 2005. *BEH*, 2009, n°10-11 : p. 90-93.
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Invs/BEH/2009/10-11/1.pdf>

- [17] Devos C., Masson N. Conduites addictives et travail : enquête nationale chez les chauffeurs affiliés à la Mutualité sociale agricole. Actes du XXIX^e congrès national de médecine et santé au travail. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2006, vol. 67, n° 2 : p. 212.
- [18] Orset C., Sarazin M., Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel. Enquête de prévalence par questionnaire chez 1 406 salariés de la Loire ; étude en fonction du poste de travail. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2007, vol. 68, n° 1 : p. 5-19.
- [19] Bergeret A., Fort E. *Enquête descriptive sur les pratiques addictives en milieu maritime français* [Communication lors des XIII^e Journées de la médecine des gens de mer. Paris, 13 et 14 mars 2008]. Paris : Ministère de l'Écologie, du Développement durable, des Transports et du Logement, 2008 : 2 p.
www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/spipdgmt/pdf/Enquete_descriptive_sur_les_pratiques_addictives_en_milieu_maritime_civil_francais_cle74bdb8.pdf
- [20] Fontaine A. Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire. *Tendances*, décembre 2002, n° 25 : 4 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxafic.pdf
- [21] Fontaine A., Fontana C. *Drogues, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel*. Paris, OFDT, 2003 : 162 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxfajja.pdf
- [22] Haguenoer J.-M., Hannotiaux M.-H., Lahaye-Roussel M.-C., Fontaine B., Legrand P.M., Shirali P., et al. Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel : une étude dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Bulletin du Conseil départemental de l'Ordre des médecins*, 1997, n° 80 : p. 11-15.
- [23] Labat L., Fontaine B., Delzenne C., Doublet A., Marek M.C., Tellier D., et al. Prevalence of psychoactive substances in truck drivers in the Nord-Pas-de-Calais region (France). *Forensic Science International*, 2008 Jan 30, vol. 174, n° 2-3 : p. 90-94.
- [24] Drogues : dans l'entreprise aussi [dossier]. *Courrier cadres*, 2003, n° 1479 : p. 20-27.
- [25] Brook D. Why do some doctors become addicted? *Addiction*, 1996, vol. 91, n° 3 : p. 317-319.
- [26] Trichard A. Épuisement professionnel et consommation de psychotropes chez les médecins hospitaliers. *Alcoologie et addictologie*, 2005, vol. 27, n° 4 : p. 303-308.
- [27] Mouhoubi S., Anastasia Hancock A., Enkaoua C. Avocats et addictions : la ligne blanche. *La lettre des juristes d'affaires*, juin 2009, Le Magazine n°16 : s.p.
www.pistes.fr/swaps/56_208.htm
- [28] Lowenstein W. Exposition professionnelle à la cocaïne : le regard de William Lowenstein. *Swaps*, juillet 2009, n° 56 : p. 20-21.
www.pistes.fr/swaps/56_209.htm
- [29] Ménard C. Alcool en entreprise : les difficultés de la prévention. *La santé de l'Homme*, septembre-octobre 2006, n° 385 : p. 42-45.
- [30] Anpaa. *Addictions en entreprise. Actes des Assises nationales de mai 2006*. Paris : Anpaa, 2006 : 6 p.
http://internet.anpaa.asso.fr/upload/synthese/4a3f92e3_Actes_du_3_mai_06.pdf
- [31] Becker F. Dans quelle mesure le travail influe-t-il sur les conduites addictives des travailleurs ? [Actes non publiés]. Colloque « Politiques publiques et pratiques professionnelles face aux inégalités sociales de santé », Lille, janvier 2007.
www.ast67.org/media/documents/dossiers/conduites-addictives/travail-et-conduites-addictives.pdf?PHPSESSID=d7debeb79eb4cac799bedf97cce58df
- [32] Butterworth P., Leach L.S., Strazdins L., Olesen S.C., Rodgers B., Broom D.H. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 14/03/2011 [Epub ahead of print].
<http://press.pspings.co.uk/oem/march/oem59030.pdf>
- [33] Vézina M., St-Arnaud L. Les stratégies défensives des cadres dans le secteur bancaire. In : Réal Jacob R., Laflamme R. (dir.). *Stress, santé et intervention au travail. Actes du IX^e Congrès de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française (tome 7)*. Québec : Presses interuniversitaires, coll. « Gestion des paradoxes dans les organisations », 1998 : p. 133-139.
- [34] Dejours C., Burlot A. Contribution de la psychopathologie du travail à l'étude de l'alcoolisme. In : Dejours C., Veil C., Wisner A. (dir.). *Psychopathologie du travail*. Paris : Entreprise moderne d'édition, 1985 : p. 105-111.
- [35] Dejours C. *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail* (3^e éd.), Paris : Bayard, 2000 : 263 p.

- [36] Chaumont J.-M. Vulnérabilité. In : Dejours C. *Commission « Violence, travail, emploi et santé »*. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan « Violence et santé » en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités : 2005 : p. 91-103.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=054000730&brp_file=0000.pdf
- [37] DARES, DREES. *Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail. Collège d'expertise sur la suivi statistique des risques psychosociaux au travail*. Paris : DARES, DREES, 2009 : 33 p.
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Indicateurs_provisaires_de_facteurs_de_risques_psychosociaux_au_travail_-_octobre_2009.pdf
- [38] Reynaud M., Parquet P.-J., Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Rapport rédigé à la demande de Monsieur Joël Ménard, directeur général de la santé, et remis à Monsieur Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé et aux Affaires sociales. Paris : Ministère de la Santé et des Affaires sociales, 1999 : 171 p.
www.10moi.fr/DOSSIERS/addictologie/Rapport%20Reynaud.pdf
- [39] Inserm. *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 533 p.
www.inserm.fr/content/download/7820/59389/file/alcool_dommages_sociaux_2003.pdf
- [40] Vullierme B. Intervention lors de la table ronde « Où en sommes-nous du phénomène de consommations de drogues illicites en milieu professionnel ? ». In : MILDT, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. *Drogues illicites et risques professionnels. Assises nationales. Verbatim*. Palais des Congrès de Paris, 25 juin 2010. Paris : MILDT, 2010 : p. 26-27.
www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/actions-et-mesures/prevention-outils/actions-2008-2011/en-milieu-professionnel/
- [41] MILDT, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. *Drogues illicites et risques professionnels. Assises nationales. Verbatim*. Palais des Congrès de Paris, 25 juin 2010. Paris : MILDT, 2010 : 124 p.
- [42] MILDT. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Rapport au Premier ministre*. Paris : La Documentation française, coll. rapports officiels : 111 p.
www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2008-2011/pdf/Plan_gouvernemental_2008-2011-fre.pdf
- [43] Parquet J.-P. *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. Rapport au Premier ministre*. Paris : MILDT, 2006 : 31 p.
www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/04_actions_mesures/05_actions_2008-2011/Milieu_pro/Conduites_addictives-Recommandations.pdf
- [44] République française. *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Titre III : prévention et santé publique*. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, p. 12 184.
www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id#JORFCTA000020879478
- [45] Dano C., Ernoul P., Penneau-Fontbonne D. Conduites addictives en milieu professionnel : les rôles du médecin du travail. *Le concours médical*, 2010, vol. 132, n° 1 : p. 26-27.
- [46] Dellacherie C., Frimat P., Leclercq G. *La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir*. [Rapport remis aux ministres du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique ; de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ; de la Santé et des Sports]. Paris : ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère de la Santé et des Sports, 2010 : 96 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-Dellacherie-Frimat-Leclercq-04-2010.pdf
- [47] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *Les objectifs de la réforme des services de santé au travail* [page internet].
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/espaces,770/travail,771/dossiers,156/sante-et-securite-au-travail,301/les-services-de-sante-au-travail,1657/la-reforme-des-services-de-sante,1804/mai-2010-les-objectifs-de-la,11818.html
- [48] République française. *Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail*. JORF n° 0170 du 24 juillet 2011 : p. 12 677.
www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=?cidTexte=JORFTEXT000024389212&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id
- [49] Haute Autorité de santé. *Le dossier médical en santé au travail (DMST). Synthèse des recommandations professionnelles*. La Plaine Saint-Denis : HAS, 2009 : 4 p.
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_757821/le-dossier-medical-en-sante-au-travail-synthese-des-recommandations

- [50] Fagerstöm K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive behaviors*, 1978, vol. 3, n° 3-4 : p. 235-241.
- [51] Guignard R., Beck F., Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In : Gautier A. (dir.). *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, 2011 : p. 177-201. www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf
- [52] Demortière G., Pessione F., Batel P. Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'autoquestionnaires : intérêt, faisabilité, limites. *Documents pour le médecin du travail*, 2^e trimestre 2001, n° 86 : p. 193-199. [www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreferenc/Tf%20105/\\$file/tf105.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreferenc/Tf%20105/$file/tf105.pdf)
- [53] Demortière G., Michaud P., Dewost A.V. Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge. TF 141. *Documents pour le médecin du travail*, 2^e trimestre 2005, n° 102 : p. 215-223.
- [54] Kunz V., Michaud P., Toubal S., Lobban G., Demortière G. Risque alcool et santé au travail. Étude de repérage et d'intervention auprès de 2 060 salariés. *Évolutions*, avril 2006, n° 1 : 4 p. www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/929.pdf
- [55] Durand E., Gayet C., Laborde L., Van de Weerd C., Farges E. Conduites addictives et travail. TC 121. *Documents pour le médecin du travail*, 3^e trimestre 2008, n° 115 : p. 339-361.
- [56] Beck F., Legleye S. Le repérage précoce des usages problématiques de drogues. In : Angel P., Richard D., Valleur M., Chagnard E. (dir.), *Toxicomanies* (2^e éd.). Paris : Masson, coll. Abrégés, 2005 : p. 78-85.
- [57] Legleye S., Karila L., Beck F., Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *The Journal of Substance Use*, 2007, vol. 12, n° 4 : p. 233-242.
- [58] Morel A. Prévention, réduction des risques et soins. Actions des structures médicosociales spécialisées en addictologie. *Le concours médical*, 2010, vol. 132, n° 1 : p. 14-15.
- [59] Salamon R., Momas I., Tran B., Hauray B. *Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions*. Paris : HCSP, 2010 : 284 p. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf
- [60] Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale. *Plan santé au travail 2005-2009*. Paris : Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, 2005 : 80 p. www.afsset.fr/upload/bibliotheque/214727598284694264375525428886/pst_plan_sante_travail.pdf
- [61] Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. *Plan santé au travail 2010-2014*. Paris : ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, 2010 : 53 p. www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2014.pdf
- [62] Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, ministère de la Santé et des Sports, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville. *Santé environnement. Deuxième plan national 2009-2013*. Paris : ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, 2009 : 10 p. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE2.pdf
- [63] République française. *Plan cancer 2009-2013*. Boulogne-Billancourt : InCa, 2009 : 149 p. www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf
- [64] Conseil d'orientation sur les conditions de travail. *Conditions de travail : bilan 2010*. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 : 400 p. www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_des_conditions_de_travail_2010-2.pdf
- [65] Haute Autorité de santé. *Recommandations de bonne pratique* [page internet]. Juillet 2011. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233
- [66] Imbernon E. *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*. Saint-Maurice : InVS, 2003 : 28 p. www.invs.sante.fr/publications/2003/cancers_pro/rapport_cancer_pro.pdf
- [67] Diricq N. *Rapport de la commission instituée par l'art. L 176-2 du code de la sécurité sociale*. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2008 : 171 p. www.securite-sociale.fr/communications/rapports/diricq/05_diricq.pdf

- [68] Académie nationale de médecine, Académie des sciences, Institut de France, Centre international de recherche sur le cancer, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. *Les causes du cancer en France. Rapport. Version abrégée*. Paris : Académie nationale de médecine, 2007 : 48 p.
www.academie-sciences.fr/activite/rapport/rapport130907.pdf
- [69] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2009*. Paris : La Documentation française, 2010 : 316 p.
www2.securiteroutiere.gouv.fr/ressources/bilan/2009/sources/index.htm
- [70] Groupe SAM. *Stupéfiants et accidents mortels de la sécurité routière (projet SAM). Synthèse des principaux résultats*. Saint-Denis La Plaine : OFDT, 2005, 39 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/SAMsynth.pdf
- [71] Laumont B., Gadegbeku B., Martin J.-L., Biecheler M.-N. Cannabis intoxication and fatal road traffic crashes in France: population based case control study. *British Medical Journal*, 2005, n° 331 : p. 1371-1374.
www.bmj.com/content/331/7529/1371.full
- [72] Laumont B., Gadegbeku B., Martin J.-L., Biecheler M.-N. Alcool et insécurité routière : quelques renseignements de l'étude nationale SAM, France, 2001-2003. *BEH*, 2006, n° 34-35 : p. 258-261.
www.invs.sante.fr/beh/2006/34_35/beh_34_35_2006.pdf
- [73] WHO. *What is depression?* [page internet]. 2011.
www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- [74] Lachmann H., Larose C., Pénicaud M. *Bien-être et efficacité au travail* [rapport]. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2010 : 19 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/02_17_Rapport_-_Bien-etre_et_efficacite_au_travail-.pdf
- [75] Sultan-Taïeb H., Lejeune C., Drummond A., Niedhammer I. Fractions of cardiovascular diseases, mental disorders, and musculoskeletal disorders attributable to job strain in France. *International archives of occupational and environmental health*, 02/04/2011 [e-pub].
- [76] Boedeker W., Klindworth H. *Hearts and minds at work in Europe. A European work-related public health report on cardiovascular diseases and mental ill health*. Essen (Allemagne) : BKK Bundesverband, 2007 : 133 p.
www.whp-training.eu/resources/hearts_and_minds_at_work_in_europe.pdf
- [77] European Heart network. *Stress and cardiovascular disease*. Brussels European Heart network, 2006 : 35 p.
www.ephpa.org/IMG/pdf/StressReportweb-144302A.pdf
- [78] Melchior M., Caspi A., Milne B.J., Danese A., Poulton R., Moffitt T.E. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological medicine*, août 2007, vol. 37, n° 8 : p. 1119-1129.
- [79] Kovess-Masfety V., Boisson M., Godot C., Sauneron S. *La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris : La Documentation française, 2009, Coll. Rapports et documents : 254 p.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=094000556&brp_file=0000.pdf
- [80] Askenazy P., Baudelot C., Brochard P., Brun J.-P., Cases C., Davezies P., et al. *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé*. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2008 : 223 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- [81] Askenazy P. *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*. Paris : Seuil, coll. La République des idées, 2004 : 98 p.
- [82] Bué J., Coutrot T., Guignon N., Sandret N. Les facteurs de risques psychosociaux au travail, une approche quantitative par l'enquête Sumer. *Revue française des affaires sociales*, 02/2008, n° 2-3 : p. 45-70.
www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFAS_082_0045
- [83] Ministère de la Santé et des Solidarités. *Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010. Actions et mesures*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 51 p.
www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/Rapport_PNNS2-Complet.pdf
- [84] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité. *Programme national nutrition santé 2011-2015*. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité, 2011 : 66 p.
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
- [85] Fournier C., Buttet P., Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In : Gautier A. (dir.). *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, 2011 : p. 45-83.
www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf

- [86] Hamant C. Les médecins du travail face aux conduites addictives. Résultats de l'enquête sur les pratiques des médecins du travail en service interentreprises face aux consommations de produits psychoactifs des salariés suivis. *Enquêtes et résultats*, février 2010 : 6 p. www.cirdd-ra.org/img_publications/107_CIRDD-RA_SyntheseEnqueteMedW_2010.pdf
- [87] Bourdossol H., Gautier A., Collin J.-F. Médecins généralistes et pharmaciens d'officine. Quels comportements personnels de santé ? In : Gautier A. (dir.). *Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003*. Saint-Denis : Inpes, 2005 : p 45-61. www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf
- [88] Bouix J.-C., Gache P., Rueff B., Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *La revue du praticien. Médecine générale*, 2002, tome 16, n° 588 : p. 1488-1492.
- [89] ISTNF et Groupe régional « Addictions et entreprise », *Substances psychoactives et travail : dialoguer, agir, prévenir*. 2^e édition, Éditions Docis, 2011. www.istnf.fr
- [90] Budan C. Nantes : prévenir les conduites d'addiction des agents municipaux. *La santé de l'Homme*, janvier-février 2010, n° 405 : p. 10-11. www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-405.pdf
- [91] Barathieu G. Point sur la réglementation n° 2. Prévention des conduites addictives en milieu professionnel dans les fonctions publiques territoriales et hospitalière. Bordeaux : CNRAL fonds de prévention, 2010 : 11 p. https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/Article_Conduite_Mars2010-3.pdf?cible=_partenaire
- [92] Mission Fides. *La prévention des addictions pour les personnels de l'AP-HP* [page internet]. 2011. www.centredesaddictions.org/missionfides.php
- [93] Polomeni P. Prévention et prise en charge des addictions au MIOMCTI. In : Colloque FIDES / RESPADD, Paris, le 28 avril 2011. <http://fr.calameo.com/login.php>
- [94] Reynaud M. (dir.). *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, coll. Traités, 2006 : 800 p.
- [95] Beck F., Legleye S., Obradovic I., Cohen B., Mutatayi C., Karila L. Les plus jeunes adolescents face aux drogues : repérage des usages problématiques et éléments de réponse institutionnelle en France. *Médecine sciences*, 2008, vol. 24, n° 8 : p. 758-767.
- [96] Société française d'alcoologie, Société française de médecine du travail, sous le contrôle méthodologique de la Haute Autorité de santé. *Recommandations pour la pratique clinique en santé au travail : dépistage et gestion du mésusage des substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel (alcool, produits illicites, médicaments psychotropes, traitements de substitution aux opiacés)*. Travaux en cours (parution attendue pour 2012).

Connaissances et pratiques du repérage précoce et des interventions brèves par les médecins du travail

D^R PHILIPPE MICHAUD
 D^R GÉRALD DEMORTIÈRE
 COLETTE MÉNARD
 JEAN-BAPTISTE RICHARD

CONTEXTE

Le repérage précoce et les interventions brèves (RPIB) constituent une pratique de prévention d'apparition récente en France comme à l'étranger (années 1990). Cette pratique cible les consommateurs déjà engagés dans des conduites de consommation dangereuses pour leur santé, ou présentant des dommages dus à ces conduites sans ressentir toutefois de symptômes de dépendance manifeste.

Jusqu'à ce jour, le RPIB s'adresse essentiellement à la prévention du risque lié à une consommation d'alcool élevée. Le seuil pour définir l'entrée dans le risque est diversement apprécié selon les pays, mais assez communément situé (comme en France) à :

- plus de 210 grammes d'alcool pur par semaine pour les hommes ;
- plus de 140 grammes par semaine pour les femmes ;
- plus de 40 grammes par occasion.

Par ailleurs, l'abstinence d'alcool est recommandée dans diverses situations physiologiques (grossesse), contextuelles (conduite de machine) ou pathologiques (certaines maladies chroniques, traitements interférant avec l'alcool).

Concernant la fixation de ces seuils, les variantes constatées dans la littérature internationale sont liées à des interprétations plus ou moins « protectrices » des données épidémiologiques [1]. Les seuils retenus actuellement en France sont, par exemple, plus élevés que ceux retenus aux États-Unis.

Depuis une dizaine d'années, l'Institut national de prévention pour la santé (Inpes) et la Direction générale de la santé (DGS) ont tenté de faire connaître ces repères auprès des professionnels de santé et du grand public, afin de faire passer l'idée que – dans un pays où la consommation moyenne est actuellement de 30 grammes

d'alcool pur par jour – des millions de personnes qui ne sont pas alcoolodépendantes ont ou auront cependant un état de santé altéré par leur consommation d'alcool. Ceci est particulièrement marqué pour les cancers, pour lesquels il n'existe pas de seuil de risque, puisqu'il est par exemple montré qu'une consommation de 10 grammes par jour augmente l'incidence du cancer du sein. L'alcool est, derrière le tabac, le facteur évitable de carcinogénèse le plus important.

La pratique du RPIB est recommandée depuis une décennie par différentes instances médicales et scientifiques, qu'elles soient nationales (Société française d'alcoologie [2], Direction générale de la santé, Académie de médecine) ou internationales (Organisation mondiale de la santé, Commission de l'Union européenne [3]). Ces recommandations s'appuient sur une très abondante littérature scientifique qui montre que les interventions brèves aident efficacement à réduire le risque lié à la consommation d'alcool chez les personnes qui ont été préalablement repérées pour être dans une telle situation. Les méthodes de repérage sont diverses, mais sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plusieurs questionnaires ont été créés et validés afin de devenir les outils du repérage les plus pratiques et efficaces pour les professionnels de santé. En effet, si le questionnement clinique est efficace pour quantifier la consommation d'alcool, il est peu mis en œuvre par les professionnels de santé, qui craignent souvent de froisser le patient en le stigmatisant comme « alcoolique » ; les outils biologiques, familiers aux médecins, sont cependant inappropriés pour détecter précocement les consommations à risque, faute d'une spécificité et surtout d'une sensibilité suffisante.

Les questionnaires les plus anciens et les plus connus, conçus pour « dépister

l'alcoolisme », sont le MAST (*Michigan alcohol screening test* [4]) ou le CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener* [5], traduit par Rueff en DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool le matin). Ils présentent une sensibilité (et des valeurs prédictives) insuffisantes si l'on recherche une consommation excessive sans dépendance [6]. Cependant, lorsqu'on associe au DETA-CAGE une évaluation quantitative de la consommation déclarée d'alcool, on améliore nettement les résultats de ce repérage [7].

L'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), questionnaire conçu par un groupe de travail ad hoc au sein de l'OMS [8, 9], est devenu l'outil de référence du repérage. Il est disponible et validé en français [10] et dans la plupart des langues européennes (autoquestionnaire en 10 questions).

En France existe également le FACE [11, 12], validé en 2002 par le programme « Boire moins, c'est mieux » (BMCM), branche française de l'étude de l'OMS sur la dissémination du RPIB [13]. Le FACE (Formule pour Apprécier la Consommation d'alcool en Entretien) est destiné à remplacer l'AUDIT lorsque celui-ci est inapplicable faute de personnel d'accueil au cabinet [14].

C'est dans le cadre de ce programme – initié par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) et porté aujourd'hui par l'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (IPPSA) – qu'a commencé dès 2002 l'entreprise d'associer les médecins du travail à la pratique du RPIB. Cela répondait à la fois à une initiative portée par un groupe de médecins – au sein de la Société de médecine du travail Ouest Île-de-France (SMTOIF) – et à une logique de santé publique peu discutable. En effet, les médecins du travail sont souvent confrontés à l'évaluation des risques de consommation d'alcool des salariés en entreprise (postes de sécurité, prévention primaire, prévention secondaire) [7].

Le médecin généraliste (MG), dans la vision stratégique de l'OMS, est l'un des acteurs privilégiés du RPIB [15]. Pour autant, il ne voit en première approximation que des gens malades et son cabinet est peu fréquenté par les jeunes adultes. Par contre, une intervention dans cette période de la vie est possible en santé au travail, puisque c'est aussi celle de l'entrée dans le travail salarié, ce qui renforce l'intérêt de la diffusion du RPIB dans ce secteur professionnel [16].

Sur la base des résultats du programme « Boire moins, c'est mieux » (BMCM), la diffusion des formations au RPIB des médecins généralistes a fait l'objet en 2006 d'une circulaire de la DGS fixant les axes stratégiques (fondés sur des initiatives régionales) et mettant en place une évaluation par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) [17, 18]. Les médecins du travail étaient peu concernés par cette stratégie de dissémination qui a cependant permis leur inscription dans des formations au RPIB destinées plus spécifi-

quement aux MG ; dans un deuxième temps, certains opérateurs des formations, ayant pris acte d'une demande des médecins du travail quelquefois supérieure à celle des MG, ont pu décider de se tourner spécifiquement vers eux [19]. Ce mouvement a été fortement renforcé par la réalisation de l'étude EIST (2004-2006). Cette étude randomisée contrôlée – portée par le programme « Boire moins, c'est mieux » et cofinancée par l'Inpes, la DGS et la SMTOIF – a évalué l'efficacité des interventions brèves en santé au travail [20, 21]. Elle s'est appuyée sur la formation au RPIB d'environ 150 médecins du travail et de leurs assistantes. L'AUDIT était l'outil de repérage utilisé [20-22]. Les interventions brèves (d'une durée moyenne de 9 minutes) suivaient le modèle adapté pour les médecins généralistes (voir encadré ci-dessous) et utilisaient comme support pour les patients les livrets d'accompagnement de l'Inpes « Pour faire le point » et « Pour réduire votre consommation d'alcool » [23, 24].

LE RPIB COMPREND DEUX GRANDES ÉTAPES :

- le repérage s'intéresse aux niveaux de consommation d'alcool des salariés en recueillant a minima la consommation déclarée (CDA) et, lorsque c'est possible, en faisant passer des questionnaires validés (type AUDIT ou FACE) ;
- l'intervention brève suit le repérage ; elle est mise en œuvre pour les salariés qui se situent selon les résultats du questionnaire dans une zone de risque (dans la catégorie « Usage nocif sans dépendance » selon le questionnaire AUDIT, soit un score allant de 6 ou 7, selon le sexe, à 12). L'objectif de l'intervention brève est de délivrer, par le biais d'un entretien motivationnel, un conseil structuré permettant au patient de choisir une méthode pour modifier sa consommation [21, 25].

Voici le contenu typique d'une intervention brève (« check-list »)

1. Restituer le score AUDIT et sa signification.
2. Informer sur le verre standard.
3. Informer sur le risque alcool.
4. Demander au patient ce qu'il pourrait tirer de positif d'une baisse de sa consommation.
5. Résumer la première phase de l'entretien.
6. Proposer des objectifs et poser une question-clé.
7. Décrire le menu des méthodes en option pour réduire sa consommation.
8. Proposer un livret Inpes pour faire le point ou pour réduire sa consommation.
9. Proposer un rendez-vous d'évaluation.

L'étude EIST a d'abord permis de démontrer la bonne adhésion des médecins du travail à cette démarche [20]. La faisabilité d'un repérage massif par l'AUDIT en santé au travail et l'efficacité des interventions brèves auprès des salariés ont été ensuite démontrées [21]. Ces résultats ont souligné l'importance d'intégrer plus largement cette pratique préventive dans

la fonction du médecin du travail. Depuis 2007, un lent mais régulier cheminement dans ce sens est noté, et l'enquête de 2009 permet d'en mesurer l'impact.

Ce chapitre illustre la connaissance qu'ont les médecins du travail des interventions brèves, leur disposition à y être formés et leur pratique des RPIB (en lien avec d'autres approches de prévention).

RÉSULTATS

CONNAISSANCE DU RPIB ET FORMATION

Près de quatre médecins du travail sur dix (39 %) ont entendu parler des interventions brèves, sans différence entre genres. Parmi ces médecins, 20 % se déclarent déjà formés (soit 8 % de l'ensemble des médecins), 38 % accepteraient d'être formés (soit 15 % de l'ensemble des médecins). Nous appellerons médecins

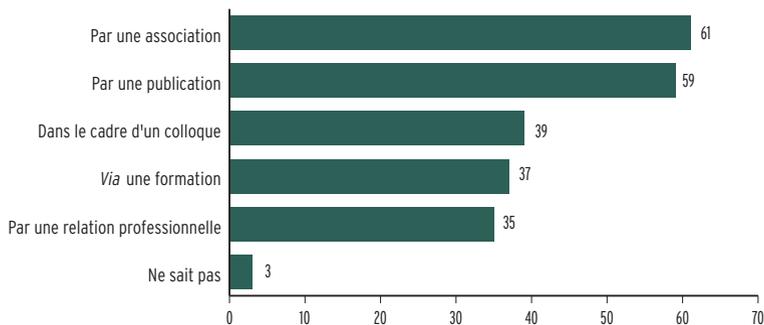
« informés » les médecins qui ont entendu parler du RPIB.

Les sources d'information par lesquelles ces médecins ont entendu parler des interventions brèves sont diverses, la participation à une formation et la lecture de publications arrivant en tête, devant l'action d'une association, la participation à un colloque et les relations professionnelles [figure 1].

FIGURE 1

Sources d'information des médecins du travail sur le RPIB

Base de 292 médecins du travail ayant déjà entendu parler du RPIB, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTTOIF.

Les médecins les plus jeunes déclarent plus que les autres avoir entendu parler du RPIB (45 % des moins de 50 ans, vs 37 % des autres ; $p < 0,05$), alors que les médecins déjà formés au RPIB sont sensiblement plus âgés et plus anciens dans le métier [tableau I].

TABLEAU I

Déclaration d'intention des médecins du travail à se former au RPIB

Base de médecins ayant entendu parler du RPIB

Envisagez-vous de vous former au RPIB ?	Oui	Non	Déjà formé
Pourcentage	38	42	20
Âge (années)	52	53	54
Ancienneté comme médecin du travail (années)	18	18	22
Ancienneté dans le service (années)	13	12	16

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

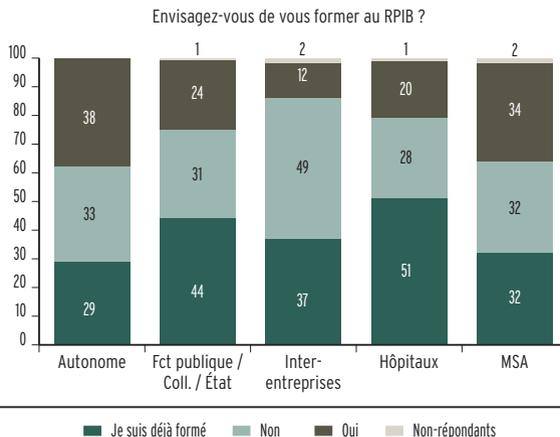
La connaissance du RPIB varie selon le type de services [figure 2] : les médecins des services autonomes déclarent davantage connaître les interventions brèves (51 %) ; en revanche, les médecins des services interentreprises semblent significativement

les moins informés de cette pratique (34 % vs 48 % pour les autres services ; $p < 0,001$) ; ils sont aussi les moins nombreux à être déjà formés (12 % vs 29 % ; $p < 0,05$) et les plus rétifs à envisager de s'y former (37 %).

FIGURE 2

Proportion de médecins du travail déclarant souhaiter se former au RPIB suivant les services

Base de 292 médecins ayant entendu parler du RPIB, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

Le fait d'avoir été médecin généraliste ne modifie pas la connaissance ou les pratiques des interventions brèves. En revanche, avoir participé à une formation en addictologie améliore la probabilité d'avoir entendu parler du RPIB (51 % vs 33 % ; $p < 0,001$).

Un désir de formation est exprimé chez près de la moitié des médecins ne se déclarant pas encore formés (48 %). Le désir de se former au RPIB est par ailleurs plus souvent déclaré par les médecins rencontrant fréquemment des problèmes d'alcool (61 % vs 28 % ; $p < 0,001$).

PRATIQUE DU RPIB

Parmi les médecins ayant une connaissance des interventions brèves, près des deux tiers (64 %) les ont déjà mises en pratique (ce qui, sur l'ensemble des médecins, représente environ un quart).

Parmi les médecins qui déclarent pratiquer des interventions brèves, moins du tiers (29 %) se déclarent déjà formés au RPIB et 49 % déclarent avoir suivi une formation en addictologie. Un peu plus de quarante pour cent (41 %) de ces médecins ne sont formés ni au RPIB ni en addictologie.

C'est dans les services autonomes que la pratique des interventions brèves semble la plus courante (75 % des médecins de ces services déclarent avoir mis en pratique des IB, contre 64 % pour l'ensemble) et dans les hôpitaux qu'elle est la moins répandue (54 %). Ces chiffres sont à comparer au pourcentage des médecins spécifiquement formés au RPIB (38 % des médecins formés exerçant dans les services autonomes et

20 % des hospitaliers [figure 2]). Toutefois, 51 % des médecins hospitaliers envisageraient de se former au RPIB. Parmi les 106 médecins informés mais n'ayant jamais encore mis en œuvre le RPIB, les déclarations d'intention pour le mettre en pratique sont minoritaires (36 %), mais à un moindre degré chez les personnes formées en addictologie (44 %).

Si l'on regarde les facteurs associés aux trois situations (« Avoir entendu parler du RPIB » ; « Pratiquer des IB » et « Envisager de se former au RPIB ») avec d'autres réponses données dans l'enquête [tableau II], on constate que ces pratiques sont indépendantes du sexe du médecin et du fait d'avoir exercé en médecine générale.

Avoir entendu parler du RPIB ou pratiquer des IB apparaît plus fréquent pour les médecins qui ont l'habitude de documenter le dossier médical de leurs patients. C'est également le cas pour ceux :

- qui donnent des conseils de prévention à leurs patients ;
- qui utilisent des questionnaires sur l'alcool (AUDIT, FACE, CAGE-DETA) ;
- qui travaillent en réseau avec un Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA, $p < 0,01$) ou une unité hospitalière spécialisée ($p < 0,001$).

Ces médecins sont aussi plus souvent engagés dans des initiatives d'action collective sur l'alcool ($p < 0,001$). La pratique du RPIB semble par ailleurs renforcer le sentiment d'efficacité personnelle des médecins en matière de prévention.

TABLEAU II

Facteurs associés à la connaissance des interventions brèves / au fait d'envisager de se former au RPIB / à la pratique des interventions brèves

Résultats en % des médecins, suivant la caractéristique précisée en colonne de gauche

	Ont entendu parler du RPIB n=750	Envisagent de se former au RPIB (parmi ceux qui ont entendu parler du RPIB) n=335 (292 en effectifs pondérés)	Pratiquent des IB sur l'alcool (parmi ceux qui ont entendu parler du RPIB) n=335 (292 en effectifs pondérés)
Total	39,0	37,6	63,6
Sexe	ns	ns	ns
Hommes	38,4	28,9	58,3
Femmes	39,2	41,1	65,7
Service	*	ns	ns
Autonome	50,7	28,9	75,0
Fonction publique / Collectivité / État	47,3	43,7	70,4
Interentreprises	34,0	37,3	60,8
Hôpitaux	46,0	50,7	53,6
MSA	45,3	32,4	64,7
Formation en addictologie	***	ns	*
Oui	50,6	33,6	71,2
Non	33,1	40,6	57,7
Avoir été généraliste	ns	ns	ns
Oui	40,4	37,6	58,6
Non	37,8	37,6	67,7
L'alcool est une problématique fréquemment rencontrée	***	***	ns
Oui	57,6	61,3	67,7
Non	34,5	28,1	61,9
La culture d'entreprise est incitative à l'alcool	ns	ns	***
Tout à fait	37,0	44,9	66,7
Plutôt	43,0	40,7	67,4
Plutôt pas	35,2	31,3	69,3
Pas du tout	43,2	37,7	30,9
Une consommation même minime constitue un risque au travail	ns	ns	ns
Tout à fait	41,9	30,7	60,5
Plutôt	32,7	41,0	72,4
Plutôt pas	41,5	32,9	57,0
Pas du tout	48,1	51,8	64,3
Documentez-vous le dossier médical sur la consommation d'alcool ?	*	***	*
Systématiquement	44,5	47,0	70,2
Souvent	34,9	37,7	59,7
Parfois/Jamais	33,6	7,0	49,6
Utilisez-vous des questionnaires préétablis ?	***	ns	***
Très souvent/souvent	49,7	43,4	89,7
Parfois	39,9	34,0	62,9
Jamais	31,3	38,0	39,5

TABLEAU II (SUITE)

Utilisent des questionnaires « alcool »	***	ns	***
Oui	68,8	41,8	81,3
Non	33,0	35,8	56,2
Repérage par quantification simple	ns	*	ns (car très peu d'effectifs)
Oui	39,6	39,5	64,9
Non	39,3	7,4	41,2
Utilisent l'AUDIT	***	*	**
Oui	65,2	51,6	79,8
Non	35,5	33,6	58,9
Utilisent le FACE	***	*	***
Oui	68,6	50,7	89,8
Non	35,7	34,3	56,7
Utilisent le DETA-CAGE	***	ns	*
Oui	78,8	52,1	82,0
Non	37,5	36,0	18,0
Tiennent des statistiques sur la consommation d'alcool	ns	ns	**
Oui	37,9	30,6	88,9
Non	39,7	38,5	60,5
Démarche adoptée face à un salarié faisant usage d'alcool	*	ns	**
Donnent des conseils de prévention	40,7	37,0	69,9
Invitent le patient à en parler avec son médecin traitant	39,2	40,7	46,5
L'adressent vers une consultation spécialisée	24,8	58,7	68,2
Sentiment d'efficacité en matière de prévention	ns	ns	***
Plutôt efficace	39,4	36,2	77,5
Plutôt pas efficace	38,1	39,7	53,0
Travaillent avec un CCAA	*	ns	**
Oui	44,6	39,8	73,5
Non	35,7	36,0	56,5
Travaillent avec un CSAPA	ns	ns	**
Oui	43,4	39,9	77,2
Non	37,3	36,5	57,5
Travaillent avec une unité hospitalière spécialisée	**	ns	***
Oui	48,1	34,5	78,9
Non	35,3	39,3	55,1
Ont initié une action de prévention collective sur l'alcool	***	ns	***
Oui	49,6	41,6	78,4
Non	33,7	34,6	52,8

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; ns = non significatif.

Précisions de lecture

Exemple :

Colonne 1 : 51 % des médecins du travail en service autonome ont entendu parler du RPIB.

Colonne 2 : En service autonome, 29 % des médecins ayant entendu parler du RPIB envisagent de s'y former.

Colonne 3 : En service autonome, 75 % des médecins ayant entendu parler du RPIB ont déjà pratiqué des interventions brèves.

Attention ! Les questions des colonnes 2 et 3 sont filtrées sur la base des médecins ayant entendu parler du RPIB.

Source : enquête Inpes / INRS / SMT0IF.

DISCUSSION

L'étude EIST de 2007 a démontré que le RPIB permettait de conseiller 6 à 10 % des salariés ayant une consommation à risque et qu'à un an, plus de 50 % des salariés ayant bénéficié d'une intervention étaient repassés en dessous des seuils de risque [21]. L'enquête Inpes / INRS / STMOIF montre que la connaissance du RPIB se diffuse parmi les médecins du travail (plus du tiers des médecins du travail en ont entendu parler).

Pour autant, le pas à franchir avant une généralisation est encore important : en effet, seuls 8 % des médecins se déclarent formés, ce qui – projeté sur leur nombre total – correspond à un peu plus de 500 médecins. Il convient de noter que la moitié des médecins ayant reçu une formation en addictologie n'ont pas entendu parler du RPIB, ce qui indique que sa transmission n'est pas encore entrée dans les priorités des addictologues.

Avec la pratique déclarée des IB, on retrouve celle des questionnaires standardisés de repérage. On constate avec satisfaction que ceux qui ont la meilleure pertinence pour détecter les personnes dans le risque (et pas seulement les personnes malades), comme l'AUDIT et le FACE, ont rejoint voire dépassé en notoriété le CAGE, dont la sensibilité et la spécificité sont plus médiocres.

Il est probable également que les médecins non spécifiquement formés délivrent des IB qui n'ont sans doute pas toujours un contenu conforme à l'approche motivationnelle [26], et que de ce fait leur efficacité est réduite. Mais ces praticiens sont aussi ceux qui manifestent l'attitude la plus proactive dans la plupart des domaines attachés à la consommation d'alcool, par exemple dans le domaine de la prévention ou du lien avec les structures de soin spécialisées. L'IB semble ici un signal supplémentaire de l'engagement de ces médecins dans le champ des addictions.

La demande de formation sur le thème du RPIB est élevée, en particulier lorsque la problématique alcool est très présente dans l'entreprise et/ou que le médecin du travail considère que les salariés sont incités à boire par leur environnement culturel. Rapportée au nombre total de médecins du travail, la demande de formation pourrait concerner près de 1 200 médecins.

PERSPECTIVES

À la demande des médecins du travail pourra s'ajouter utilement à l'avenir celle des infirmiers de santé au travail qui, dans l'esprit de la réforme, sont membres de l'équipe pluridisciplinaire animée par le médecin du travail. Des expériences de formations menées dans des services de santé autonomes ont déjà montré la possibilité de leur confier utilement la réalisation du RPIB.

Pratiquer le RPIB, c'est adopter un nouveau mode de communication contribuant au fil du temps à mettre plus à l'aise les intervenants pour aborder systématiquement les niveaux de consommation d'alcool en santé au travail. C'est par la pratique en routine que s'installe aussi progressivement un savoir-faire (savoir parler « alcoologique ») pour la prise en charge plus complexe des problèmes d'alcoolodépendance.

Ce double intérêt est de nature à aider le praticien à lever le « tabou alcool » au cours du colloque singulier avec le salarié.

Un autre bénéfice attendu de cette démarche est aussi celui de pouvoir aborder dans une suite logique les éventuelles consommations de produits psychoactifs illicites. Le RPIB s'inscrit ainsi dans l'esprit des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé (HAS) de janvier 2009 sur le dossier

médical de santé au travail, qui appellent à documenter systématiquement le dossier

de chaque salarié sur toutes les consommations de produits, licites ou non [28].

Relecteurs

D^r Geneviève Abadia (INRS), François Beck (Inpes), Carole Gayet et D^r Philippe Hache (INRS).

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 25/10/2011.

- [1] Dawson D.A., Grant B.F., Li T.K. Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 2005, vol. 29, n° 5 : p. 902-908.
- [2] Société française d'alcoologie. Mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque. Usage nocif. *Alcoologie et addictologie*, 2003, vol. 25, n° 4S : p. 1S-92S.
- [3] Anderson P., Baumberg B. *Alcohol in Europe: a Public Health Perspective. A report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies, 2006: 10 p. http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf
- [4] Selzer M.L. The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 1971, n° 127: p. 1653-1658.
- [5] Mayfield D., Mc Leold G., Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a screening alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*, 1974, n° 131 : p. 1121-1123.
- [6] Huas D., Darne B., Rueff B., Lombrail P., Leblanc B. « Malades alcooliques » et consultation de médecine générale : prévalence et détection. *La Revue du praticien. Médecine générale*, 1990, n° 81 : p. 45-49.
- [7] Demortière G., Pessione F., Batel P. Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. TF 105. Dépistage par l'utilisation d'autoquestionnaires : intérêt, faisabilité, limites. *Documents pour le médecin du travail*, 2^e trimestre 2001, n° 86 : p. 193-199.
- [8] Saunders J.B., Aasland O.G., Amundsen A., Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 1993, n° 88 : p. 349-362.
- [9] Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., De la Fuente J.R., Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 1993, n° 88 : p. 791-804.
- [10] Gache P., Michaud P., Landry U., Accietto C., Arfaoui S., Wenger O., et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary health care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, november 2005, vol. 29, n° 11 : p. 2001-2007.
- [11] Dewost A.-V., Michaud P., Arfaoui S., Gache P., Lancrenon S. FACE, Fast alcohol consumption evaluation: a screening instrument adapted for French General Practitioners. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, november 2006, vol. 30, n° 11 : p. 1889-1895.
- [12] Arfaoui S., Dewost A.-V., Demortière G., Abesdris J., Abramovici F., Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». *La Revue du praticien. Médecine générale*, 16/02/2004, vol. 18, n° 641 : p. 201-205.
- [13] Michaud P., Dewost A.-V., Fouillard P., Arfaoui S., Fauvel G. Phase IV-Study in France. In: Heather Nick. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: Report on phase IV collaborative study: Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2006 : p. 131-144. www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf
- [14] Dewost A.-V., Dor B., Orban T., Rieder A., Gache P., Michaud P. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale (France, Belgique, Suisse). Étude REPEX. *La Revue du praticien. Médecine générale*, mars 2006, vol. 20, n° 724-725 : p. 321-326.

- [15] Babor T.F., Higgins-Biddle J.C. Alcohol screening and brief intervention : dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 05/2000, vol. 95, n° 5 : p. 677-686.
- [16] Fourriaux C., Jacquinet-Salord M.C., Mahe I., Ravelonanosy M.J., Lang T. Occupational medicine and general prevention. Result of an epidemiological survey among 8203 workers. *Archives des maladies professionnelles*, 1991, vol. 2, n° 5 : p. 333-337.
- [17] Circulaire DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/circurpib.pdf
- [18] OFDT. Évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Principaux résultats. Saint-Denis : OFDT, 2009 : 78 p.
www.ofdt.fr/BDD/RPIB/rpibrappglobal.pdf
- [19] Demortière G., Michaud P., Dewost A.V. Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge. TF 141. *Documents pour le médecin du travail*, 2^e trimestre 2005, n° 102 : p. 215-223.
- [20] Kunz V., Michaud P., Toubal S., Lobban G., Demortière G. Risque alcool et santé au travail. Étude de repérage et d'intervention auprès de 2 060 salariés. *Évolutions*, avril 2006, n° 1 : 4 p.
www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/929.pdf
- [21] Michaud P., Kunz V., Demortière G., Carré A., Lancrenon S., Ménard C., et al. Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Premiers résultats de l'étude EIST. *Évolutions*, mai 2008, n° 14 : 6 p.
www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1112.pdf
- [22] Kunz V., Michaud P., Toubal S., Lobban G., Demortière G. Risque alcool en milieu du travail. Repérage systématique à l'aide de l'AUDIT (étude EIST-f). *Alcoologie et addictologie*, 12/2006, vol. 28, n° 4 : p. 317-326.
- [23] Ministère de la Jeunesse, de la Santé, des Sports et de la Vie associative, Inpes, Assurance maladie, Anpaa. *Alcool. Pour faire le point*. Saint-Denis : Inpes, coll. Ouvrons le dialogue, 2010 : 20 p.
www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/alcool2006/Livret_point.pdf
- [24] Ministère de la Jeunesse, de la Santé, des Sports et de la Vie associative, Inpes, Assurance maladie, Anpaa. *Alcool. Pour réduire sa consommation*. Saint-Denis : Inpes, coll. Ouvrons le dialogue, 2006 : 20 p.
www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/alcool2006/Livret_reduire.pdf
- [25] Miller W.R. ; Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris : Interéditions, 2006 : 241 p.
- [26] Michaud P. Les buveurs excessifs : repérage et intervention brève. *La Revue du praticien. Monographie alcool*, 31/05/2006, vol. 56, n° 10 : p. 1072-1080.
- [27] Michaud P., Gache P., Batel P., Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *La Revue du praticien. Médecine générale*, 3/03/2003, vol.17, n° 604 : p. 281-289.
- [28] Haute Autorité de santé. *Le dossier médical en santé au travail (DMST). Synthèse des recommandations professionnelles*. La Plaine Saint-Denis : HAS, 2009 : 4 p.
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_757821/le-dossier-medical-en-sante-au-travail-synthese-des-recommandations

POUR EN SAVOIR PLUS

■ Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (IPPSA) [site internet].

www.ippsa.asso.fr

■ Ministère de la Jeunesse, de la Santé, des Sports et de la Vie associative, Inpes,

Assurance maladie, Anpaa. *Alcool, ouvrons le dialogue* [Kit complet]. Saint-Denis : Inpes, coll. Ouvrons le dialogue, 2006 : 20 p.

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/474.pdf

Tests de dépistage : opinions et pratiques des médecins du travail

D^R ÉRIC DURAND
JEAN-BAPTISTE RICHARD
D^R MICHEL PARIS

Face aux craintes d'être de plus en plus confrontés à des questions de toxicomanie dans l'entreprise, une large majorité de dirigeants d'entreprises semblent favorables à des contrôles sur l'alcool ou le cannabis dans leur établissement [1-3]. Toutefois, en France, cette question fait largement débat quant aux conséquences éthiques, sociales, juridiques et sanitaires qu'elle soulève.

Les assises nationales « Drogues illicites et risques professionnels », organisées en 2010 par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et la Direction générale du travail (DGT) ont placé cette question au cœur des débats [3].

CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

Même si certains pays ont déjà intégré le dépistage de drogues sur le lieu de travail dans leur législation (Finlande, Irlande, Norvège), il n'existe pas au niveau européen d'approche législative contraignante ; chaque État membre est à même de disposer de son propre cadre juridique [4].

En France, la réglementation relative aux consommations de substances psychoactives et aux conduites addictives renvoie à des dispositions du code du

travail, du code de la santé publique, du code de la route, du code pénal..., ainsi qu'à de nombreuses décisions de jurisprudence (voir p. 85).

LES OBLIGATIONS GÉNÉRALES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ

L'employeur a une obligation de sécurité à l'égard de ses salariés (art. L. 4121-1 du

code du travail) et il est responsable des dommages que ces derniers peuvent causer à des tiers (art. 1384 du code civil). De même, il incombe aux salariés de prendre soin de leur santé et de leur sécurité, ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de leurs actes ou de leurs omissions au travail (art. L. 4122-1 du code du travail).

La pratique du dépistage en entreprise peut être un outil de prévention de la consommation de substances psychoactives sur le lieu de travail. Elle est, par principe, strictement encadrée par la jurisprudence de façon à garantir le respect de la liberté individuelle des salariés.

Nul ne peut « *apporter au droit des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir, ni proportionnées au but recherché* » (art. L. 1321-3 du code du travail).

LES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES AUX PRODUITS

Plusieurs dispositions du code du travail abordent la question de l'alcool sur le lieu de travail. L'article R. 4228-20 y interdit les boissons alcoolisées autres que le vin, la bière, le cidre et le poiré. L'article R. 4228-21 interdit d'y laisser entrer ou séjourner des personnes en état d'ivresse. L'article R. 3231-16 dispose que l'attribution de boissons alcoolisées au titre d'avantages en nature est proscrite.

En outre, certaines dispositions de ce code visent implicitement à éviter l'ingestion de boissons alcoolisées sur le lieu de travail. L'article R. 4225-2 dispose que les employeurs doivent mettre à la disposition des travailleurs de l'eau potable et fraîche pour la boisson. L'article R. 4225-3 prévoit que l'employeur mette une boisson non alcoolisée à la disposition des salariés

amenés à travailler dans des conditions particulières les amenant à se désaltérer fréquemment.

En revanche, en dehors du cadre législatif général lié aux drogues illicites, il n'y a aucune disposition dans le code du travail relative à l'usage de stupéfiants¹. La Cour de cassation (arrêt n° 1213 du 1^{er} juillet 2008, Cour de cassation, chambre sociale) a toutefois admis un licenciement pour faute grave au motif que deux salariés fumaient du cannabis sur leur lieu de travail (dans la salle réservée aux fumeurs).

LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Pour définir les mesures d'application de la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de discipline, le chef d'établissement dispose d'un outil : le règlement intérieur (art. L. 1321-1 du code du travail), qui est obligatoire dans les entreprises de 20 salariés au moins (art. L. 1311-2).

Dans son processus d'élaboration, le règlement intérieur doit être soumis au Comité d'entreprise – ainsi qu'au CHSCT pour les domaines qui le concernent – puis communiqué à l'inspecteur du travail qui peut être amené à exiger le retrait ou la modification de mentions contraires aux dispositions du code du travail qui le régissent.

Le règlement intérieur ne peut aborder d'autres points que ceux limitativement énumérés à l'article L. 1321-1 du code du travail (essentiellement les mesures d'hygiène et de sécurité, et celles relatives à la discipline). Il ne peut contenir de clauses contraires aux lois et règlements, ni apporter aux droits des personnes et aux libertés

1. Depuis le 20 juillet 2011, le code du travail dispose que les services de santé au travail ont pour mission de conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants afin de prévenir les consommations d'alcool et de drogues sur le lieu de travail.

individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché (art. L. 1321-3 du code du travail). Le règlement intérieur pourra prévoir ce qu'il est interdit de faire dans l'entreprise, les sanctions dont seront assortis les comportements contrevenant à ces interdictions, ainsi que les modes de preuve qui pourront être utilisés pour établir les faits reprochés.

Si les prescriptions du règlement intérieur ne sont pas respectées, le chef d'établissement peut être amené à user de son pouvoir disciplinaire (art. L. 1331-1 du code du travail), dans les limites fixées au règlement intérieur et dans le respect des libertés individuelles des salariés.

UN MOYEN DE CONTRÔLE DE LA CONSOMMATION : LE DÉPISTAGE

Les moyens de contrôle les plus couramment mis en œuvre pour veiller à l'application des prescriptions du règlement intérieur sont le dépistage, la télésurveillance et les fouilles de vestiaires.

L'encadré ci-dessous détaille les modalités de dépistage en cours au moment de l'enquête (2010), selon les recommandations de l'avis du 16 octobre 1989 [5] du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) et de la circulaire du ministère du Travail n° 90/13 du 9 juillet 1990.

Cependant, plus récemment (mai 2011), suite à la saisine de la MILDT, le CCNE a rendu un nouvel avis sur le même sujet [6] proposant cinq pistes à explorer. Les principales dispositions de cet avis sont développées à la fin de ce chapitre (voir encadré p. 93).

LES MODALITÉS DU DÉPISTAGE DES DROGUES EN ENTREPRISE EN COURS AU MOMENT DE L'ENQUÊTE (2010)

- Les tests doivent être prévus dans le règlement intérieur.
- Dans les cas justifiés par des considérations de sécurité (notamment pour les postes définis par l'employeur comme à risques), le recours à l'alcootest ou au dépistage biologique (urinaire ou sanguin) de toxicomanies éventuelles doit être effectué dans des conditions strictes.
- Le test de dépistage urinaire ou sanguin de la toxicomanie est un examen biologique qui ne peut être pratiqué que par un médecin ou un biologiste qui détecte la consommation, récente ou non, de produits stupéfiants.

- Le salarié doit dans tous les cas être informé par le médecin du travail de la nature et de l'objet du test biologique qu'il va subir. Il doit également être informé des conséquences que le médecin peut tirer des résultats du test en ce qui concerne son aptitude au poste de travail. Les résultats du dépistage sont soumis au secret médical.

- Le médecin doit se limiter à faire connaître à l'employeur l'aptitude ou l'inaptitude du salarié (ou du candidat à un poste). Il ne doit en aucun cas révéler un renseignement sur l'état de santé, la nature ou l'origine de l'inaptitude, ou révéler une toxicomanie comme telle.

Note des auteurs : il est important de rappeler que le dépistage biologique est pratiqué sur des prélèvements biologiques (sang, urine, salive...) alors que l'éthylotest (ou alcootest) ne

nécessite pas de prélèvement. Cette distinction a des implications réglementaires et pratiques.

Si un employeur cherche à vérifier l'état d'ébriété d'un salarié en recourant à un alcootest, il doit l'informer de ses droits. Le salarié peut s'opposer au contrôle ou à ses modalités et demander une contre-expertise (un contrôle sanguin, par exemple). Un employeur ne peut contraindre le médecin du travail à réaliser un alcootest, une alcoolémie ou un autre test. En application de l'article R. 4624-5 du code du travail, le médecin du travail est le seul à pouvoir en décider pour ce qui le concerne. En revanche, le médecin du travail ne peut pas refuser d'examiner un salarié en état d'alcoolisation aiguë.

Le rôle du médecin du travail étant de se prononcer sur l'aptitude au poste de travail, il pourra prendre en considération les résultats d'un examen établissant l'alcoolisme d'un salarié mais il est tenu au secret médical sur ce point à l'égard de l'employeur. Il doit informer le salarié de la nature du test et des conséquences possibles du résultat.

Si le médecin du travail estime que cet examen complémentaire est nécessaire, il peut le prescrire comme l'y autorise l'article R. 4624-5 du code du travail.

Concernant les tests salivaires, il est permis de s'interroger quant aux modalités et conséquences pratiques de leur utilisation. À ce jour, leur fiabilité reste à démontrer et ce dépistage ne permet pas d'établir la date ou l'effet de la consommation. Pour le dépistage de produits illicites, le test salivaire pourrait être considéré comme un test prédiagnostique. Ainsi, en matière de sécurité routière, ce test salivaire, réalisé par un agent de police, est suivi d'un test sanguin par un personnel médical. De même, l'article L. 3421-5 du code de la santé publique prévoit que le test salivaire peut être utilisé dans une entreprise de transport public de voyageurs, mais seulement à certaines conditions : le test doit être réalisé sur réquisition d'un procu-

reur, sous la responsabilité d'un officier de police judiciaire, et il doit être suivi d'analyses, d'examen médicaux, cliniques et biologiques pour établir la preuve de la consommation.

LA MISE EN ŒUVRE DES CONTRÔLES

La mise en œuvre de ces moyens de contrôle, à l'exception des tests salivaires, est strictement encadrée et résulte d'un « compromis » entre la nécessité de protéger les salariés et celle de respecter leurs libertés individuelles. La jurisprudence veille scrupuleusement à ce que cet équilibre soit respecté.

En ce qui concerne l'alcootest utilisé comme mode de preuve, le Conseil d'État a précisé (dans son arrêt « Corona » du 1^{er} février 1980) que le contrôle de la consommation d'alcool ne peut pas être pratiqué de façon systématique sur l'ensemble du personnel mais doit être réservé à des personnes travaillant à des postes où une grande sécurité doit être assurée. Puis il a admis (dans son arrêt « RNUR » du 1^{er} juillet 1988) le principe selon lequel le recours à l'alcootest ne pouvait avoir pour objet que le seul et unique but de faire cesser ou de prévenir une situation dangereuse (mais, en aucun cas, de permettre à l'employeur de faire constater une faute disciplinaire). Du fait de cette restriction, le Conseil d'État ne subordonne pas le contrôle à une procédure contradictoire de contre-expertise.

La Cour de cassation (chambre sociale, arrêt du 22 mai 2002, confirmé par un autre arrêt du 24 février 2004) considère quant à elle que « *les dispositions d'un règlement intérieur permettant d'établir sur le lieu de travail l'état d'ébriété d'un salarié en recourant à un contrôle de son alcoolémie sont licites dès lors, d'une part, que les modalités de ce contrôle en permettent la contestation, d'autre part, qu'en égard à la nature du travail confié*

à ce salarié, un tel état d'ébriété est de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger ».

Faisant suite à un arrêt de principe du 17 octobre 1973 (dont la solution peut être appliquée au dépistage de la toxicomanie ou de l'alcoolémie lors de l'embauche d'un salarié), la Cour de cassation a décidé que l'employeur ne peut demander au postulant que des renseignements en lien direct et nécessaire avec le poste à pourvoir, dans le respect de l'article 9 du code civil relatif à la protection de la vie privée et des articles 416 du code pénal et L. 1132-1 du code du travail relatifs à la non-discrimination.

Ceci signifie que l'employeur ne pourra prévoir un dépistage de l'alcoolémie ou de la toxicomanie lors de l'embauche d'un salarié que pour les postes pour lesquels il est nécessaire de connaître ce résultat. Ainsi le règlement intérieur doit-il préciser les catégories de personnes et les postes concernés par l'éventualité d'un dépistage.

Saisie sur un cas de contrôle annuel de la toxicomanie, la Cour européenne des Droits de l'Homme (au vu notamment de l'article 8 paragraphe 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme, posant le principe de proportionnalité en cas d'ingérence dans la vie privée) s'est pour sa part prononcée en faveur de ce dépistage, dans la mesure où la nature des tâches à accomplir au poste de travail le justifie (CEDH, 7 novembre 2002).

LES CONSÉQUENCES DES CONTRÔLES ET LA JURISPRUDENCE

Concrètement, pour la Cour de cassation, l'employeur à qui il semble qu'un salarié n'est pas en pleine possession de ses moyens devrait l'écarter momentanément de son poste de travail, en application de l'article L. 4228-21 du code du travail (qui

interdit de laisser séjourner dans l'entreprise des personnes en état d'ivresse).

La Cour considère par ailleurs :

- que l'accident du travail survenu alors que le salarié est en état d'ébriété n'écarte pas la qualification d'accident du travail (Cour de cassation, chambre sociale, arrêts du 15 novembre 2001 et 11 mars 2003) ;
- que l'imprégnation alcoolique ne fait pas disparaître ni diminuer la responsabilité pénale de l'employeur s'il est établi que le défaut de protection du salarié constitue un lien de causalité suffisamment certain entre cette faute et, par exemple, le décès de la victime (Cour de cassation, chambre criminelle, arrêt du 20 mars 2007).

La Cour admet l'alcootest comme mode de preuve, dans les limites du respect des libertés individuelles du salarié, non seulement pour éviter un accident imminent (obligation qui pèse sur le chef d'établissement en application de l'article L. 4121-1 du code du travail), mais aussi pour sanctionner un salarié dont l'état d'ébriété constitue une faute au regard de l'article L. 4122-1 du code du travail. La Cour a adopté cette position dans son arrêt du 22 mai 2002 (décision confirmée le 24 février 2004), au vu notamment de l'article L. 4122-1 du code du travail (qui prévoit qu'il incombe à chaque travailleur de prendre soin de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celle des autres). L'état d'ébriété révélé par l'alcootest est considéré comme une faute disciplinaire au regard de cette disposition.

La Cour a même admis récemment que le retrait du permis de conduire pour conduite en état d'ivresse, hors du temps et du lieu de travail, puisse justifier un licenciement, dans la mesure où, s'agissant d'un routier, l'exécution du contrat de travail était compromise par le retrait du permis de conduire (Cour de cassation, chambre sociale, arrêts du 2 décembre 2003, 18 mai 2005 et 12 juin 2008). Concernant la toxicomanie, la jurisprudence est en-

core rare : deux arrêts du 5 juillet 2000 de la chambre sociale ont admis la rupture anticipée pour faute grave du CDD de deux coureurs cyclistes ayant fait usage de produits dopants.

Le juge n'a pas encore été amené à se prononcer au sujet des tests salivaires pratiqués par les employeurs mais il est

vraisemblable de penser que ces derniers doivent pour le moins être pratiqués dans le même cadre juridique que les alcootests.

Dans ce contexte, il semblait important d'interroger les médecins du travail sur leur opinion quant aux tests de dépistage et leurs conditions de mise en application.

RÉSULTATS

OPINIONS DES MÉDECINS DU TRAVAIL SUR L'UTILISATION DES TESTS DE DÉPISTAGE

À qui revient-il de pratiquer les tests de dépistage : aux employeurs ou aux médecins ?

Une faible majorité (53 %) des médecins se montre favorable au fait que les employeurs puissent pratiquer des éthylotests, tandis que 90 % estiment que le dépistage biologique des addictions doit être effectué uniquement par un médecin (74 % étant tout à fait d'accord) [figure 1].

En ce qui concerne les différents secteurs d'activité ou régimes [tableau I], l'opinion sur les possibilités de pratiquer des tests

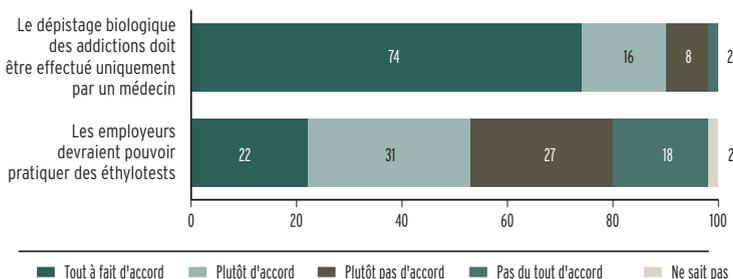
par les employeurs apparaît contrastée. Les médecins exerçant dans des établissements de santé apparaissent les plus réticents face à la pratique des éthylotests par les employeurs (57,3 % vs 46,4 % pour les autres services ; $p < 0,05$). Pour le dépistage biologique des conduites addictives, une grande majorité des médecins pense qu'il doit être un acte médical réservé aux médecins.

Les médecins ayant suivi une formation en addictologie [tableau I] se montrent également plus souvent opposés à la pratique des éthylotests par les employeurs (51,4 % vs 41,5 % ; $p < 0,05$), de même que les médecins du travail ayant exercé comme généralistes.

FIGURE 1

Opinion des médecins du travail sur les tests de dépistage

Résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

TABLEAU I

Opinions sur la pratique des tests par les médecins ou par les employeurs

Résultats en %

	Les éthylotests ne devraient pas pouvoir être pratiqués par les employeurs	Le dépistage biologique des addictions doit être effectué uniquement par un médecin
Total	44,8	90,3
Sexe	ns	ns
Hommes	48,2	90,4
Femmes	43,4	90,2
Service	ns	*
Autonome	44,0	85,3
Fonction publique / Collectivité / État	44,7	92,0
Interentreprises	42,7	90,7
Hôpitaux	57,3	94,7
MSA	51,3	88,0
Formation en addictologie	*	ns
Oui	51,4	88,7
Non	41,5	91,1
Avoir été généraliste	*	ns
Oui	49,0	88,8
Non	41,5	91,5

* : p<0,05 ; ns = non significatif.

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

Dépistage de la toxicomanie : pertinence et outils

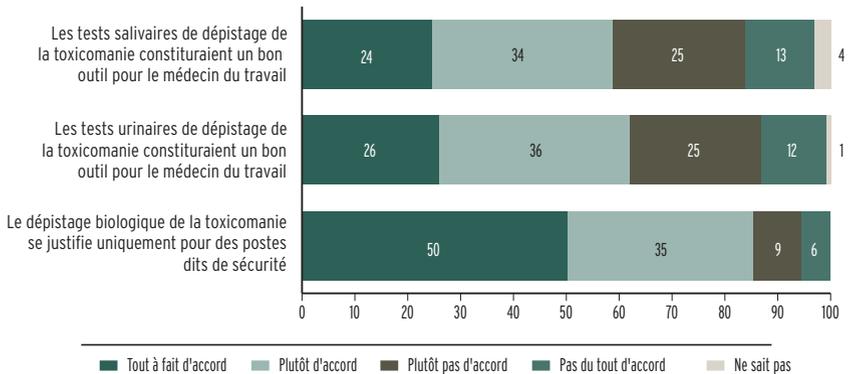
Près de 85 % des médecins du travail sont d'accord avec le fait que le dépistage

biologique de la toxicomanie ne se justifie que pour les postes de sécurité, et la moitié d'entre eux (50 %) sont tout à fait d'accord [figure 2].

FIGURE 2

Opinion des médecins du travail sur les tests de dépistage de la toxicomanie

Résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

Leurs opinions sur les tests urinaires et salivaires de dépistage de la toxicomanie suscitent des avis partagés [tableau II] mais la majorité des médecins agrée le

fait qu'ils constitueraient de bons outils pour leur pratique, qu'il s'agisse de tests urinaires (61,9 % d'accord) ou de tests salivaires (58,8 % d'accord).

TABLEAU II

Opinions sur l'utilité des tests urinaires et salivaires de dépistage de la toxicomanie

Résultats en %

	Les tests urinaires constitueraient un bon outil pour le médecin du travail	Les tests salivaires constitueraient un bon outil pour le médecin du travail
Total	61,9	58,8
Sexe	ns	*
Hommes	66,5	67,2
Femmes	59,9	55,4
Service	***	ns
Autonome	77,3	62,7
Fonction publique / Collectivité / État	64,7	62,7
Interentreprises	56,0	56,7
Hôpitaux	76,0	64,7
Mutualité sociale agricole	57,3	58,7
A utilisé des tests urinaires au cours des 12 derniers mois	***	*
Oui	79,5	67,5
Non	57,6	56,7

* : p<0,05 ; *** : p<0,001 ; ns = non significatif.

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

L'opinion concernant l'utilité des tests urinaires et salivaires apparaît liée à leur utilisation actuelle, puisque 79,5 % des médecins les ayant utilisés au cours des douze derniers mois les jugent utiles, contre 57,6 % de ceux ne les ayant pas utilisés. Les médecins travaillant dans les services autonomes (77,3 %) et en hôpitaux (76 %) sont également nettement plus nombreux à trouver les tests urinaires utiles, ainsi qu'à les utiliser (42 % en service autonome, 21,3 % en hôpitaux). Les opinions concernant les tests salivaires apparaissent plus dispersées selon les types de services mais leur utilisation est actuellement extrêmement rare (1 %), ce qui rend l'interprétation de ce résultat difficile.

La pratique des tests

Parmi l'ensemble des médecins du travail, au cours des douze derniers mois, 17,2 % déclarent avoir pratiqué des éthylotests et 20,2 % avoir pratiqué des alcoolémies [tableau III]. Concernant les tests de dépistage de la toxicomanie, 19,7 % déclarent avoir fait usage de tests urinaires.

La majorité des médecins ayant utilisé des tests de dépistage les ont utilisés moins de cinq fois au cours des douze derniers mois. Cependant, dans 22,7 % des cas pour les éthylotests et 29,6 % des cas pour les tests urinaires de dépistage de la toxicomanie, les médecins ont utilisé plus de dix fois les tests au cours des douze derniers mois. Au final,

TABLEAU III

Nombre de tests de dépistage utilisés au cours des 12 derniers mois

Base de médecins déclarant avoir utilisé au moins un test au cours des 12 dernier mois, résultats en %

Nombre de tests	Éthylotests (n=127)	Alcoolémie (n=151)	Tests salivaires (n=8)	Tests urinaires (n=146)
1-5	64,8	75,6	100,0	62,0
6-10	12,5	16,4	0,0	8,4
11 ou plus	22,7	8,0	0,0	29,6

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

en calculant la somme des tests réalisés, 14,3 % des médecins ont prescrit au moins dix fois au cours des douze derniers mois un test de dépistage.

Les pratiques des tests de dépistage apparaissent très différentes selon les services [figure 3]. Près de la moitié (49 %) des médecins travaillant dans les hôpitaux ont eu recours à l'alcoolémie au cours des douze derniers mois, et l'utilisation des éthylotests est plus fréquente dans les services autonomes (46 %).

Les tests urinaires de dépistage de la toxicomanie apparaissent également le

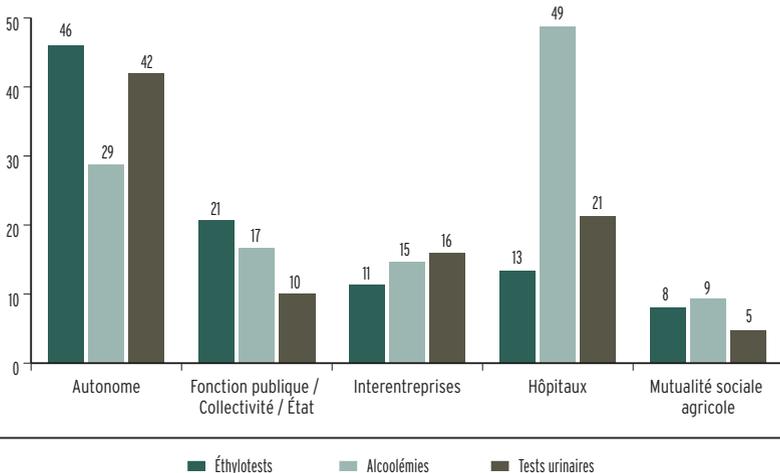
plus souvent utilisés par les services autonomes (42 %). Quel que soit le test (biologique ou éthylotest), les médecins travaillant à la MSA sont les moins nombreux à l'utiliser, moins d'un médecin sur dix y ayant eu recours la dernière année.

Afin de déceler d'éventuels liens entre le profil des médecins du travail et le fait de recourir à des tests de dépistage, une régression logistique a été menée [tableaux IV et V]. Pour les éthylotests et les alcoolémies [tableau IV], les résultats confirment la pratique nettement plus fréquente des éthylotests par les services autonomes

FIGURE 3

Pratique des tests de dépistage au cours des 12 derniers mois, selon le service

Résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

TABLEAU IV

Régression logistique sur la pratique des éthylotests et des alcoolémies au cours des 12 derniers mois (sur les effectifs non pondérés)

Variables	N	%	Éthylotest		Alcoolémie		
			OR ajustés	IC	%	OR ajustés	IC
Sexe							
					*		
Homme (réf.)	215	20,5	- 1 -		19,1	- 1 -	
Femme	472	20,8	1,0	[0,6 - 1,6]	26,1	1,2	[0,8 - 1,9]
Âge							
Âge (en continu)			1,0	[1,0 - 1,0]		0,95**	[0,9 - 1,0]
Service							
Autonome	143	46,2	6,1***	[3,1 - 12,0]	28,0	1,6	[0,9 - 3,1]
Fonction publique / Collectivité / État	139	20,9	1,7	[0,8 - 3,5]	17,3	0,8	[0,4 - 1,7]
Interentreprises (réf.)	136	11,8	- 1 -		15,4	- 1 -	
Hôpitaux	129	14,7	1,0	[0,5 - 2,2]	50,4	5,6***	[3,0 - 10,4]
MSA	140	8,6	0,7	[0,3 - 1,5]	10,0	0,5	[0,2 - 1,1]
Travail en réseau							
Oui	415	27,2	2,6***	[1,5 - 4,2]	29,4	1,4	[0,9 - 2,2]
Non (réf.)	272	10,7	- 1 -		15,4	- 1 -	
Formé en addictologie							
					*		
Oui	277	23,8	0,8	[0,5 - 1,4]	28,2	1,3	[0,8 - 2,1]
Non (réf.)	410	18,5	- 1 -		21,0	- 1 -	
Formé en alcoologie							
Oui	121	26,4	1,1	[0,6 - 2,1]	29,8	1,2	[0,7 - 2,1]
Non (réf.)	566	19,4	- 1 -		22,6	- 1 -	
L'alcool est un problème rencontré fréquemment							
Oui	166	25,9	0,9	[0,6 - 1,5]	25,3	1,2	[0,8 - 2,0]
Non (réf.)	521	19,0	- 1 -		23,4	- 1 -	
Consommer 2 verres par jour constitue un risque au travail							
Tout à fait (réf.)	145	19,3	- 1 -		20,0	- 1 -	
Plutôt	215	21,4	1,4	[0,8 - 2,6]	24,2	1,9*	[1,1 - 3,4]
Plutôt pas	247	21,5	1,4	[0,8 - 2,5]	26,3	2,3**	[1,3 - 4,0]
Pas du tout	80	18,8	1,3	[0,6 - 2,9]	22,5	1,5	[0,7 - 3,1]
Documente le dossier médical sur l'alcool ***							
Systématiquement	356	24,2	1,0	[0,6 - 1,6]	26,1	1,4	[0,9 - 2,2]
Souvent (réf.)	227	20,7	- 1 -		21,6	- 1 -	
Parfois/Jamais	104	8,7	0,3**	[0,1 - 0,8]	21,2	1,4	[0,7 - 2,6]
Utilise des questionnaires ***							
Très souvent/Souvent	145	36,6	1,9*	[1,1 - 3,1]	35,9	2,0**	[1,2 - 3,2]
Parfois (réf.)	321	19,3	- 1 -		23,1	- 1 -	
Jamais	221	12,2	0,6	[0,4 - 1,1]	17,2	0,7	[0,4 - 1,1]
Estimation du % de patients en difficulté avec l'alcool *							
10 % ou +	251	25,9	1,8*	[1,0 - 3,0]	24,3	1,0	[0,6 - 1,6]
5-9 % (réf.)	203	18,7	- 1 -		25,1	- 1 -	
Moins de 5 %	233	16,7	0,9	[0,5 - 1,6]	22,3	0,8	[0,5 - 1,4]

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

(OR = 6,1 ; $p < 0,001$) et des alcoolémies par les médecins des hôpitaux (OR = 5,6 ; $p < 0,001$). En outre, la pratique des éthylo-tests apparaît associée au fait de travailler en réseau, d'utiliser des questionnaires et de déclarer plus de 10 % de salariés en difficulté avec l'alcool. La pratique des alcoolémies apparaît quant à elle liée à l'âge (elle est moins pratiquée par les plus âgés, OR = 0,95 en continu ; $p < 0,01$) et au fait d'utiliser des questionnaires d'aide au

repérage des facteurs de risque, mais la part de salariés en difficulté n'y semble plus associée.

L'utilisation des tests urinaires [tableau V], toujours plus fréquente au sein des services autonomes (OR = 3,2 ; $p < 0,001$), semble concerner des médecins plus jeunes et travaillant en réseau. Une opinion favorable sur l'utilité de ces tests apparaît logiquement fortement associée à leur utilisation (OR = 4,4 ; $p < 0,001$).

TABLEAU V
Régression logistique sur la pratique des tests urinaires au cours des 12 derniers mois (sur les effectifs non pondérés)

Variables	N	%	Tests urinaires	
			OR ajustés	IC
Sexe				
Homme (réf.)	199	21,1	- 1 -	
Femme	433	17,8	0,8	[0,5 - 1,3]
Âge				
Âge (en continu)			0,96*	[0,9 - 1,0]
Service				
Autonome	132	44,7	3,2***	[1,7 - 6,1]
Fonction publique / Collectivité / État	127	9,4	0,4*	[0,2 - 1,0]
Interentreprises (réf.)	129	16,3	- 1 -	
Hôpitaux	109	19,3	0,9	[0,4 - 1,9]
MSA	135	4,4	0,2**	[0,1 - 0,6]
Travail en réseau				
Oui	377	24,1	2,3**	[1,4 - 4,0]
Non (réf.)	255	11,0	- 1 -	
Formé en addictologie				
Oui	254	19,3	0,8	[0,5 - 1,2]
Non (réf.)	378	18,5	- 1 -	
Utilise des questionnaires				
Très souvent/Souvent	134	30,6	1,5	[0,9 - 2,6]
Parfois (réf.)	298	19,1	- 1 -	
Jamais	200	10,5	0,6	[0,3 - 1,0]
% en difficulté avec le cannabis				
10 % ou +	74	24,3	1,2	[0,6 - 2,4]
5-9 %	103	20,4	1,6	[0,9 - 3,1]
Moins de 5 % (réf.)	455	17,6	- 1 -	
Utilité des tests urinaires				
D'accord	421	25,2	4,4***	[2,3 - 8,4]
Pas d'accord (réf.)	207	6,3	- 1 -	

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

DISCUSSION

Les résultats de l'enquête mettent en évidence la prudence des médecins du travail quant à l'utilisation des tests de dépistage, qu'ils soient biologiques ou non (éthylotest), et indique une utilisation raisonnée de ceux-ci.

À la quasi-unanimité (90,3 %), les médecins du travail estiment que les dépistages biologiques ne peuvent être effectués que par un médecin. De fortes réserves sont émises quant à la possibilité pour l'employeur de pratiquer des éthylotests (45 % des médecins du travail s'y montrent opposés).

Une large majorité des médecins du travail (85,2 %) se prononce également en accord avec le fait de limiter le dépistage biologique de la toxicomanie pour les postes dits de sécurité. Dans ces situations, les tests salivaires et les tests urinaires sont majoritairement perçus comme de bons outils même si, sans doute, de nombreuses réserves subsistent quant à l'efficacité des tests salivaires (faux positifs, faux négatifs...). Comme les Assises de la MILDT de juin 2010 en ont débattu [3], la notion de postes dits « de sécurité » devrait être précisée.

En ce qui concerne la pratique des tests, l'usage qui en est fait par les médecins du travail semble relativement limité. Des différences sensibles sont à noter entre régimes ou secteurs d'exercice. Le fait que les services autonomes soient ceux qui ont le plus recours à l'éthylotest s'explique sans doute par le fait qu'ils sont le plus souvent situés au sein des entreprises. On peut également évoquer le fait que la pratique d'éthylotests est moins coûteuse que celle d'examen sanguins ou urinaires. La pratique plus fréquente de l'alcoolémie en milieu hospitalier peut également s'expliquer par la proximité d'un laboratoire. Cela pose évidemment la question du secret

médical (dosage fait sur le lieu de travail du salarié).

De manière plus générale, la mise en œuvre des examens de dépistage semble directement liée à la facilité de leur réalisation pratique et à l'acceptation de la prise en charge de leur réalisation par les entreprises.

Le constat que les médecins de la Mutualité sociale agricole (MSA) ont moins souvent recours à des tests de dépistage (quels qu'ils soient) peut s'expliquer aisément par la spécificité de leur pratique : visites médicales organisées à bord de camions itinérants ou dans des lieux de proximité peu équipés.

En conclusion, les résultats de cette enquête mettent en évidence qu'au regard des attentes des employeurs, les médecins du travail sont attachés à faire respecter les notions d'éthique et de prudence quant à l'utilisation des tests de dépistage, qu'ils soient biologiques ou non.

Les médecins du travail sont sans doute les mieux placés pour apprécier les problématiques de conduites addictives dans toute leur complexité et, en premier lieu, à pouvoir accompagner le salarié faisant usage de substances addictives dans son rapport aux produits, à l'environnement, au travail et à la maladie [7]. Le secret médical et la détermination de l'aptitude doivent plus que jamais relever d'une approche clinique de la santé et du travail [8]. Les Assises de la MILDT de juin 2010 [9] se sont fait l'écho des directives pratiques de l'Organisation internationale du travail (OIT) [1, 2], qui considèrent que les consommations d'alcool et d'autres drogues sont des problèmes de santé et doivent par conséquent être traités sans discrimination, comme toute question de santé au travail.

RÉSUMÉ DE L'AVIS N ° 114 DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ. « USAGE DE L'ALCOOL, DES DROGUES ET TOXICOMANIE EN MILIEU DE TRAVAIL. ENJEUX ÉTHIQUES LIÉS À LEURS RISQUES ET À LEUR DÉTECTION. »

Le 5 mai 2011, à la suite de la saisine de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) a rendu un avis intitulé « Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection ». La MILDT souhaitait que le CCNE engage une nouvelle réflexion quant à « *la possible utilisation du dépistage de produits illicites en milieu de travail* ».

Le CCNE a conclu ainsi : « *À condition d'être uniquement une intervention dérogatoire de la société dans l'exercice des libertés individuelles, le dépistage médical de l'usage des produits illicites en milieu de travail est acceptable au plan éthique. Souhaitable et justifié pour les postes de sûreté et de sécurité, ce dépistage devrait être élargi pour ces mêmes postes à l'abus et même à l'usage de l'alcool.* » Le CCNE estime néanmoins qu'une généralisation du dépistage « *banaliserait la transgression du devoir de respecter la liberté des personnes* ». Le CCNE a associé à cette réponse des recommandations liées à des valeurs éthiques et sociales (respect des libertés individuelles, protection des personnes quant à leur santé ou à la vie d'autrui, information des personnes dépistées) et a proposé cinq pistes à explorer :

- promouvoir une large campagne d'information ;
- mettre en place de nouveaux enseignements dans les programmes de formations professionnelles et

professionnalisées en les adaptant à chaque niveau ;

- conduire à la mise en place des « Services de santé au travail » ;

■ respecter l'éthique du partage entre vie privée et vie au travail en privilégiant la négociation collective ;

- valoriser le sens social du travail.

Sur les modalités, le CCNE invite les entreprises à effectuer un recensement des postes et des fonctions de sûreté et de sécurité et à compléter les règlements intérieurs et les contrats de travail de façon à ce que « *toute personne qui exerce un métier à un poste de sûreté et de sécurité nécessitant un haut degré de vigilance permanent ait été préalablement et dûment informée qu'elle pourra faire l'objet d'un dépistage de prise d'alcool ou de produits illicites* ».

Le CCNE précise : « *Un tel dépistage ne pourra être mis en œuvre que sous la seule responsabilité du service de santé au travail.* » En l'état actuel des connaissances, le CCNE indique des pistes à explorer et préconise de ne faire intervenir que des tests salivaires (témoin des consommations au cours des dernières 24 heures). L'interprétation des données biologiques et cliniques et les recommandations de soins de suite seront du ressort exclusif du médecin du travail. Ces différentes procédures sont couvertes par le secret professionnel et le secret médical, et leur consignation dans le dossier médical personnalisé progressivement mis en place devra être soumise à l'avis du patient.

Relecteurs

D^r Geneviève Abadia, François Beck (Inpes), Carole Gayet et
D^r Philippe Hache (INRS), Colette Ménard (Inpes).

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 25/10/2011.

- [1] Organisme international du travail. Un lieu de travail « propre » : le dépistage de la consommation de drogues et d'alcool sur le lieu de travail. *Travail*, septembre 2006, n° 57 : p. 33-36.
www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/dwcms_080678.pdf
- [2] International Labour Office. Ethical issues in working drug testing in Europe. Genève ILO, 2003 : 11 p.
www.alcoholdrugsandwork.eu/resources/ilo-ethical-issues-in-workplace-drug-testing-in-europe.pdf
- [3] Ménard C. Communication lors de la table ronde « Où en sommes-nous du phénomène de consommations de drogues illicites en milieu professionnel ? ». In : MILDT, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. *Drogues illicites et risques professionnels. Assises nationales. Verbatim*. Palais des Congrès de Paris, 25 juin 2010. Paris : MILDT, 2010 : p. 11.
www.travailler-mieux.gouv.fr/Assises-nationales-Drogues.html
- [4] Martel C. Dépistage de drogue sur le lieu de travail. Vue d'ensemble des législations des États membres de l'Union européenne. Actes du colloque « Conduites addictives et milieu du travail ». Angers, septembre 2008, *Emploi-travail*, 2009, supplément : p. 50-53.
- [5] Laroque P. *Avis n° 15 du 16 octobre 1989 sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise*. Paris : Comité national consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 1989 : 6 p.
www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis015.pdf
- [6] Comité national consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. *Avis n° 114 du 11 mai 2009 sur l'usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail et les enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection*. Paris : Comité national consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2009 : 28 p.
www.ccne-ethique.fr/docs/avis114.pdf
- [7] Auriacombe M. Communication lors de la table ronde « Où en sommes-nous du phénomène de consommations de drogues illicites en milieu professionnel ? ». In : MILDT, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. *Drogues illicites et risques professionnels. Assises nationales. Verbatim*. Palais des Congrès de Paris, 25 juin 2010. Paris : MILDT, 2010 : p. 11.
www.travailler-mieux.gouv.fr/Assises-nationales-Drogues.html
- [8] Durand E., Gayet C., Bijaoui A. Dépistage des substances psychoactives en milieu du travail. TM 2. *Documents pour le médecin du travail*, 2004, n° 99 : p. 301-314.
- [9] De Robien G. Communication lors de la table ronde « Quelles solutions juridiques pour prévenir et lutter contre l'usage de drogues en milieu professionnel ? ». In : MILDT, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. *Drogues illicites et risques professionnels. Assises nationales. Verbatim*. Palais des Congrès de Paris, 25 juin 2010. Paris : MILDT, 2010 : p. 62.
www.travailler-mieux.gouv.fr/Assises-nationales-Drogues.html

Actions collectives en entreprise : la place des médecins du travail

COLETTE MÉNARD
FRANÇOISE FACY
D^R BENOÎT FLEURY
D^R DAMIEN DUQUESNE

CONTEXTE

Sous l'influence des constats partagés entre cliniciens et experts et de l'évolution des différentes législations, les conduites addictives tiennent une place de plus en plus importante pour les DRH ou dirigeants d'entreprises. En 2006, selon l'enquête Inpes / Anpaa¹, plus de 6 chefs d'entreprises sur 10 (65 % dans les PME de plus de 50 salariés et 71 % parmi les TPE) considéraient que « les questions de toxicomanies, usage de cannabis et autres drogues au travail devenaient de plus en plus préoccupantes ». La consommation d'alcool occupait le troisième rang des priorités en santé au travail des chefs d'entreprises et, au sein même de leur entreprise, 4 dirigeants sur

10 déclaraient y être personnellement vigilants [1, 2].

Depuis 2001, les pouvoirs publics en France ont en effet élargi le champ des obligations de l'employeur qui doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs (articles L. 4121-1 et suivants du code du travail). Les entreprises sont notamment dans l'obligation de mettre en place une organisation et des moyens adaptés pour la prévention des risques au travail. Elles doivent adapter ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. Dans le champ des conduites addictives, les consommations sont reconnues comme des déterminants de santé (code de la santé publique).

1. Enquête téléphonique Inpes/Anpaa/BVA 2006 réalisée auprès de 811 DRH et chefs d'entreprises, suivant un échantillon raisonné d'entreprises par secteurs et effectifs de salariés (dont 102 entreprises de moins de 50 salariés et 709 entreprises de plus de 50 salariés).

TEXTES RÉGLEMENTAIRES SUR LES ADDICTIONS EN MILIEU PROFESSIONNEL

■ Article L. 3421-1 du code de la santé publique : interdiction de toute consommation de substances illicites (cannabis et autres drogues).

■ Articles R. 4228-20 et 4228-21 du code du travail : interdiction d'introduire et de distribuer des boissons alcoolisées (autres que le vin, la bière, le cidre et le poiré) sur le lieu de travail, ou d'y laisser entrer ou séjourner des personnes en état d'ivresse. Possibilité d'interdiction totale par l'employeur dans le cadre du règlement intérieur (article L. 1321-1).

■ Articles R. 3511-1 à R. 3511-8 du code de la santé publique : interdiction de fumer sur les lieux de travail (et dans les lieux publics).

■ Circulaire n° 90-13 du 9 juillet 1990 du ministère chargé du Travail relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise [Note de l'éditeur : l'avis n° 114 du CCNE « Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu du travail » a été publié le 5 mai 2011].

■ Code de la route : moyens de contrôle, de dépistage, retrait de points ou de permis, sanctions pénales... Articles R. 221-10, R. 221-13, L. 234-3 et L. 122-45-4 relatifs à la prise en compte des traitements de substitution aux opiacés ; décret n° 2003-642 du 11 juillet 2003.

■ Article R. 5121-139 du code de la santé publique relatif à l'obligation d'apposer un pictogramme sur les conditionnements des médicaments ou produits ayant des effets sur la capacité de conduire des véhicules ou d'utiliser des machines.

■ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Les services de santé au travail ont « pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Cette mission inclut notamment la prévention de la pénibilité au travail, de la désinsertion professionnelle, de la consommation de drogues et d'alcool sur les lieux de travail.

Source : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
www.travailler-mieux.gouv.fr/Addictions.html

Les règles applicables dans tous les secteurs d'activités et dans les trois fonctions publiques sont les règles communes du code pénal (atteinte à l'intégrité des personnes, mise en danger gravé d'autrui, non-assistance à personne en danger...), du code du travail (partie IV « Principes de prévention et règles particulières sur l'alcool »), du code de la santé publique, du code de la route et du code des assurances (dans leurs dispositions réprimant les infractions en matière d'alcool et de stupéfiants) [3] et, de façon plus spécifique à un public de salariés, les codes de la marine marchande et de l'aviation civile ainsi que la réglementation des chemins de fer.

Quel que soit le poste de travail occupé, l'employeur doit se préoccuper des risques

liés à la consommation de substances psychoactives (SPA) pouvant mettre en danger la santé et la sécurité des travailleurs, et être notamment à l'origine d'accidents du travail². Il doit aussi rechercher et identifier les facteurs ou les circonstances de travail susceptibles de favoriser le développement d'un mésusage de SPA. La politique de prévention en ce domaine concerne l'ensemble des personnels, quels que soient leur catégorie ou leur emploi. En revanche, le dépistage doit être ciblé sur les postes de sûreté et de sécurité (voir avis du CCNE p. 93).

2. Pour rappel : l'alcool pourrait être responsable de 10 à 20 % des accidents du travail selon l'expertise collective de l'Inserm de 2003 [4].

Les principes généraux de prévention fondent l'obligation générale de prévention des risques professionnels (article L. 4121-1 du code du travail). Cette obligation impose à l'employeur de prendre des mesures comprenant :

- des actions de prévention des risques professionnels ;
- des actions d'information et de formation des travailleurs ;
- la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Selon l'article L. 4612-16 du code du travail, l'employeur est tenu de présenter au moins une fois par an au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) :

- un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la

sécurité et des conditions de travail de son établissement ;

- un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (voir encadré ci-dessous).

À l'évidence, l'obligation de sécurité doit s'analyser aujourd'hui comme une obligation d'actions, et l'application en matière de prévention des conduites addictives est immédiate : l'action s'impose, sous peine de faillir à l'obligation de sécurité. Cette action ne pourrait s'entendre sans figurer expressément dans le plan de prévention annexé au document unique d'évaluation des risques [5].

L'obligation de sécurité impose la mise en œuvre d'actions d'information et de formation des travailleurs sur les risques

LE DOCUMENT UNIQUE D'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

■ Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DU) a été créé par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001. Il est obligatoire pour toutes les entreprises et associations.

■ Il permet de lister les risques pouvant nuire à la sécurité et à la santé des travailleurs et stipule des actions visant à les réduire, voire à les supprimer.

■ L'employeur doit y transcrire les résultats de l'évaluation des risques identifiés dans chaque unité de travail. Il peut s'appuyer sur différentes sources d'information disponibles dans l'entreprise : analyse des risques réalisée par le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)*, accidents et incidents survenus sur les lieux de travail, listes des postes de travail à risques particuliers, fiche d'entreprise établie par le médecin du travail...

■ Ce document doit faire l'objet de réévaluations régulières (au moins une fois par an), et à chaque fois qu'une unité de travail a été modifiée.

■ En 2004, l'enquête REPONSE de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statis-

tiques (DARES) relevait que la présence d'un CHSCT favorisait la démarche d'évaluation des risques ; toutefois, le quart des établissements assujettis n'avait pas encore mis en place ce comité [6].

■ En 2006, selon l'enquête Inpes / Anpaa, 83 % des dirigeants d'entreprises de plus de 50 salariés et 50 % dans les TPE déclaraient avoir mis en place un plan d'évaluation des risques professionnels. Nombre d'entre eux (la moitié dans les entreprises de plus de 50 salariés, le tiers dans les TPE) indiquaient avoir intégré dans ce plan l'approche des substances psychoactives [1, 2].

■ Le plan « Santé au travail 2010-2014 » prévoit de relancer la promotion du DU par une campagne de communication axée sur la démarche de prévention et les plans de prévention des risques en entreprise, ainsi que de renforcer le rôle de conseil du médecin du travail lors de l'élaboration du DU par l'employeur [7].

* Dans les établissements d'au moins 50 salariés, il existe en principe un CHSCT qui doit se réunir tous les trimestres.

pour leur santé et leur sécurité d'une manière compréhensible pour chacun (article R. 4141-2 du code du travail). L'avis n°114 du CCNE du 19 mai 2011 recommande de promouvoir une large campagne d'information sur les effets des consommations au travers de scénarios se rapportant à la vie au travail.

Naturellement, le dialogue social avec les représentants du personnel est essentiel pour élaborer ces actions. Le plan « Santé au travail 2010-2014 » réaffirme en ce sens le rôle des institutions représentatives du personnel [7].

Les partenaires sociaux sont très attachés à l'expertise des médecins du travail qui sont de leur point de vue les interlocuteurs privilégiés pour aborder, notamment, les questions de santé et de sécurité liées à la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Les résultats de l'enquête Inpes -

Anpaa de 2006 avaient en effet souligné combien les DRH confrontés à un problème de consommation dans leur entreprise se sentent démunis face à un problème d'alcool (45 %) ou de cannabis (56 %) dans l'entreprise [1, 2].

Depuis 2004, les services de santé au travail et les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) accompagnent les actions de prévention et de promotion de la santé en entreprise [8]. Leurs actions et leur rôle, encore parfois sous-estimés, devraient être renforcés par les nouvelles dispositions de la réforme [9-11].

Ce chapitre apporte un éclairage sur les sollicitations et l'implication des médecins du travail au niveau des actions collectives de prévention des pratiques addictives en entreprise.

RÉSULTATS

SOLLICITATIONS REÇUES PAR LES MÉDECINS DU TRAVAIL ÉMANANT DE DRH OU DE REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL

Au cours des douze derniers mois, 92 % des médecins du travail déclarent avoir été sollicités par des DRH pour un problème d'alcool chez un salarié, 29 % ont été contactés pour un salarié faisant usage de cannabis et 13 % pour un salarié faisant usage d'une autre drogue [figure 1].

Les demandes reçues en provenance des représentants du personnel sont moins fréquentes : 40 % des médecins évoquent avoir été contactés par un représentant du personnel pour un problème d'alcool, 7 % pour un problème de cannabis et 4 % pour un problème lié à d'autres drogues [figure 2].

Quels que soient les produits, les médecins femmes se déclarent moins souvent sollicitées (par les DRH ou les représentants du personnel) que les médecins hommes : 90 % d'entre elles (contre 97 % des médecins hommes) déclarent avoir été contactées par des DRH pour un problème d'alcool, 24 % (contre 37 % des hommes) pour un usage de cannabis, 10 % pour un usage d'autres drogues (18,5 % chez les hommes).

La proportion de médecins femmes déclarant avoir été contactées par des représentants du personnel est respectivement de 36 % (vs 49 % des médecins hommes) pour un problème d'alcool, de 5,5 % (vs 11 % des hommes) pour un problème de cannabis et de 2 % (vs 9 % des hommes) pour un problème avec d'autres drogues.

Au-delà de la fréquence des sollicitations, la moyenne des contacts annuels déclarés par les médecins du travail est très variable suivant les produits. Sur la base des médecins ayant été sollicités au moins une fois dans l'année, la moyenne des contacts émanant de DRH est d'environ 3,7 pour un problème d'alcool chez un salarié, de 2,2 pour le cannabis et de 1,6 pour un salarié faisant usage d'autres drogues. Les moyennes déclarées relevant des contacts de représentants du personnel sont respectivement de 2,6 pour l'alcool, de 1,9 pour le cannabis et de 1,3 pour les autres drogues.

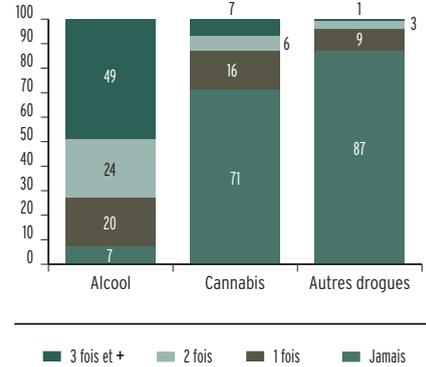
Pour l'alcool, au-delà des différences de genre précitées, les médecins ayant une ancienneté inférieure à 20 ans se déclarent davantage sollicités par les DRH (96 % vs 89 % des autres ; $p < 0,001$). Des différences suivant les régimes sont également à noter [tableau I]. Les médecins du travail issus de la fonction publique et de la Mutualité sociale agricole (MSA) déclarent davantage de sollicitations de DRH ou de représentants du personnel que les autres.

Concernant le cannabis, les médecins de la MSA se déclarent également plus fréquemment sollicités sur ce point par les DRH ; les médecins des hôpitaux, en revanche, le sont peu [tableau II].

FIGURE 1

Proportion de médecins du travail déclarant avoir été sollicités par des DRH pour un problème chez un salarié dans les 12 derniers mois

Base de 750 médecins, résultats en %

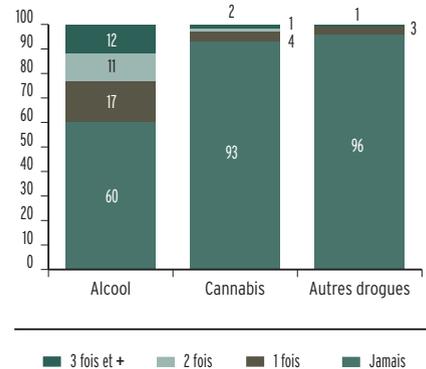


Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

FIGURE 2

Proportion de médecins du travail déclarant avoir été sollicités par des représentants du personnel pour un problème chez un salarié dans les 12 derniers mois

Base de 750 médecins, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

TABLEAU I

Sollicitations de DRH ou de représentants du personnel pour un problème d'alcool chez un salarié au cours des 12 derniers mois

	Ensemble	Services autonomes	Fonction publique d'État	Services inter-entreprises	Hôpitaux	MSA
Proportion de médecins sollicités par des DRH <i>Base : ensemble des médecins</i>	92 %	91 %	93 %	93 %	89 %	96 %
Nombre moyen annuel de contacts de DRH <i>Base : médecins sollicités</i>	3,7	3,9	5,3	3,6	2,9	4,7
Proportion de médecins sollicités par des représentants du personnel <i>Base : ensemble des médecins</i>	39 %	52 %	45 %	35 %	43 %	39 %
Nombre moyen annuel de contacts de représentants du personnel <i>Base : médecins sollicités</i>	2,6	2,6	4,3	2,5	2,0	4,7

Source : enquête Inpes / INRS / SMT0IF.

TABLEAU II

Sollicitations de DRH pour un problème de cannabis chez un salarié au cours des 12 derniers mois

	Ensemble	Services autonomes	Fonction publique d'État	Services inter-entreprises	Hôpitaux	MSA
Proportion de médecins sollicités par des DRH <i>Base : ensemble des médecins</i>	28 %	25 %	18 %	32 %	14 %	34 %
Nombre moyen annuel de contacts de DRH <i>Base : médecins sollicités</i>	2,2	1,7	1,7	2,3	1,2	2,1

Source : enquête Inpes / INRS / SMT0IF.

INITIATIVE OU PARTICIPATION DES MÉDECINS DU TRAVAIL À DES ACTIONS COLLECTIVES DE PRÉVENTION EN ENTREPRISE

Au cours des deux dernières années, 87 % des médecins du travail déclarent avoir initié ou participé à une ou plusieurs actions collectives de prévention en entreprise [figure 3]. Les médecins ayant une ancienneté entre onze et vingt ans sont les plus nombreux à déclarer avoir été mobilisés sur des actions collectives (99 %

contre 84 % pour les plus anciens ou les plus jeunes dans le métier). Les services autonomes et les hôpitaux sont les plus impliqués (94 %).

Parmi les thématiques abordées, et sur la base des médecins impliqués, les actions de sensibilisation sur le tabac et sur l'alcool sont les plus fréquemment citées (40 % et 38 %). Viennent ensuite les risques physiques (32 %), les risques chimiques (28 %), les risques psychosociaux (23 %). La sensibilisation sur l'usage de cannabis n'est mentionnée que par 10 % des médecins,

et 8 % déclarent être intervenus sur les conduites addictives de façon générale.

La hiérarchie des thèmes abordés varie en fonction du type de service dans lequel les médecins exercent [tableau III]. Dans les services autonomes et les fonctions publiques, les médecins mentionnent en priorité être intervenus sur l'alcool, les médecins des hôpitaux sont davantage intervenus sur le tabac.

Certaines différences de genre existent également : les médecins hommes déclarent

être plus souvent intervenus sur la thématique de l'alcool (46 % contre 39 % pour le tabac) ; les femmes, elles, mentionnent en priorité des actions sur le tabac (40 % contre 35 % pour l'alcool).

NATURE DES ACTIONS MISES EN PLACE SUR LES PRATIQUES ADDICTIVES

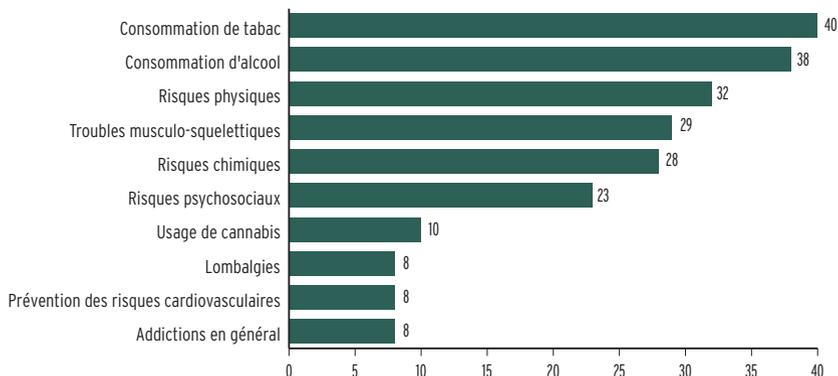
L'analyse des actions collectives mises en place contre les pratiques addictives

FIGURE 3

Initiation ou participation à des actions collectives de prévention en entreprise

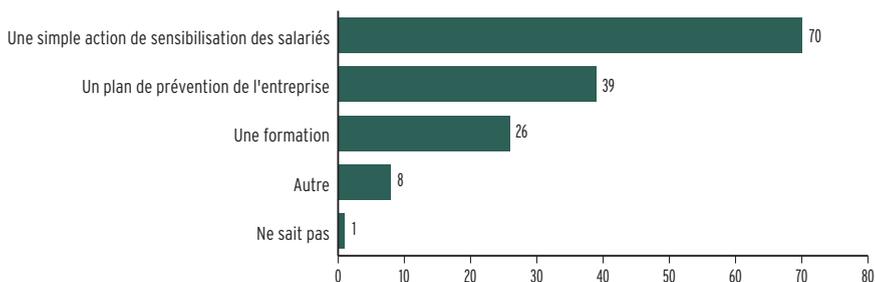
Sur quels thèmes portaient ces actions ?

Base de 649 médecins du travail ayant participé à une action, résultats en %



De quel type d'action relevait votre dernière intervention sur les addictions ?

Base de 405 médecins du travail qui ont cité des actions sur les addictions, résultats en %



Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

TABLEAU III

Les thèmes d'actions les plus fréquemment cités selon le type de services

Base de 649 médecins ayant participé à des actions collectives en entreprise

	Service autonome	Fonction publique, collectivité territoriale, État	Service interentreprises	Hôpitaux	Mutualité sociale agricole
Cité en 1 ^{re}	Consommation d'alcool 57 %	Consommation d'alcool 64 %	Risques physiques 38 %	Consommation de tabac 57 %	Troubles musculo-squelettiques 56 %
Cité en 2 ^e	Consommation de tabac 46 %	Consommation de tabac 47 %	Consommation de tabac 34 %	Consommation d'alcool 43 %	Consommation d'alcool 42 %
Cité en 3 ^e	Risques chimiques 31 %	Troubles musculo-squelettiques 18 %	Troubles musculo-squelettiques 30 %	Troubles musculo-squelettiques 33 %	Risques chimiques 40 %
Cité en 4 ^e	Risques physiques 29 %	Risques chimiques 18 %	Consommation d'alcool 30 %	Risques psychosociaux 26 %	Consommation de tabac 39 %
Cité en 5 ^e	Risques psychosociaux 28 %	Risques psychosociaux 16 %	Risques chimiques 29 %	Prévention des accidents du travail 22 %	Risques physiques 30 %
Cité en 6 ^e	Troubles musculo-squelettiques 22 %	Risques physiques 14 %	Risques psychosociaux 22 %	Risques biologiques infectieux 20 %	Risques psychosociaux 21 %

Source : enquête Inpes / INRS / SMTIOIF.

montre la prédominance des actions de sensibilisation des salariés sur les autres formes d'actions : pour 70 % des médecins du travail impliqués, leur dernière intervention sur ce thème relevait d'une simple action de sensibilisation des salariés, pour 39 % d'un plan de prévention et pour 26 % d'une formation.

Le fait que les consommations relèvent de conduites individuelles (plus que pour d'autres risques liés à l'organisation et/ou à la sécurité dans le travail) peut expliquer l'importance prise par les actions de sensibilisation des salariés. Elle reflète aussi sans doute les difficultés de mise en œuvre des actions collectives.

PARTENARIATS

Les actions collectives de prévention sur les pratiques addictives auxquelles ont participé les médecins du travail ont le plus souvent associé l'encadrement (dans 83 % des cas),

le CHSCT (dans 75 % des cas) et les représentants du personnel (dans 72 % des cas) [figure 4]. Le recours à des intervenants extérieurs n'est mentionné que dans un cas sur deux, avec des particularités toutefois suivant les services (69 % dans la fonction publique, 57 % dans les services autonomes et les hôpitaux, 49 % en MSA, 44 % dans les services interentreprises).

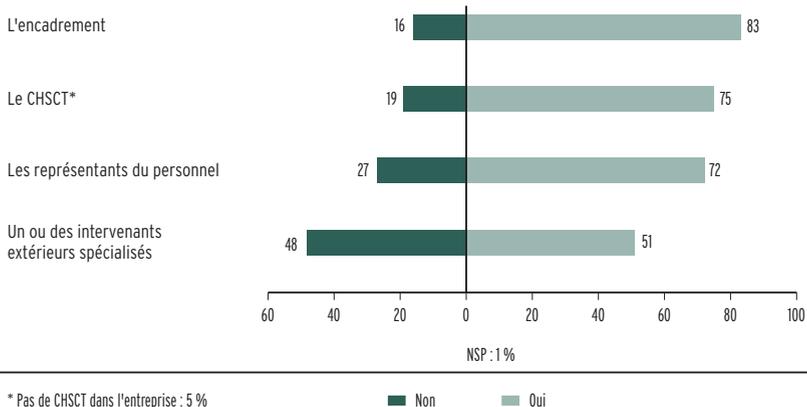
INTERLOCUTEURS HABILITÉS POUR TRAITER LES QUESTIONS DE SANTÉ OU DE SÉCURITÉ LIÉES AUX PRATIQUES ADDICTIVES

Selon les médecins du travail [figure 5], les trois personnes les plus habilitées pour traiter au sein des établissements les questions de santé ou de sécurité liées à l'alcool, au tabac ou à d'autres drogues sont : les médecins du travail (86 %), les infirmières de santé au travail (73 %) et les intervenants externes spécialisés (62 %).

FIGURE 4

Partenaires associés aux actions de prévention sur les addictions

Base de 405 médecins du travail qui ont cité des actions de prévention sur les thèmes des addictions, résultats en %

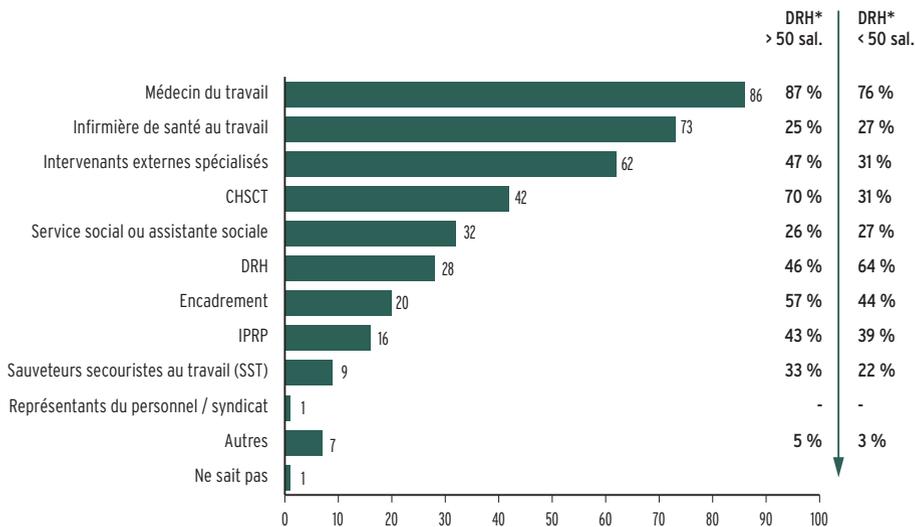


Source : enquête Inpes / INRS / SMTOIF.

FIGURE 5

Personnes habilitées pour traiter les questions d'addictions selon le médecin du travail

Base de 750 médecins, résultats en %



Source : Enquête Inpes / INRS / SMTOIF.

* Source : Enquête Inpes / Anpa / BVA (DRH), 2006.

L'ordre des citations (en 1^{er}, en 2^e, en 3^e) est le même quels que soient les services [tableau IV], sauf chez les médecins de la MSA où le recours aux intervenants externes

est cité en deuxième. La crédibilité des interlocuteurs est variablement citée par les différents services.

TABLEAU IV

Personnes habilitées pour traiter les questions d'addictions selon le médecin du travail, suivant le type de service

Base de 750 médecins, résultats en pourcentages selon le type de services

	Service autonome, hors fonction publique	Fonction publique, collectivité territoriale, État	Service interentreprises	Hôpitaux	MSA
Cité en 1 ^{er}	Médecin du travail 95 %	Médecin du travail 94 %	Médecin du travail 81 %	Médecin du travail 95 %	Médecin du travail 90 %
Cité en 2 ^e	L'infirmière de santé au travail 87 %	L'infirmière de santé au travail 70 %	L'infirmière de santé au travail 70 %	L'infirmière de santé au travail 75 %	Des intervenants externes spécialisés 70%
Cité en 3 ^e	Des intervenants externes spécialisés 57 %	Des intervenants externes spécialisés 65 %	Des intervenants externes spécialisés 61 %	Des intervenants externes spécialisés 65 %	L'infirmière de santé au travail 63 %
Cité en 4 ^e	Le service social ou une assistante sociale 54 %	Le service social ou une assistante sociale 52 %	Le CHSCT 37 %	Le CHSCT 55 %	Le CHSCT 47 %
Cité en 5 ^e	Le CHSCT 47 %	Le CHSCT 49 %	DRH 23 %	Le service social ou une assistante sociale 46 %	Le service social ou une assistante sociale 29 %

Source : enquête Inpes / INRS / SMOIF.

DISCUSSION

Les résultats de l'enquête mettent en évidence :

- la fréquence des sollicitations reçues par les médecins du travail sur l'alcool (au regard des autres substances psychoactives) ;
- l'importance des demandes émanant des DRH.

Ces résultats concordent avec les prévalences et les données épidémiologiques connues des consommations [12] et corroborent les études exploratoires menées auprès des DRH d'entreprises par l'Inpes et l'Anpa. Ainsi, en 2006, six dirigeants sur dix (62 %) d'entreprises de plus de 50 salariés mentionnaient avoir déjà rencontré un

problème d'alcool et plus du tiers (38 %) déclaraient y avoir été confrontés au cours des douze derniers mois ; 14 % évoquaient avoir connu des problèmes avec leurs salariés à propos de consommations de cannabis, 2 % à propos d'autres types de drogues. Dans les TPE, la prévalence déclarée des problèmes d'alcool était de 18 % et de 14 % pour le cannabis [1, 2].

Face à ces problèmes, la plupart des dirigeants se déclaraient démunis et évoquaient le médecin du travail comme un interlocuteur à privilégier ; de fait, sept chefs d'entreprise sur dix (68 %) confrontés à un problème d'alcool dans leur entreprise

avaient orienté le salarié vers le médecin du travail [1, 2].

Les représentants du personnel ont en revanche moins recours aux médecins du travail que les DRH (quatre fois moins de sollicitations). Différentes explications peuvent être avancées :

- les consommations des salariés sont souvent un sujet tabou dans l'entreprise et les représentants du personnel ne sont pas toujours informés des difficultés rencontrées par les salariés. Lorsqu'ils le sont, eux-mêmes peuvent se trouver très démunis face à ces problèmes car ils n'ont pas, le plus souvent, de formation particulière en ce domaine ;

- les représentants du personnel, comme les salariés, craignent beaucoup la délation au sein de l'entreprise et ont du mal à s'inscrire dans une démarche d'assistance à personne en danger. Les addictologues accueillent pourtant souvent des patients qui ont accepté des soins sur les conseils d'un collègue ou d'un supérieur hiérarchique.

Ces éléments plaident pour renforcer l'implication des représentants du personnel dans la démarche d'évaluation des risques et les accompagner par des formations adaptées [7]. L'un des objectifs de communication auprès des membres de CHSCT et des délégués du personnel, en matière de santé et sécurité au travail, pourrait inclure une approche des pratiques addictives et viser à faire prendre conscience de l'intérêt d'une démarche de prévention et d'assistance à un salarié en difficulté : le devoir d'alerte n'est pas de la délation. Il conviendrait également de tenter de lever certains freins et suspicions sur l'indépendance et le devoir de secret des médecins du travail et de mieux préciser les rôles qu'ils peuvent être amenés à jouer avec les services de santé au travail en matière de prévention.

En ce qui concerne leur participation à des actions collectives en entreprise, les

médecins du travail citent prioritairement des actions sur le tabac et l'alcool. Un effet induit par l'enquête pourrait être évoqué (le sujet étant abordé en fin de questionnaire), mais l'intérêt des médecins du travail pour ce type d'intervention semble confirmé par l'enquête du CIRDD (Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances) Rhône-Alpes : quatre médecins sur dix déclarent avoir participé au moins une fois dans l'année à une action de prévention collective sur la thématique des pratiques addictives, tous types d'action confondus [13].

Il aurait pu être intéressant de connaître les initiateurs de ces démarches, par exemple sur la base de la dernière intervention. Toutefois, les éléments recueillis par les autres enquêtes semblent indiquer que la majorité des actions collectives dans lesquelles les médecins du travail sont impliqués sont effectuées à la demande de l'employeur [1, 2, 13]. Selon une enquête de l'Inpes menée en 2006 auprès de 931 salariés³, 36 % d'entre eux déclaraient avoir bénéficié d'une action de prévention ou de formation sur le tabac, 29 % sur l'alcool, 18 % sur le cannabis, 15 % sur les autres drogues [1]. Dans près de sept cas sur dix, les salariés ayant bénéficié de ce type d'intervention mentionnaient le DRH ou le chef d'entreprise à l'initiative de ces actions, le médecin du travail et le CHSCT étant cités dans près d'un cas sur deux.

Concernant les modalités d'intervention, les différentes enquêtes confirment également que les actions relèvent le plus souvent d'une simple sensibilisation des salariés [1, 2, 13, 14]. Si la mise en place d'un plan de prévention dans l'entreprise par plus du tiers des médecins impliqués dans des actions collectives n'est pas négligeable,

3. Enquête téléphonique omnibus Inpes / BVA 2006 menée auprès d'un échantillon de 971 actifs (salariés du public, du privé et personnes à leur compte ayant au moins un salarié). Échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, stratifié suivant la méthode des quotas (âge, sexe, CSP du chef de ménage, région et taille d'agglomération).

ceci reste néanmoins insuffisant. L'enquête ne permet pas de préciser les éléments qui ont prévalu à ce type de démarche, toutefois, concernant l'alcool, l'expérience montre qu'un plan de prévention est souvent initié à la suite d'un incident ou d'un accident, après le constat – souvent par l'équipe de santé au travail – de nombreuses situations d'absentéisme ou suite à une récurrence sur le lieu de travail d'un salarié en difficulté avec l'alcool [14].

Plusieurs autres facteurs devraient également être pris en compte dans l'élaboration des actions de prévention : la taille des entreprises, les secteurs d'activité, la nature des activités, les CSP, le statut de l'entreprise, les parcours professionnels [14-21].

Les plans de prévention offrent l'opportunité d'une démarche collective concertée dans l'entreprise [22-26] (voir encadré p. 107).

Les plans de prévention, comme les autres actions, peuvent être réalisés :

- par les acteurs de santé au travail et les acteurs de l'entreprise : représentants du personnel, CHSCT ;
- et/ou faire appel à la participation d'intervenants en prévention des risques professionnels⁴ (IPRP), d'intervenants extérieurs spécialisés, de différentes associations (l'Anpaa, l'Irema⁵...) ou d'addictologues.

Plusieurs expériences témoignent de ces partenariats comme l'animation de clubs Entreprises en région Rhône-Alpes [27], les actions menées en Aquitaine [28, 29] dans les Pays-de-la-Loire [30]. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, le groupement régional d'alcoologie et d'addictologie a

développé un accompagnement des entreprises par des ateliers d'addictologie clinique et des outils qui permettent d'examiner régulièrement des situations individuelles et des actions collectives d'entreprises confrontées aux consommations de psychoactifs [31, 32].

Les résultats de l'enquête semblent cependant indiquer que les médecins du travail se montrent plus ouverts aux intervenants extérieurs qu'aux IPRP. Ces réserves renvoient sans doute au manque de formation des professionnels en ce domaine.

Le plan MILDT 2008-2011 [33] a invité les futurs médecins et autres professionnels de santé et du travail social à se former au repérage et à la prise en charge des personnes ayant des problèmes d'addiction (mesures 3-2, 3-3, 4-2). La rédaction par la Société française d'addictologie (SFA), en partenariat avec la Société française de médecine du travail (SFMT), de recommandations de bonnes pratiques relatives au dépistage et gestion du mésusage des substances psychoactives en milieu professionnel est en cours sous l'égide de la HAS [34].

Conformément au souhait exprimé par le Conseil national de l'Ordre des médecins, et suite aux recommandations du rapport Frimat [9], la réforme des services de santé au travail du 20 juillet 2011 [11] a renforcé le développement de la pluridisciplinarité en s'assurant de la qualité des intervenants. L'animation et la coordination des actions en santé au travail en direction des entreprises et de leurs salariés revient au médecin du travail. Le texte de loi introduit explicitement l'obligation de prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail dans les missions des services de santé au travail [11].

Recommandées dans différents rapports [9, 10, 37], des formations intersectorielles

4. Cette sollicitation est réalisée dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés. Elle est déterminée par décret en Conseil d'État (articles L. 4622-4 et R. 4623-26 du code du travail).

5. Institut de recherche et d'enseignement des maladies addictives www.irema.net

seront vraisemblablement à mettre en place dans cet objectif. De même, des outils comme ceux produits par l'INRS [38], l'Institut de santé au travail du Nord de la France [39] ou le service de santé au travail BTP 21, en collaboration avec la Direccte, la Carsat et le Darid de Bourgogne [40], seront vraisemblablement à mutualiser.

La réforme en cours de la gouvernance en santé au travail ouvre également le champ pour les Agences régionales de santé (ARS) et les Direccte de développer et d'appuyer la construction d'un programme régional des conduites addictives en milieu de travail. La région Haute-Normandie a ainsi saisi l'opportunité des Assises de la

MILDT [41] pour produire un guide de recommandations pour un plan d'action régional. L'adoption par l'ARS et la Direccte d'une charte éthique pour sélectionner des intervenants auprès des entreprises y est recommandée [42]. Le comité « Addiction et travail » de la Commission régionale addictologie sera chargé de la collecte et de la diffusion des bonnes pratiques. Un tel exemple serait à suivre dans le projet régional de santé que chaque ARS doit établir prochainement, en fonction des besoins identifiés localement et dans le cadre des missions de coordination précisées en 2010 [43].

EXEMPLE D'ÉLABORATION D'UN PLAN DE PRÉVENTION SUR L'ALCOOL

■ Un véritable plan de prévention de l'entreprise doit commencer par faire un état des lieux de la place de l'alcool dans l'entreprise, de la « réglementation » en vigueur dans l'entreprise (règlement intérieur), de la présence ou non d'un protocole d'organisation des « pots » et d'un dispositif d'orientation de salariés en difficulté avec l'alcool.

■ Ces plans doivent faire l'objet d'un débat interne le plus large possible avec les services de santé au travail, le CHSCT, les représentants du personnel et la direction.

■ Il est fréquent d'observer des résistances à la mise en œuvre de ce type de plan, notamment en raison de deux obstacles principaux :

- concernant les « pots », le plan de prévention peut être considéré comme une atteinte à la tenue de parenthèses conviviales jugées indispensables, surtout lorsque la consommation d'alcool est proscrite sur le lieu de travail ;
- des craintes de délation ou de manque de confidentialité peuvent être ressenties, surtout face à des salariés en difficulté avec une consommation d'alcool.

■ Il semble essentiel que la mise en place d'un plan de prévention dans l'entreprise soit l'occasion de :

- porter à la connaissance de l'ensemble des salariés les risques de la consommation d'alcool sur le lieu de travail, non seulement en termes de santé mais

également en termes de sécurité ;

- rappeler le devoir d'alerte de l'ensemble des salariés : en cas d'incident / accident, ce n'est pas seulement la responsabilité du salarié qui a trop bu qui peut être mise en cause, mais également celle de ses collègues ou supérieurs hiérarchiques qui l'auraient vu et laissé sur son poste (notion de coresponsabilité) ;

- remplacer la crainte de la délation par la notion d'assistance à personne / entreprise en danger ;

- rappeler que les membres du CHSCT sont tenus à l'obligation de confidentialité et que les médecins du travail sont tenus à une obligation de secret professionnel.

■ L'utilisation de la « méthodologie de projet » favorise la constitution de projets de prévention dans la durée qui répondent aux besoins des acteurs de terrain en entreprise.

■ De nombreux travaux étrangers ont confirmé que la réalisation de plans de prévention des addictions en entreprise était peu coûteuse et très rentable, à moyen et long termes, pour améliorer la santé des salariés, leur productivité et réduire l'absentéisme [4, 35]. En Belgique, les partenaires sociaux réunis au sein du Conseil national du travail ont signé une convention collective en vue d'aider les entreprises à adopter une politique préventive dans ce domaine [36].

Relecteurs

D^r Geneviève Abadia (INRS), François Beck (Inpes),
D^r Gérald Demortière (SMTOLF), Carole Gayet et D^r Philippe
Hache (INRS), Jean-Baptiste Richard (Inpes).

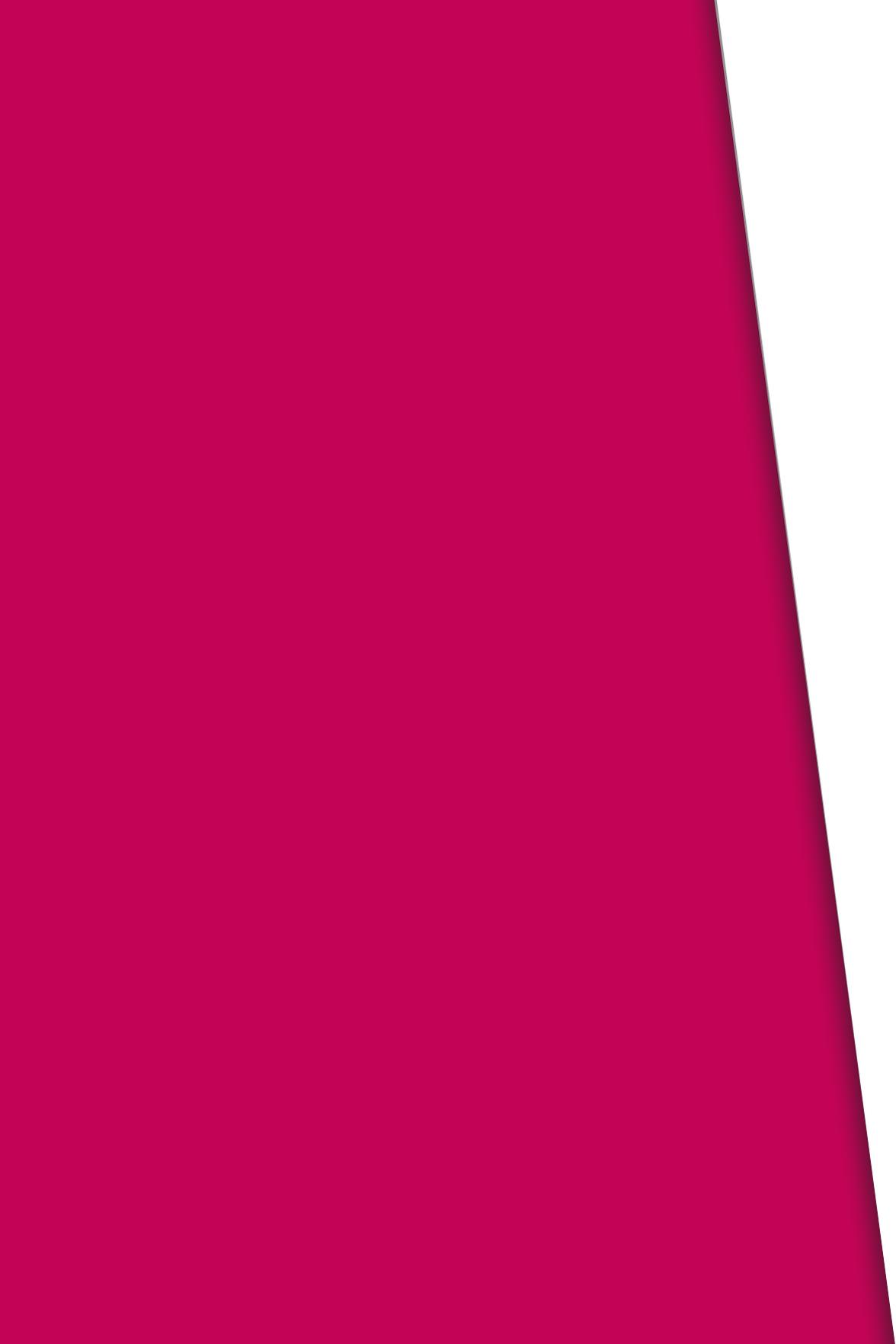
Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 25/10/2011.

- [1] Ménard C. Alcool en entreprise : les difficultés de la prévention. *La santé de l'Homme*, septembre-octobre 2006, n° 385 : p. 42-45.
- [2] Anpaa. *Addictions en entreprise. Actes des Assises nationales, mai 2006*. Paris : Anpaa, 2006 : 6 p.
http://internet.anpaa.asso.fr/upload/synthese/4a3f92e3_Actes_du_3_mai_06.pdf
- [3] Barathieu G. *Point sur la réglementation n° 2. Prévention des conduites addictives en milieu professionnel dans les fonctions publiques territoriales et hospitalière*. Bordeaux : CNRAL fonds de prévention, 2010 : 11 p.
https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/Article_Conduite_Mars2010-3.pdf?cible=_partenaire
- [4] Inserm. *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 533 p.
www.inserm.fr/content/download/7820/59389/file/alcool_dommages_sociaux_2003.pdf
- [5] Frimat P., Fantoni-Quinton S. *Alcool, addictions et travail : quelle démarche de prévention ?* [Communication au colloque de la SFA « Alcool, addictions et travail », Paris 22-23 octobre 2009]. Paris : SFA, 2009 : p. 3.
Résumé des communications en ligne :
www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFAoct09_resumes.pdf
- [6] Coutrot T. Plus de trois établissements sur quatre déclarent évaluer les risques professionnels. *Premières synthèses*, mars 2007, n° 09-3 : 4 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2007.03-09.3-2.pdf
- [7] Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. Plan « Santé au travail » 2010-2014. Paris : ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. Plan « Santé au travail » 2010-2014, 2010 : 53 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2014-2.pdf
- [8] Durand E. Addictions et travail : quels enjeux pour les services de santé au travail ? *Santé publique*, 05-06/2008, vol. 20, suppl. n° 3 : p. 151-160.
- [9] Dellacherie C., Frimat P., Leclercq G. *La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir*. [Rapport remis aux ministres du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de la Santé et des Sports]. Paris : ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère de la Santé et des Sports, 2010 : 96 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-Dellacherie-Frimat-Leclercq-04-2010.pdf
- [10] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *Les objectifs de la réforme des services de santé au travail* [page internet], mai 2010.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/espaces/770/travail/771/dossiers/156/sante-et-securite-au-travail/301/les-services-de-sante-au-travail/1657/la-reforme-des-services-de-sante/1804/mai-2010-les-objectifs-de-la/11818.html
- [11] Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Les services de santé au travail « ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Cette mission inclut notamment : la prévention de la pénibilité au travail, de la désinsertion professionnelle, de la consommation de drogues et d'alcool sur les lieux de travail.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/textes-reglementaires/1651/circulaires-et-textes-legislatifs/1641/loi-no-2011-867-du-20-juillet-2011/13783.html
- [12] Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Tovar M., Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances*, 2011, n° 76 : 6 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxfbr6.pdf

- [13] Hamant C. Les médecins du travail face aux conduites addictives. Résultats de l'enquête sur les pratiques des médecins du travail en service interentreprise face aux consommations de produits psychoactifs des salariés suivis. *Enquêtes et résultats*, février 2010 : 6 p. www.cirdd-ra.org/img_publications/107_CIRDD-RA_SyntheseEnqueteMedW_2010.pdf
- [14] Harzo C., Jeannin J-P., et al. Alcool et travail. Une enquête auprès d'entreprises en région Rhône-Alpes. Lyon : *Aides Alcool*, OSL, 2003 : 48 p.
- [15] Anpaa. Le risque alcool dans les PME/PMI. Synthèse de l'enquête « Santé, sécurité, alcool au travail » auprès des PME/PMI de Midi-Pyrénées. Paris : Anpaa, mai 2004, 12 p. Cette synthèse ainsi que le rapport complet de l'enquête peuvent être obtenus auprès de l'Anpaa 31 [mail : comite31@anpa.asso.fr]
- [16] Devos C., Masson N. Conduites addictives et travail : enquête nationale chez les chauffeurs affiliés à la Mutualité sociale agricole. Actes du XXI^e Congrès national de médecine et santé au travail. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2006, vol. 67, n° 2 : p. 212.
- [17] Labat L., Dehon B., Lhermitte M. Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Annales de toxicologie analytique*, 2004, vol. 16, n° 4 : p. 269-274. www.ata-journal.org/articles/ata/pdf/2004/04/ata20044p269.pdf
- [18] Orset C., Sarazin M., Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel : Enquête de prévalence par questionnaire chez 1 406 salariés de la Loire. Étude en fonction du poste de travail. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2007, vol. 68, n° 1 : p. 5-19.
- [19] Bœuf-Cazou D., Lapeyre-Mestre M., Niezborala M., Montastruc J.-L. Evolution of drug consumption in a sample of French workers since 1986: the Drugs and Work study. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 2009, n° 18 : p. 335-343.
- [20] Marchand A., Blanc M.-E. Chronicité de la consommation de médicaments psychotropes dans la main-d'œuvre canadienne : quelle est la contribution de la profession et des conditions de l'organisation au travail ? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, avril 2010, vol. 58, n° 2 : p. 89-99.
- [21] Facy F., Rabaud M. Évolution des conduites addictives illicites sur le temps de la vie professionnelle. *Archives des maladies professionnelles*, mai 2006, n° 67 : p. 207-211.
- [22] Fleury B. (dir.). L'alcool et le travail [dossier]. *Alcoologie et addictologie*, 2000, vol. 22, suppl. 4 : p. 1S-56S.
- [23] Dano C., Enroul P., Penneau-Fontbonne D. Conduite addictive en milieu professionnel : les rôles du médecin du travail. *Le concours médical*, 15 janvier 2010, n° 1 : p. 26.
- [24] Demotière G., Fleury B., Hispard E. Interventions à la table ronde « Addictions et travail : de l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire ». Colloque de la SFA « Alcool, addictions et travail », Paris 22-23 octobre 2009. Paris : SFA, 2009 : p. 3. Résumé : www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFAOct09_resumes.pdf
- [25] INRS. *Dossier addictions et travail* [page internet], août 2008. www.inrs.fr/dossiers/addictions.html
- [26] Durand E., Gayet C., Laborde L., Van de Weerd C., Farges E. Conduites addictives et travail. TC 121. *Documents pour le médecin du travail*, 3^e trimestre 2008, n° 115 : p. 339-361.
- [27] Club Entreprises Rhône. *Charte d'engagement. Prévention du risque routier en milieu professionnel 2009-2012*. Lyon : Club Entreprises Rhône, 2009 : 32 p. www.rhone.gouv.fr/automne_modules_files/standard/public/p827_9db39483c498bd872718e90f4f754cc9charte_clubESRVF13102009.pdf
- [28] Groupe Préal 33. Prévention du risque alcool au conseil général de la Gironde. [Communication au colloque de la SFA « Alcool, addictions et travail », Paris 22-23 octobre 2009]. Paris : SFA, 2009 : p. 8. Résumé en ligne : www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFAOct09_resumes.pdf
- [29] Direction régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle d'Aquitaine. Prévention des conduites addictives en milieu professionnel [Fiches axe risques]. In : *Plan régional santé et travail Aquitaine 2005-2009*. Bordeaux : DRTEF Aquitaine, 2005 : p. 61. www.aquitaine.travail.gouv.fr/gallery/file/2019.pdf
- [30] Budan C. Nantes : prévenir les conduites d'addiction des agents municipaux. *La Santé de l'homme*, janvier-février 2010, n° 405 : p. 10-11.
- [31] Duquesne D. Évaluer concrètement en entreprise les risques liés aux consommations de psychoactifs. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2010, vol. 71, n° 3 : p. 302.
- [32] Duquesne D. Addictions et santé au travail : intérêt de la collaboration entre médecins du travail et addictologues. Exemple des rencontres d'addictologie clinique. Résumé : www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFAOct09_resumes.pdf

- [33] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Rapport au Premier ministre*. Paris : La Documentation française, coll. Rapports officiels : 111 p.
www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2008-2011/pdf/Plan_gouvernemental_2008-2011-fre.pdf
- [34] Société française d'alcoologie, Société française de médecine du travail, sous le contrôle méthodologique de la Haute Autorité de santé. *Recommandations pour la pratique clinique en santé au travail : dépistage et gestion du mésusage des substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel (alcool, produits illicites, médicaments psychotropes, traitements de substitution aux opiacés)*. Travaux en cours (parution attendue pour 2012).
- [35] Haut Conseil de santé publique. *Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions*. Paris : La Documentation française, coll. Avis et rapports, 2010 : 348 p.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=104000219&brp_file=0000.pdf
- [36] Conseil national du travail. *Une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise. La concertation au service de la prévention*. Bruxelles : CNT, coll. Convention collective, n° 100 : 76 p.
www.cnt-nar.be/DOC-DIVERS/Alcohol%20en%20drugs/Brochure%20FR.pdf
- [37] Salamon R., Momas I., Tran B., Haury B. *Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions*. Paris : HCSP, 2010 : 284 p.
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf
- [38] INRS. *Drogues et alcool dans le monde du travail* [DVD]. Contact : audiovisuel@inrs.fr
- [39] ISTNF et Groupe régional « Addictions et entreprise », *Substances psychoactives et travail : dialoguer, agir, prévenir*. 2^e édition, Éditions Docis, 2011.
www.istnf.fr
- [40] Service de santé au travail BTP 21 (DIRECTE, CARSAT, SEDAF, DARID). *Addictions en entreprise. Boîte à outils*. [Pages internet], 2011.
www.sstbtp21.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=62&Itemid=1
- [41] MILDT, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. Assises nationales « Drogues illicites et risques professionnels », Paris, 25 juin 2010.
www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/actions-etmesures/prevention-outils/actions-2008-2011/en-milieuprofessionnel/
- [42] ARS Haute-Normandie, MILDT. *Conduites addictives en milieu professionnel : le plan d'action*. Rouen : ARS Haute-Normandie, 2010 : 23 p.
www.amsn.fr/iso_album/plan_d_action_addictions_travail+.pdf
- [43] De Lacaussade G. Les Agences régionales de santé : missions et organisation. *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2011, n° 74 : p. 17-21.
www.hcsp.fr/explore.cgi/ad741721.pdf



**ENQUÊTE « MÉDECINS GÉNÉRALISTES
ET SANTÉ AU TRAVAIL » (INPES)**

Médecins généralistes et santé au travail

D^r PIERRE VERGER
COLETTE MÉNARD
JEAN-BAPTISTE RICHARD
D^r ALAIN VIAU

CONTEXTE

La santé au travail constitue un enjeu de santé publique majeur pour lequel le médecin généraliste peut avoir un rôle important à jouer. En effet, de nombreuses maladies sont susceptibles d'affecter les salariés dans leur activité professionnelle ; de même, certaines situations professionnelles sont susceptibles d'aggraver la santé des travailleurs. Lors de l'enquête « Santé, handicap et travail » de 2007 [1], 68 % des actifs occupés déclaraient connaître un ou plusieurs problèmes de santé depuis plus de six mois et, parmi eux, près d'une personne sur deux estimait que ce(s) problème(s) étai(en)t « causé(s) ou aggravé(s) par le travail ». Les médecins généralistes sont le plus souvent les premiers consultés pour des problèmes de santé ; les Français les consultent en moyenne près de cinq fois par an [2].

En France, le nombre annuel de décès attribuables à des facteurs professionnels

a été estimé à 20 000 [3]. En 2009, selon les statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), 68 392 maladies professionnelles (MP) ont été constatées et déclarées chez les salariés du régime général et 49 341 ont été indemnisées en premier règlement [4]. Les troubles musculosquelettiques (TMS) – comprenant les affections périarticulaires (tableau des maladies professionnelles n° 57), les affections dues aux vibrations (tableau n° 69), les lésions chroniques du ménisque (tableau n° 79) et les atteintes chroniques du rachis lombaire (tableaux n° 97 et 98) – représentent 83 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues. Les maladies imputables à l'amiante (tableaux 30 et 30 bis) constituent toujours la deuxième cause de maladie professionnelle et représentent 10,7 % de l'ensemble des maladies indemnisées (5 279 cas).

Le nombre de maladies professionnelles reconnues demeure néanmoins largement inférieur aux estimations du nombre potentiel de maladies d'origine professionnelle, notamment pour les cancers professionnels, l'asthme et les TMS [4-7].

Qu'ils soient ou non liés au travail, les maladies chroniques et les accidents peuvent induire, par leurs répercussions fonctionnelles, une situation d'inaptitude au poste de travail. Le médecin généraliste (comme le spécialiste) a un rôle important pour orienter les patients vers le médecin du travail (pour les travailleurs du régime général ou agricole) ou le médecin de prévention (pour les agents des fonctions publiques)¹, lesquels ont un rôle pivot dans les enjeux de maintien dans l'emploi.

RÔLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN SANTÉ-TRAVAIL

Les médecins généralistes ont en général une bonne connaissance de la santé de leurs patients, de leurs antécédents médicaux, personnels et familiaux. Ils sont à même de prescrire les investigations nécessaires, les traitements adaptés, les arrêts de travail et de faire le pronostic sur l'évolution de la maladie de leurs patients. Ils sont chargés d'orienter leurs patients dans le système de soins mais aussi sur un plan social. Ils devraient jouer également un rôle important dans l'évocation du lien entre maladie ou symptômes et activité professionnelle, informer et accompagner leurs patients sur la déclaration de maladie professionnelle et sur leurs droits [8]. Cependant, ils ne disposent pas toujours d'éléments précis sur la nature des tâches accomplies par leurs patients dans le cadre de leur travail : il peut leur être difficile d'apprécier

le retentissement des problèmes de santé sur les capacités de travail exigées par le poste.

Afin d'apporter au patient un service médical de qualité, un contact avec le médecin du travail peut utilement être recherché. Plusieurs situations peuvent ainsi donner au médecin généraliste l'occasion de conseiller son patient et d'entrer en contact avec le médecin du travail : la visite de préreprise, la recherche d'expositions professionnelles actuelles ou passées, les déclarations de maladies à caractère professionnel et de maladies professionnelles. Par ailleurs, le médecin généraliste (comme le spécialiste) intervient dans la surveillance post-professionnelle des salariés.

Plusieurs études (en Europe et en France) ont toutefois souligné la nécessité d'améliorer la formation des médecins généralistes en santé-travail, notamment sur la législation du travail, le rôle des médecins du travail et les modalités de réinsertion des salariés [9-18].

LA VISITE DE PRÉREPRISE

La visite de préreprise est une visite médicale réalisée par le médecin du travail, pendant l'arrêt de travail du salarié ; elle est conseillée si des difficultés de reprise du travail sont prévisibles en raison de l'état de santé du patient/salarié. Elle n'est pas obligatoire et peut être demandée par le médecin généraliste ou spécialiste, le médecin conseil (Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole) ou le patient/salarié lui-même (art. R. 4624-23 du code du travail).

Cette visite permet de repérer les difficultés qui peuvent se poser et d'anticiper la recherche de solutions à mettre en œuvre : aménagement du poste, reclassement à un autre poste, sollicitation d'autres acteurs du maintien dans l'emploi... Aucun avis

1. Pour les travailleurs indépendants, il n'y a pas de prise en charge spécifique sauf s'ils ont souscrit une assurance particulière « risques professionnels ».

d'aptitude n'est délivré à l'issue de cette visite. Pour être efficace, elle doit être demandée précocement, avant la fin de l'arrêt de travail. Une concertation entre médecin du travail, médecin conseil et médecin généraliste ou spécialiste est souhaitable dans l'intérêt du patient/salarié et avec l'accord de ce dernier.

La visite de préreprise ne dispense pas pour autant de la visite de reprise qui, elle, est obligatoire, doit obéir à certaines conditions et être demandée par l'employeur en vue de la délivrance d'un avis d'aptitude.

DÉCLARATION DE MALADIE À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

L'article L. 461-6 du code de la Sécurité sociale impose à tout docteur en médecine qui peut en avoir connaissance de déclarer tout symptôme d'imprégnation toxique et toute maladie ayant un caractère professionnel. Ces déclarations, faites dans un objectif de veille sanitaire, pourront être transmises au ministère chargé du Travail ou au ministère chargé de l'Agriculture par l'intermédiaire du Médecin inspecteur du travail ou du fonctionnaire qui en exerce les fonctions [19].

DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Certaines maladies d'origine professionnelle peuvent donner lieu à une prise en charge spécifique, notamment pour les salariés du régime général et du régime agricole (art. L. 461-1 et suivants du code de la Sécurité sociale, art. L. 751-7 et suivants du code rural).

Les démarches de déclaration de maladie professionnelle doivent être réalisées par la victime ou ses ayants droit. Il appartient au médecin généraliste (ou spécialiste) d'interroger le patient sur ses conditions de travail et d'établir un certificat médical initial

(formulaire Cerfa S 6909a ou 11139*01) qui doit être joint à la déclaration de maladie professionnelle (art. L. 461-5 du code de la Sécurité sociale). Le médecin indique notamment si un arrêt de travail est nécessaire, la date de reprise prévisible du travail et la durée du traitement (art. L. 441-6 et L. 461-5 du code de la Sécurité sociale) [19, 20]. Cependant, le praticien n'a pas à juger de l'imputabilité des maux constatés à l'activité professionnelle du patient. Le médecin de soins est censé s'appuyer sur les tableaux de maladies professionnelles pour compléter le certificat médical initial. Chaque tableau comporte des rubriques relatives à la pathologie, aux travaux susceptibles de provoquer l'affection, à la durée d'exposition au risque et au délai de prise en charge².

Lorsque certains critères des tableaux ne sont pas réunis, le dossier peut être examiné par un collège d'experts (Comité régional de la reconnaissance des maladies professionnelles) qui statuera sur l'existence d'un lien causal entre la maladie et les conditions de travail du patient.

REPÉRAGE DES CANCERS PROFESSIONNELS ET SURVEILLANCE POST-PROFESSIONNELLE

L'Institut de veille sanitaire (InVS) estimait en 2000 que 4 à 8,5 % des cancers étaient attribuables en France à une origine professionnelle (soit entre 11 000 et 23 000 nouveaux cas par an sur les 280 000 nouveaux cas de cancers) [6]. Un rapport de l'Académie nationale de médecine publié en 2007 estime que les cancers professionnels

2. Délai maximal entre la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque et la première constatation de l'affection. Ce délai est variable, non seulement en fonction de chaque maladie mais également parfois, pour une même cause, en fonction des manifestations ou symptômes cliniques présentés par le malade. Source : INRS www.inrs.fr/mp

représenteraient 2,5 % (3,7 % chez l'homme) des cancers survenus en France pour cette même année [21]. Selon l'enquête SUMER de 2002-2003, près de 2,4 millions de personnes seraient quotidiennement exposées à des substances cancérigènes sur le lieu de travail (soit 13,5 % des salariés) [22]. En 2009, 1 830 cancers professionnels ont été reconnus et indemnisés comme maladies professionnelles : la très grande majorité (85,6 %) étaient imputables à une exposition à des poussières d'amiante [4].

Le nombre de cancers reconnus est sous-estimé [4-7, 21]. En effet, peu de demandes de reconnaissance de maladie professionnelle sont faites pour des cancers d'origine professionnelle. Nombre de patients ignorent encore trop souvent qu'ils sont ou ont été en contact avec des produits à risques. Les médecins généralistes ou spécialistes ne recherchent pas toujours un lien possible entre la pathologie et le travail de leur patient. Il est important que les médecins puissent penser à l'origine professionnelle d'un cancer. En cas d'incertitude, le médecin peut inviter son patient à se rapprocher du médecin du travail ou l'orienter vers des services et consultations de pathologies professionnelles.

Durant leur vie active, les salariés affectés à certains travaux comportant la préparation, l'emploi, la manipulation ou l'exposition à certains agents (liste définie par l'article R. 4624-17 du code du travail), notamment des agents cancérigènes, peuvent bénéficier d'une surveillance médicale renforcée (SMR) en médecine du travail. Cette surveillance inclut des examens médicaux et paramédicaux pouvant être définis par la réglementation selon le type d'agent.

Les salariés qui ont été exposés à des agents cancérigènes et qui ne travaillent plus – retraités, demandeurs d'emploi... (article D. 461-25 du code de la Sécurité sociale) – peuvent bénéficier à leur

demande d'une surveillance médicale post-professionnelle prise en charge par leur organisme de Sécurité sociale. Cette surveillance est accordée sur attestation d'exposition (remplie par l'employeur et le médecin du travail)³, et réalisée par le médecin choisi par le patient après accord de la caisse primaire dont il dépend [19]⁴.

TRANSMISSION DES INFORMATIONS MÉDICALES ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MÉDECINS DU TRAVAIL

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret médical renvoie à deux principes majeurs : d'une part, celui du respect de la personne ; d'autre part, celui du respect de sa vie privée. Il est également à la base d'une relation de confiance entre le patient et le médecin (article 4 du code de déontologie).

Le principe est le suivant : les médecins ou professionnels de santé ne sont pas libres de se révéler des informations entre eux, **sans l'accord du malade**. Ils peuvent toutefois, « *sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* » [23].

3. L'attestation d'exposition doit être obligatoirement cosignée par l'employeur et le médecin du travail et remise, lorsqu'il quitte l'entreprise, à chaque salarié ayant été exposé à un agent chimique cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction (CMR).

4. Un imprimé (Cerfa n° 50054//01) destiné au règlement des actes doit être complété par le médecin qui doit l'adresser à la caisse primaire dont dépend le patient. Avec cet imprimé doit être remis un protocole de soins qui mentionne la nature de l'exposition subie, la nature des actes pouvant être pris en charge dans le cadre des dispositions réglementaires, ainsi que la périodicité des examens de surveillance. Si le protocole prévoit la réalisation d'examens complémentaires qui ne peuvent pas être effectués par le médecin consulté, celui-ci devra délivrer les prescriptions correspondantes au patient lors d'une première consultation, puis prendre connaissance de l'ensemble des résultats et en informer le patient.

Ces dispositions sont à intégrer avec prudence dans les modalités de collaboration entre médecin traitant et médecin du travail.

Concernant le dossier médical en santé au travail (DMST), l'article D. 4624-46 du code du travail dispose que le dossier médical – constitué au moment de la visite d'embauche par le médecin du travail et complété à chaque examen médical ultérieur – ne peut être communiqué qu'au médecin inspecteur régional du travail ou, à la demande de l'intéressé, au médecin de son choix. Cette transmission d'information suppose toutefois une demande bien identifiée, un médecin clairement désigné et l'accord par écrit du salarié, en cas de contestation éventuelle [24, 25].

Concernant le dossier médical personnel (DMP)⁵, qui centralise les informations de santé propres à chaque patient, il ne peut être transmis au médecin du travail, même avec l'accord de la personne concernée (art. L. 1111-18 du code de la santé publique) [26]. De même, le médecin traitant ne peut communiquer des informations médicales au médecin du travail **qu'avec l'accord du salarié** (dates et constatations cliniques, examens complémentaires..., voir article L. 1110-4 du code de santé publique). Cet accord se matérialise implicitement lorsque l'information transite directement par le salarié. Lorsque le médecin traitant suspecte une pathologie professionnelle, il

peut se renseigner auprès du médecin du travail (sous couvert du secret professionnel, notamment du secret de fabrication) sur le poste et les conditions de travail du salarié. Ainsi, dans la perspective de concourir aux soins du salarié/patient, et sous couvert du secret médical, un échange d'informations, à caractère médical, entre médecin traitant et médecin du travail peut être envisagé. Dans tous les cas, ce secret médical partagé ne peut être effectif qu'à la condition nécessaire et impérative de requérir le consentement libre et éclairé du patient/salarié.

Sous couvert du secret médical, l'action préventive du médecin du travail et l'action curative du médecin généraliste sont donc complémentaires, au regard de la protection de la santé du travailleur.

QUELQUES OUTILS EN SANTÉ-TRAVAIL POUR LES MÉDECINS DE SOINS

Certains sites Internet, notamment celui de l'Assurance maladie, fournissent des informations pour aider le médecin de soins dans les démarches qui lui incombent lors d'une déclaration en maladie professionnelle : définition, établissement du certificat médical initial, prise en charge des soins, indemnités journalières [27].

L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) met à disposition sur Internet une base de données « Tableaux des maladies professionnelles : guide d'accès et commentaires » [www.inrs.fr/mpj]. Il publie sous forme papier et électronique [www.dmt-prevention.fr] les « Documents pour le médecin du travail », qui peuvent apporter un soutien dans l'identification de l'origine professionnelle d'une maladie. Enfin, la brochure « Vos patients sont aussi des travailleurs » recense les questions que le médecin doit se poser quand il évoque une origine professionnelle [20].

5. Défini en partie par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé » (dite aussi loi « Kouchner » et codifiée par le code de la santé publique dans son article L. 1111-7), le DMP a été créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance maladie pour améliorer le suivi médical des patients et faciliter les échanges d'information entre professionnels de santé, afin d'éviter notamment les actes médicaux redondants ou les interactions médicamenteuses. Il n'est cependant pas obligatoire et relève du choix du patient qui en autorise la création et l'accès aux différents professionnels de santé. De ce point de vue, le DMP est conforme aux droits des patients qui posent comme principes l'information, le consentement et la confidentialité. Expérimenté depuis 2006 en région, le DMP a été officiellement déployé le 5 janvier 2011 [26]. www.dmp.gouv.fr

L'Institut national du cancer (INCa) est également une source d'information sur les cancers, notamment d'origine professionnelle [28].

En matière de recommandations de bonnes pratiques spécifiquement dédiées aux médecins, dans le domaine de la santé au travail, une « fiche d'information médecin traitant » a été élaborée et diffusée par la Haute Autorité de santé (HAS) sur l'état des données et la conduite à tenir en cas d'exposition environnementale à l'amiante [29]. Une audition publique consacrée au suivi post-professionnel après exposition à l'amiante a également été réalisée en janvier 2010 [30]. Par ailleurs, des recommandations de bonnes pratiques sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois ont été publiées sous le label conjoint HAS-INCa [31].

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le système d'information santé, travail environnement SISTEPACA [32] propose aux médecins de soins (généralistes et spécialistes) des outils pour :

- faire le lien entre maladie et travail, en priorité pour les maladies graves ou fréquentes, grâce à des fiches de conduite à tenir répertoriant les principaux métiers ou situations de travail à risque ; à partir de ces fiches, les tableaux de maladies professionnelles correspondant aux pathologies et/ou aux nuisances abordées peuvent être directement téléchargés par les utilisateurs ;
- connaître les aides qui peuvent être proposées au patient en cas de problème lié au travail, notamment lorsque la maladie ou les blessures, d'origine professionnelle ou non, peuvent avoir des conséquences sur le maintien en emploi ; le SISTEPACA souligne en particulier l'intérêt de la visite de préreprise lorsque des difficultés sont prévisibles à la reprise du travail ;
- faire connaître le suivi post-professionnel.

CONNAISSANCES SUR LES ATTITUDES ET LES PRATIQUES DES MÉDECINS DE SOINS EN SANTÉ-TRAVAIL / RELATIONS ENTRE MÉDECINS DE SOINS ET MÉDECINS DU TRAVAIL

Relativement peu de travaux ont été réalisés jusqu'à présent concernant les pratiques des médecins de soins en santé-travail et leurs relations avec les médecins du travail.

Les éléments disponibles en France permettant de connaître et de comprendre le niveau d'investissement des médecins généralistes (et spécialistes) dans les problématiques de santé au travail proviennent essentiellement des travaux réalisés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2006-2007 auprès de médecins libéraux généralistes et spécialistes⁶ [33-35]. Ces travaux ont notamment exploré les principales pathologies d'origine professionnelle rencontrées par ces médecins, leurs attitudes et freins vis-à-vis de leur participation au repérage et à la déclaration des maladies d'origine professionnelle, et évalué leurs besoins et leurs attentes en santé-travail.

Concernant les relations entre médecins de soins et médecins du travail, quelques études internationales ont été réalisées [11, 36, 37] notamment aux Pays-Bas [12] et en Belgique [13, 14]. En France, les pratiques de collaboration entre médecins généralistes et médecins du travail ont été explorées auprès de 180 médecins généralistes de six départements français en 1997 [15]. Ces études ont mis en évidence des enjeux d'amélioration : la connaissance de la part des généralistes des conditions de travail de leurs patients et la communication et la

6. Enquête téléphonique (réalisée après une enquête exploratoire qualitative) auprès d'échantillons représentatifs de médecins généralistes libéraux (400) et de spécialistes en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (environ 100 rhumatologues et 100 pneumologues).

coopération entre médecins généralistes et médecins du travail. Des difficultés proviennent souvent d'une méconnaissance du rôle de ces derniers, de certaines représentations à leur égard et de difficultés d'ordre pratique.

Les résultats de ces études sont importants pour cibler et définir des actions visant une meilleure sensibilisation des médecins aux problématiques de santé au travail. Afin de disposer d'indicateurs nationaux sur les connaissances, attitudes et pratiques des médecins de soins, en particulier des généralistes en France, il a été décidé d'effectuer une étude sur un échantillon représentatif de praticiens au niveau national.

Le chapitre suivant apporte un éclairage sur les principales pathologies liées au travail rencontrées en médecine générale, les sources d'information mobilisées par les médecins généralistes en santé-travail, leurs pratiques en matière d'interrogation sur les conditions de travail et de certificats de déclaration de maladie professionnelle et leurs perceptions sur les obstacles à cette déclaration. Les relations entre médecins généralistes et médecins du travail sont explorées et croisées avec les représentations des médecins du travail (données issues de l'enquête médecins du travail).

RÉSULTATS

PERCEPTION PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LEUR INFORMATION EN SANTÉ AU TRAVAIL

Dans le cadre de sa formation initiale, un médecin généraliste sur cinq (20 %) déclare avoir suivi une formation ou un diplôme universitaire (DU) en santé au travail, un pourcentage non négligeable au regard de ceux qui déclarent avoir suivi une formation en santé-environnement (5 %) ou une formation en éducation à la santé (10 %).

Dans le cadre de la formation continue, 24 % des généralistes déclarent s'être formés en santé au travail (21 % en santé-environnement et 29 % en éducation pour la santé).

Au bilan, qu'il s'agisse de formation initiale ou continue, 36 % des généralistes déclarent avoir suivi une formation en santé au travail, ceci indépendamment du sexe et de l'âge. Pour autant, les médecins généralistes, hommes comme femmes,

se déclarent plutôt mal informés sur les maladies professionnelles et les problèmes de santé au travail. Sur l'ensemble des généralistes, seuls 2 % s'estiment très bien informés, le quart (24 %) plutôt bien informés, 61 % plutôt mal informés et 13 % très mal informés.

Le fait d'avoir suivi une formation en santé au travail est associé à un sentiment significativement plus fréquent de se sentir mieux informé (38 % de ceux ayant reçu une formation en santé au travail se déclarent très ou plutôt bien informés contre 20 % de ceux non formés ; $p < 0,001$). Les médecins plus âgés se déclarent également mieux informés (29 % parmi les plus de 50 ans vs 22 % des autres ; $p < 0,05$).

CAPACITÉ À RÉPONDRE AUX QUESTIONS POSÉES PAR LES PATIENTS

Pour autant, pouvoir répondre à leurs patients sur des questions de santé au travail

n'est pas un exercice facile pour les généralistes : seuls 10 % s'estiment tout à fait en mesure de le faire, 42 % pensent pouvoir le faire, 44 % « plutôt pas » et 4 % ne « pas du tout » être en mesure de le faire. Dans les analyses toutes choses égales

par ailleurs, le sentiment de pouvoir répondre facilement aux questions des patients à propos des problèmes de santé au travail est plus fréquemment déclaré par les hommes (56 % vs 45 % des femmes, OR = 1,6 ; $p < 0,05$). S'il est significativement

TABLEAU I

Régression logistique sur le fait de répondre facilement aux questions posées par les patients en santé-travail

Variables	N	%	OR ajustés	IC
Sexe				
		**		
Homme	505	55,6	1,6*	[1,1 - 2,2]
Femme (réf.)	214	44,9	- 1 -	
Âge				
Âge (en continu)			1,0	[1,0 - 1,0]
Formés en santé travail				
		**		
Non	464	48,1	0,7	[0,5 - 1,0]
Oui (réf.)	255	60,4	- 1 -	
Sentiment d'information				

Bien informés	190	70,5	2,2***	[1,5 - 3,2]
Mal informés (réf.)	529	45,9	- 1 -	
Appartiennent à une association médicale				
Oui	379	49,6	0,7*	[0,5 - 0,9]
Non (réf.)	340	55,6	- 1 -	
Consultent les tableaux de maladies professionnelles				

Souvent	158	67,7	1,6*	[1,1 - 2,5]
Parfois / Jamais (réf.)	561	48,1	- 1 -	
Type de cabinet				
Groupe	337	52,5	1,0	[0,7 - 1,4]
Individuel (réf.)	382	52,4	- 1 -	
Dans la patientèle, % estimé de pathologies pour lesquelles le travail est un facteur causal				
5 % et moins	80	48,8	1,1	[0,7 - 1,9]
6 %-10 % (réf.)	274	50,0	- 1 -	
11 %-20 %	215	51,2	1,1	[0,7 - 1,5]
> 20 %	150	60,7	1,6*	[1,0 - 2,4]
Nombre de certificats médicaux au cours des douze derniers mois				
		*		
Aucun	136	52,2	1,3	[0,9 - 2,0]
1-4 (réf.)	364	48,1	- 1 -	
5 ou +	219	59,8	1,2	[0,8 - 1,7]
Nombre d'orientations vers le médecin du travail pour des visites de préreprise au cours des douze derniers mois				
		**		
0-3	259	44,8	0,7	[0,5 - 1,0]
4-9 (réf.)	213	55,4	- 1 -	
10 ou +	247	57,9	1,0	[0,6 - 1,4]

* : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$, *** : $p < 0,001$

Source : enquête Inpes.

associé au sentiment de se sentir plutôt bien informé sur les questions de santé au travail (OR = 2,2 ; $p < 0,001$), il est en revanche indépendant du fait d'avoir effectué une formation en santé au travail. Plus les médecins déclarent voir des pathologies en lien avec le travail, plus leur sentiment de pouvoir répondre facilement aux questions des patients est fréquent (OR = 1,6 pour les médecins déclarant un pourcentage supérieur à 20 % de leur patientèle présentant une maladie en lien avec le travail, par rapport à ceux ne déclarant qu'un pourcentage de 6 à 10 % ; $p < 0,05$). De même, plus les médecins consultent fréquemment les tableaux de maladies professionnelles, plus ce sentiment de facilité est déclaré (OR = 1,6 ; $p < 0,05$). En revanche, ce sentiment apparaît indépendant du nombre de certificats médicaux initiaux complétés en vue d'une déclaration en maladie professionnelle ou du nombre de patients adressés à un

médecin du travail pour une visite de préreprise [tableau 1].

À l'avenir, parmi les médecins non formés, six généralistes sur dix (57 %) seraient prêts à suivre une formation continue en santé au travail, volonté exprimée plus souvent parmi les femmes (66 % vs 53 % ; $p < 0,05$) et les médecins plus jeunes (64 % des moins de 50 ans vs 51 % des plus de 50 ans ; $p < 0,01$).

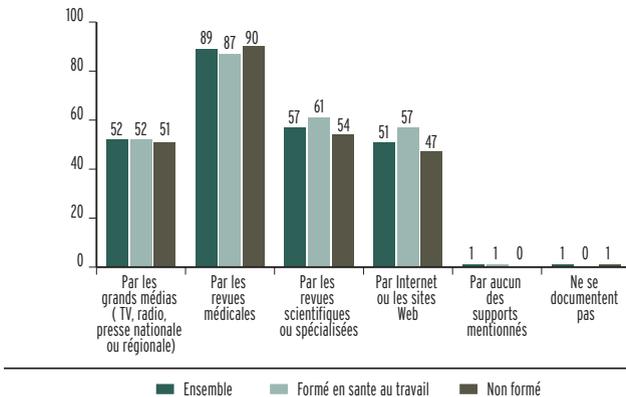
SOURCES D'INFORMATION ET DE DOCUMENTATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Pour se documenter en santé-environnement ou en santé-travail, les médecins généralistes déclarent utiliser différentes sources d'information, et principalement les revues médicales. Les médecins formés en santé au travail ou se déclarant bien informés sont plus nombreux à citer le recours à des revues spécialisées ou des sites Internet [figure 1].

FIGURE 1

Source de documentation des médecins généralistes en santé-environnement et en santé au travail

Base de 752 médecins généralistes, résultats en %



Source : enquête Inpes.

VEILLE ET SUIVI DES SALARIÉS SUR LEURS CONDITIONS DE TRAVAIL

Près de huit médecins sur dix (78 %) déclarent interroger fréquemment (« assez souvent » à « très souvent ») leurs patients sur leurs conditions de travail actuelles ; ils ne sont plus que 48 % à le faire fréquemment sur leurs conditions de travail passées [figure 2]. Les médecins les plus âgés semblent le faire plus fréquemment : 80 % des plus de cinquante ans interrogent ainsi leurs patients sur leurs conditions de travail du moment, contre 74 % des plus jeunes ($p < 0,05$) ; ils sont 54 % de plus de cinquante ans contre 40 % des plus jeunes à déclarer le faire sur les conditions de travail passées ($p < 0,001$).

Lorsqu'ils interrogent leurs patients sur leurs conditions de travail, près du tiers des

généralistes (31 %) déclarent le faire sans priorité particulière et 68 % déclarent être plus spécifiquement attentifs à certaines populations : les ouvriers (27 %), les populations précaires (11 %), les personnes de santé fragile (6 %), les migrants (4 %), les femmes (4 %) et les femmes enceintes (3 %) sont les populations les plus spontanément citées.

PATHOLOGIES LIÉES AU TRAVAIL RENCONTRÉES PAR LES GÉNÉRALISTES

Près d'un généraliste sur deux (49 %) estime que la fréquence des pathologies pour lesquelles le travail est un facteur causal (favorisant ou aggravant) concerne moins de 10 % de sa patientèle. Un généraliste sur cinq évalue cette part à plus de 20 % [figure 3].

FIGURE 2

Proportion de médecins généralistes déclarant interroger leurs patients sur leurs conditions de travail

Base de 752 médecins généralistes, résultats en %

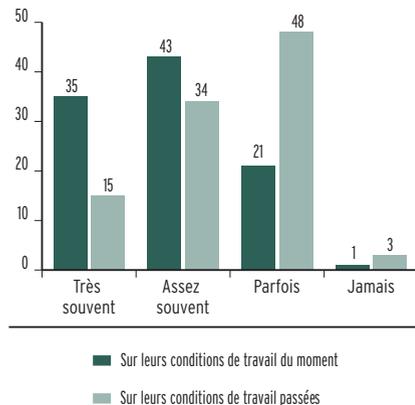
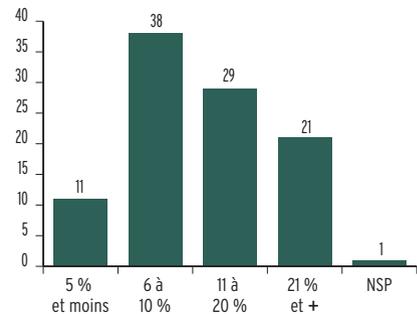


FIGURE 3

Estimation par les médecins généralistes de la fréquence des pathologies liées au travail de leur patientèle

Base de 752 médecins généralistes, résultats en % de l'ensemble des médecins



La proportion de médecins déclarant plus de 20 % de pathologies liées au travail dans leur patientèle est plus élevée parmi les femmes (26 % vs 18 % des hommes ; $p < 0,05$), ainsi que parmi les médecins déclarant être « en total accord » avec le fait qu'il est du rôle du généraliste :

- de repérer l'origine professionnelle d'une maladie (22 % contre 14 % des autres ; $p < 0,05$) ;
- d'évoquer avec les patients leurs conditions de travail (25 % contre 18 % des autres ; $p < 0,05$) ;
- de remplir des certificats médicaux initiaux de maladie professionnelle (26 % de ceux qui prescrivent cinq certificats ou plus contre 18 % des autres ; $p < 0,05$).

Les médecins formés en santé-travail apparaissent également plus nombreux

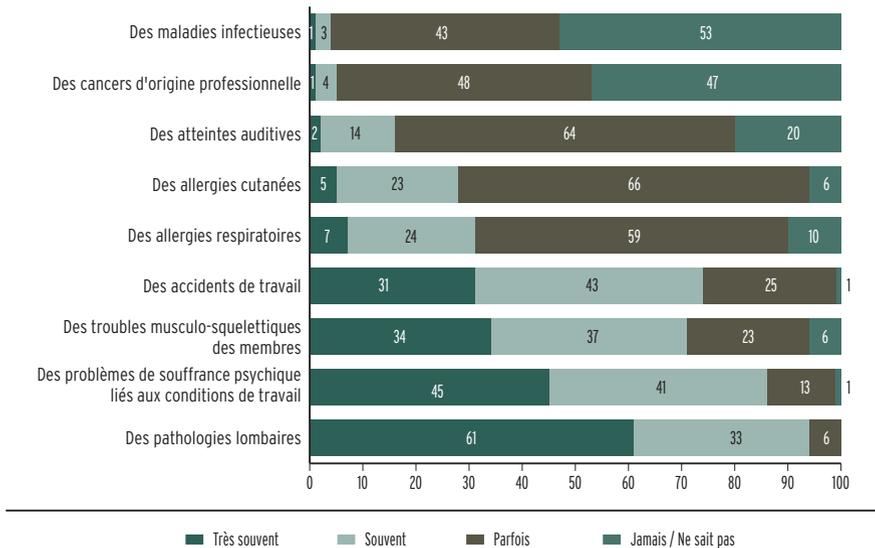
à déclarer rencontrer plus de 20 % de pathologies liées au travail dans leur patientèle (25 % vs 19 % ; $p < 0,05$).

Sur la base de la dernière année, les quatre principales pathologies liées au travail rencontrées par les médecins généralistes sont les pathologies lombaires, les problèmes de souffrance psychique liés aux conditions de travail, les troubles musculosquelettiques (TMS) des membres et les lésions consécutives aux accidents du travail : 94 % des généralistes mentionnent avoir été fréquemment confrontés à des pathologies lombaires (dont 61 % très souvent), 86 % à des problèmes de souffrance psychique (dont 45 % très souvent), 74 % à des lésions consécutives à des accidents du travail et 71 % à des TMS des membres [figure 4].

FIGURE 4

Pathologies liées au travail rencontrées par les généralistes dans les 12 derniers mois

Base de 752 médecins généralistes, résultats en %



Source : enquête Inpes.

Ces pathologies sont dans leur ensemble davantage rapportées par les jeunes médecins et, en ce qui concerne les problèmes de souffrance psychique liés au travail, sensiblement plus par les femmes (90 % contre 84 % chez les hommes; $p < 0,05$). Les allergies respiratoires ou cutanées sont, elles, plus occasionnellement rencontrées. Quant aux maladies infectieuses ou aux cancers d'origine professionnelle, près d'un médecin généraliste sur deux déclare ne pas y avoir été confronté dans l'année. Sur la base des cinq dernières années, 30 % des généralistes indiquent avoir vu des patients qui leur ont signalé avoir reçu une attestation d'exposition à des produits cancérogènes et mutagènes.

LES GÉNÉRALISTES ET LA DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Rédaction de certificats initiaux

Au cours des douze derniers mois, environ huit généralistes sur dix (82 %) déclarent avoir complété un certificat médical initial pour l'un au moins de leurs patients afin qu'il déclare une maladie profession-

nelle ; la moitié l'ont fait moins de cinq fois et près d'un tiers (31 %) cinq fois ou plus [figure 5].

Les femmes apparaissent plus nombreuses que les hommes à n'avoir rempli aucun certificat médical initial de déclaration de maladie professionnelle au cours des douze derniers mois (23 % vs 17 % ; $p < 0,05$). Sur l'ensemble des médecins⁷, le nombre moyen de certificats médicaux initiaux complétés est de cinq sur l'année écoulée.

Un médecin sur cinq parmi ceux ayant rédigé un certificat médical initial (20 %, soit 17 % de l'ensemble des généralistes) s'est trouvé confronté à un patient refusant d'effectuer sa déclaration de maladie professionnelle. Parmi eux, quatre généralistes sur dix (42 %) mentionnent un refus, 29 % deux refus et 29 % trois refus ou plus (soit, sur l'ensemble des médecins concernés, 2,7 refus en moyenne).

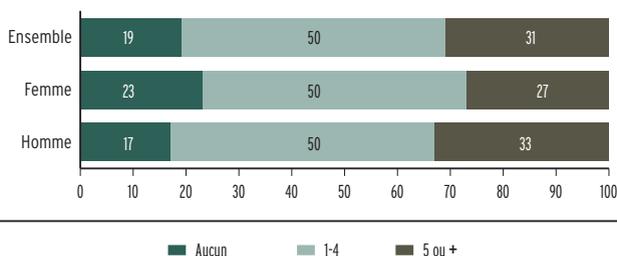
Une analyse toutes choses égales par ailleurs des facteurs associés au nombre de certificats médicaux remplis dans l'année [tableau II] indique que les femmes ont tendance à moins remplir ces certificats que les hommes (OR = 0,8 ; $p < 0,05$). Il en

7. Base : 748 médecins ayant répondu à la question.

FIGURE 5

Proportion de médecins ayant rempli des certificats médicaux au cours des 12 derniers mois, selon le sexe

Base de 748 médecins généralistes, résultats en %



Source : enquête Inpes.

est de même pour les médecins plus âgés par rapport aux médecins plus jeunes ($p < 0,05$).

Une autre analyse toutes choses égales par ailleurs a été menée pour étudier les facteurs associés au nombre de certificats médicaux par acte effectués au cours de l'année. Le ratio entre certificats et actes a été retenu pour tenir compte du lien

mécanique entre nombre d'actes réalisés et nombre de certificats remplis [tableau II].

Les médecins paraissent remplir plus souvent les certificats médicaux initiaux lorsqu'ils estiment que cela fait partie de leur rôle (OR = 1,6 ; $p < 0,001$). C'est également le cas lorsqu'ils entendent moins d'obstacles à la déclaration d'une maladie professionnelle, tant du côté des

TABLEAU II

Facteurs associés au nombre de certificats médicaux déclarés dans l'année

Variables	OR	IC	Significativité
Sexe			
Homme (réf.)	- 1 -		
Femme	0,8	[0,6 - 1,0]	*
Âge			
Âge (en continu)	0,98		*
Répondre facilement aux questions sur la santé au travail			
Oui	1,0	[0,8 - 1,2]	ns
Non (réf.)	- 1 -		
Sentiment d'information sur la santé au travail			
Bien informés	1,2	[0,9 - 1,6]	ns
Mal informés (réf.)	- 1 -		
Formés en santé travail			
Non	- 1 -		
Oui	1,0	[0,8 - 1,2]	ns
Dans la patientèle, % estimé de pathologies pour lesquelles le travail est un facteur causal			
5 % et moins	0,8	[0,6 - 1,2]	ns
6 %-10 % (réf.)	- 1 -		
11 %-20 %	1,0	[0,8 - 1,3]	ns
> 20 %	1,4	[1,0 - 1,9]	*
Obstacles à la déclaration pour les patients			
Peu	- 1 -		
Moy. (réf.)	0,7	[0,6 - 1,0]	*
Beaucoup	0,6	[0,5 - 0,8]	***
Obstacles à la déclaration pour les médecins			
Score d'obstacle (en continu)	0,91		**
Estiment que le médecin généraliste a un rôle d'aide à la déclaration de maladie professionnelle			
Oui	1,3	[0,9 - 1,8]	ns
Non (réf.)	- 1 -		
Estiment que le médecin généraliste a le rôle de remplir les certificats médicaux			
Oui	1,6	[1,2 - 2,1]	***
Non (réf.)	- 1 -		

* : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$, *** : $p < 0,001$, ns : non significatif
Source : enquête Inpes.

patients (OR = 0,6 pour les médecins déclarant beaucoup d'obstacles par rapport à ceux déclarant peu d'obstacles ; $p < 0,001$) que pour eux-mêmes (OR = 0,9 en continu ; $p < 0,01$). Enfin, les médecins déclarant les fréquences les plus élevées, dans leur patientèle, de pathologies pour lesquelles le travail est un facteur causal favorisant ou aggravant ($> 20\%$) semblent également compléter plus fréquemment des certificats médicaux initiaux (OR = 1,4 ; $p < 0,05$). En revanche, être formé en santé-travail et se sentir plutôt bien informé dans ce domaine ne semblent pas liés au fait de remplir des certificats médicaux initiaux.

Freins à la déclaration de maladie professionnelle

La déclaration de maladie professionnelle est un acte parfois difficile à réaliser pour les patients comme pour les médecins. Si 11 % des généralistes ne voient a priori aucun obstacle pour les patients à effectuer une déclaration de maladie professionnelle, une majorité (89 %) identifie cependant un ou plusieurs freins [figure 6]. Sept médecins sur dix (72 %)

pointent en priorité la crainte de répercussions sur la situation professionnelle et l'emploi des salariés (ce motif est également évoqué par 44 % des médecins comme un obstacle pour eux-mêmes) ; 50 % évoquent la complexité des démarches administratives et près de quatre médecins sur dix (36 %) soulignent que les patients ne font pas le lien entre leur maladie et leur travail et ne voient pas l'intérêt de la déclaration.

En considérant l'ensemble des obstacles liés aux patients évoqués par les généralistes et en établissant un score⁸, il ressort que 35,8 % des médecins évoquent au plus un obstacle, 30,1 % en mentionnent deux et 34,2 % en citent trois à quatre, soit deux obstacles en moyenne par médecin.

Les obstacles liés aux généralistes eux-mêmes les plus fréquemment cités sont :

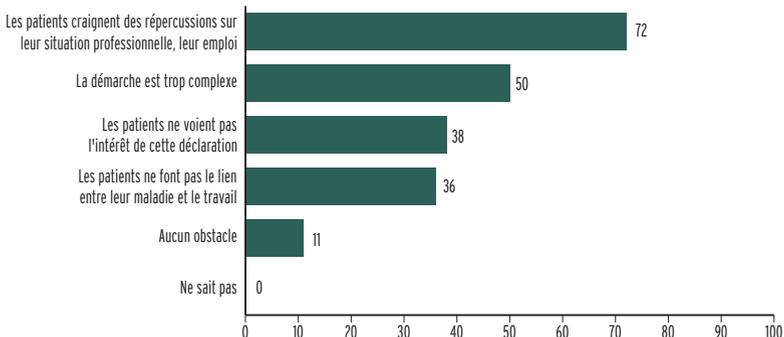
8. Les différents obstacles « patient » et « médecin » ont été scorés suivant les principes suivants :

- obstacles pour les patients : les quatre items proposés ont été codés (1 pour oui, 0 pour non), puis additionnés. Trois classes ont ensuite été créées, correspondant aux terciles de la distribution ;
- obstacles pour les médecins : les dix obstacles, initialement codés selon une échelle de Likert à quatre modalités, ont été recodés en 1 pour « tout à fait » et « plutôt », et 0 pour « plutôt pas » et « pas du tout ».

FIGURE 6

Opinions des médecins généralistes sur les obstacles des patients à effectuer leur déclaration de maladie professionnelle

Base de 752 médecins généralistes, résultats en %



Source : enquête Inpes.

la complexité des tableaux de maladies professionnelles (78 %), les difficultés de repérage de l'origine professionnelle de la maladie (74 %) et la méconnaissance des critères de déclaration (74 %). S'y ajoutent la méconnaissance des procédures administratives par les médecins (73 %) et les difficultés perçues quant à la reconnaissance administrative en maladie professionnelle (71 %) [figure 7].

En établissant le score des obstacles relevant des généralistes, il ressort qu'un médecin sur dix mentionne moins de trois

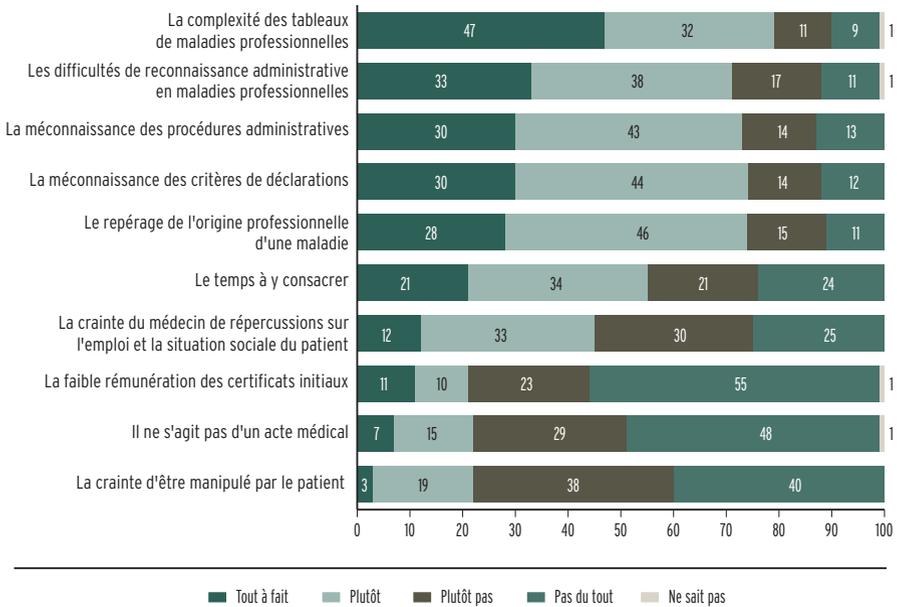
obstacles (10 %), plus de la moitié (53 %) en indiquent entre cinq et sept et 15 % en évoquent plus de huit. La moyenne des obstacles « médecins » cités est de 5,4 par médecin.

Concernant les tableaux de maladies professionnelles, un quart des généralistes (23 %) déclarent les consulter souvent (dont 7 % très souvent), 65 % parfois, mais 12 % déclarent ne jamais s'y référer. Huit généralistes sur dix (82 %) souhaiteraient disposer de questionnaires types d'aide au repérage des risques professionnels.

FIGURE 7

Opinions des médecins généralistes sur les obstacles rencontrés par les médecins par rapport à la déclaration de maladie professionnelle

Base de 752 médecins généralistes, résultats en %



Source : enquête Inpes.

RELATIONS ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MÉDECINS DU TRAVAIL

Les relations entre médecins généralistes et médecins du travail sont souvent évoquées comme empreintes d'un manque de compréhension sur les métiers, parfois défiantes, peu coopératives. Une étude réalisée aux Pays-Bas en 1998 avait déjà exploré les modalités de coopération entre ces deux professions en interrogeant simultanément des médecins généralistes et des médecins du travail [12]. Pour la première fois, en France, les regards que ces deux spécialités peuvent partager sur leurs relations de coopération sont croisés grâce à des questions similaires posées dans les deux enquêtes. Quels sont les regards portés par les uns et les autres sur ces relations de coopération ?

Regards croisés sur les relations médecins généralistes / médecins du travail

Les mêmes questions ont été posées aux médecins généralistes et aux médecins du travail sur la façon dont les médecins généralistes perçoivent les médecins du travail.

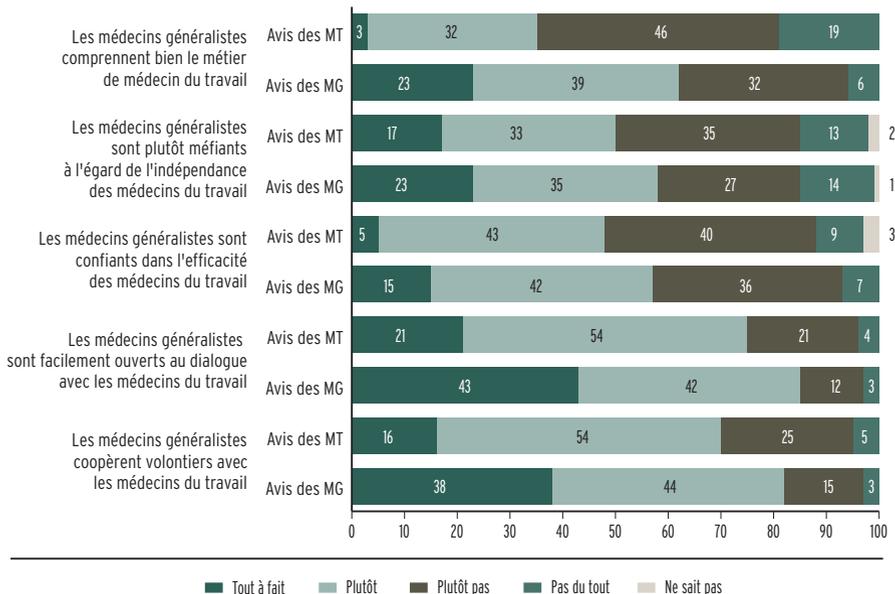
Alors que 62 % des généralistes ont le sentiment de plutôt bien comprendre le métier des médecins du travail, 65 % des médecins du travail pensent que ce n'est pas le cas ; ce sentiment est partagé par 66 % des médecins du travail ayant eux-mêmes exercé comme médecins généralistes.

La majorité des médecins généralistes (57 %) déclarent être confiants dans l'efficacité des médecins du travail, mais doutent en revanche de l'indépendance des

FIGURE 8

Regards croisés sur les relations des médecins généralistes et des médecins du travail

Bases de 752 médecins généralistes (MG) et 750 médecins du travail (MT), résultats en %



Source : enquête Inpes.

médecins du travail. Du côté des médecins du travail, 48 % partagent le sentiment que les médecins généralistes font confiance à leur efficacité et 50 % ressentent un sentiment de méfiance à leur égard concernant leur indépendance [figure 8].

Concernant les relations de dialogue et de coopération entre médecins généralistes et médecins du travail, 75 % des médecins du travail approuvent la proposition selon laquelle les généralistes sont facilement ouverts au dialogue avec les médecins du travail ; une opinion partagée par 85 % des médecins généralistes (dont 43 % de « tout à fait d'accord »). De la même façon, 70 % des médecins du travail et 82 % des généralistes estiment que les généralistes coopèrent volontiers avec les médecins du travail.

Les médecins du travail appartenant à un service autonome sont plus nombreux à déclarer que les généralistes sont méfiants à l'égard des médecins du travail (70 % vs 52 % des médecins des autres services de

santé au travail ; $p < 0,001$) ; 41 % estiment que les généralistes manquent d'ouverture au dialogue avec les médecins du travail (vs 23 % des médecins des autres services de santé au travail ; $p < 0,001$) et 45 % jugent négativement les relations de coopération des généralistes avec les médecins du travail (vs 27 % des médecins des autres services de santé au travail ; $p < 0,001$).

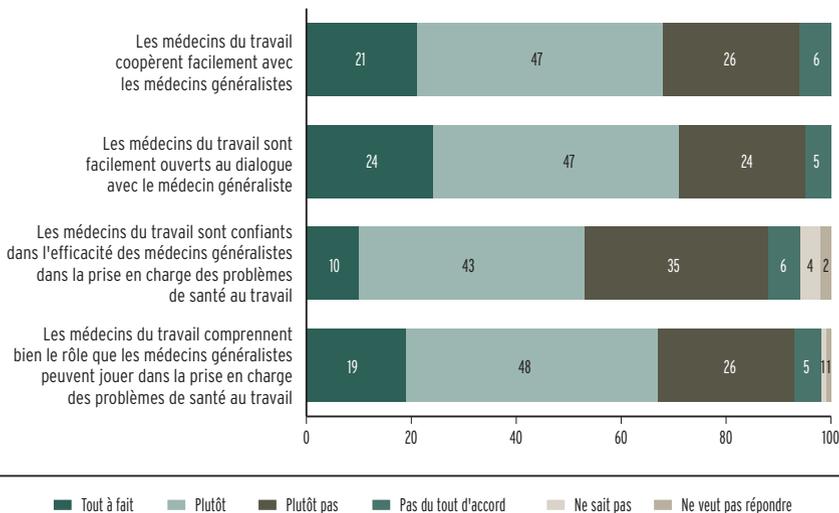
Opinions des généralistes sur la perception de leur métier par les médecins du travail et sur les relations de coopération

Deux tiers (67 %) des médecins généralistes ont le sentiment que les médecins du travail comprennent bien le rôle qu'ils peuvent jouer dans la prise en charge des problèmes de santé au travail et 53 % ont le sentiment que leurs confrères médecins du travail sont confiants dans leur efficacité en ce domaine [figure 9]. De leur côté, seuls 35 % des médecins du travail pensent être

FIGURE 9

Opinions des médecins généralistes sur les médecins du travail

Base de 752 médecins généralistes, résultats en %



Source : enquête Inpes.

véritablement compris dans leur métier par les généralistes et 48 % perçoivent un sentiment de confiance dans leur efficacité de la part de leurs confrères généralistes.

Concernant le dialogue et la coopération, les opinions des généralistes et des médecins du travail sont convergentes [figures 8 et 9] : 71 % des généralistes sont d'accord pour dire que les médecins du travail sont ouverts au dialogue ; 68 % pour dire que les médecins du travail coopèrent facilement avec les généralistes.

Dans l'ensemble, les opinions des médecins généralistes à l'égard des médecins du travail sont encore plus positives lorsqu'ils s'estiment bien informés (« très bien » ou « plutôt bien ») sur les maladies professionnelles et les problèmes de santé au travail. En revanche, elles ne sont pas associées au fait d'avoir suivi ou pas une formation en santé au travail.

Scores de confiance et de perception accordés par les généralistes aux médecins du travail

Afin d'évaluer d'une part la confiance des généralistes à l'égard des médecins du travail, et d'autre part leur perception de l'opinion que les médecins du travail ont des généralistes, deux scores ont été calculés : un score de confiance et un score de perception (voir encadré ci-dessous).

La distribution du score de perception apparaît moins régulière que celle du score de confiance [figure 10].

L'analyse du lien entre ces opinions et plusieurs variables caractérisant les médecins généralistes [tableau III] semble indiquer que le score de confiance des généralistes est indépendant de leur âge, sexe, sentiment d'information, volume quotidien d'actes, nombre de certificats médicaux initiaux complétés pour une déclaration de maladie professionnelle, participation à un réseau de santé, ainsi que du fait d'avoir suivi une formation en santé-travail. En revanche, le score de perception apparaît positivement associé au sentiment d'information des généralistes en santé-travail ($p < 0,001$), et plus élevé chez les hommes ($p < 0,05$).

SCORES DE CONFIANCE ET DE PERCEPTION

Score de confiance : un score de la confiance accordée par les généralistes aux médecins du travail a été construit à partir de cinq questions codées de 0 (méfiant) à 3 (confiant), les réponses « ne sait pas » étant codées 1,5. Le score obtenu est ainsi une variable continue prenant des valeurs de 0 à 15, d'une valeur moyenne de 9,2.

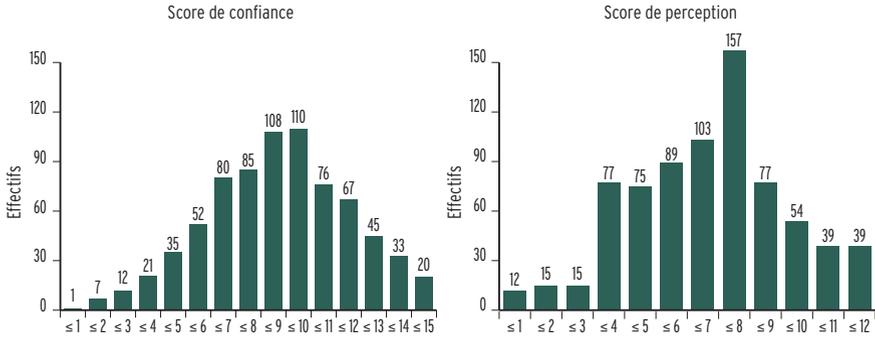
Score de perception : un score de perception par les généralistes de l'opinion des médecins du travail sur leurs interactions a été construit à partir de quatre questions codées de 0 (méfiant / pas de coopération)

à 3 (confiants / ouverts au dialogue), les réponses « ne sait pas » étant codées 1,5. Le score obtenu est ainsi une variable continue prenant des valeurs de 0 à 12, d'une valeur moyenne de 7,1.

Analyses de variance : afin de tester l'influence des variables explicatives, des analyses de variance à un facteur ont été réalisées. Pour prendre en compte l'écart à la normalité de la distribution des scores, des analyses non paramétriques (test de Kruskal-Wallis) ont également été menées, sans toutefois apporter de modifications sur les résultats obtenus.

FIGURE 10

Distributions des scores de confiance et de perception accordés par les généralistes aux médecins du travail



Source : enquête Inpes.

TABLEAU III

Résultats d'analyses de variance à un facteur menées sur les deux scores (confiance et perception) comme variables dépendantes

	Score de confiance	Score de perception
Sexe	ns	*
Homme	-	-
Femme	-0,2	-0,4
Classe d'âge	ns	ns
< 45 ans	-	-
45-50 ans	-0,4	0,7
> 50 ans	-0,2	-0,1
Sentiment d'information en santé au travail	ns	***
Bien informé	0,4	0,7
Mal informé	-	-
Nombre d'actes médicaux par jour	ns	ns
20 ou -	-	-
21-25	-0,3	-0,2
26 ou +	0,0	-0,2
Nombre de certificats médicaux remplis (12 derniers mois)	ns	ns
0	-	-
1-4	0,0	0,0
5 ou +	0,2	0,3
Participe à un réseau de santé	ns	ns
Oui	-	-
Non	0,2	0,1
Formé en santé au travail	ns	ns
Oui	-	-
Non	0,2	0,0

Niveaux de significativité : * : p<0,05 ; *** : p<0,001 ; ns : non significatif.

Source : enquête Inpes.

Perception du rôle du médecin généraliste en santé-travail

Concernant l'implication des généralistes dans la prise en charge des problèmes de santé liés au travail, les médecins du travail comme les généralistes s'accordent à près de 90 % sur le fait que le rôle des généralistes se situe en priorité sur le dépistage des patients à risque de maladies chroniques, le repérage des usagers en situation de risque avec l'alcool, le repérage et l'accompagnement des patients en souffrance psychique, les conseils d'éducation pour la santé, le repérage des consommateurs de cannabis et autres drogues [figure 11]. Les femmes sont significativement plus nombreuses à être « tout à fait d'accord » avec l'affirmation du rôle du généraliste dans le repérage des usagers de cannabis et autres drogues (48 % des femmes vs 34 % des hommes chez les médecins du travail, $p < 0,001$; 50 % des femmes vs 41 % des hommes chez les généralistes, $p < 0,05$).

En revanche, sur le plan plus particulier du suivi des patients et des aspects de la santé au travail, certaines différences apparaissent. Si 95 % des généralistes et 82 % des médecins du travail sont favorables à ce que les généralistes évoquent avec leurs patients leurs conditions de travail, seuls 31 % des médecins du travail en sont « tout à fait d'accord » (contre 57 % des généralistes). Chez les généralistes, l'opinion « tout à fait d'accord » est d'autant plus fréquente qu'ils déclarent interroger leurs patients sur leurs conditions de travail actuelles ou passées ($p < 0,001$) et réaliser peu d'actes par jour (62 % chez les médecins réalisant 1 à 20 actes par jour, contre 53 % chez les autres ; $p < 0,05$).

Les médecins du travail sont également moins fréquemment favorables à l'implication des généralistes dans le repérage de l'origine professionnelle d'une maladie (59 % d'accord contre 82 % chez les généralistes) ou le dépistage d'une maladie après

exposition à un risque professionnel (54 % d'accord contre 76 % chez les généralistes). Par ailleurs, sur ce dernier point, les femmes généralistes sont moins souvent d'accord que les hommes avec l'implication du médecin généraliste dans le dépistage d'une maladie professionnelle (69 % d'accord contre 79 % chez les hommes ; $p < 0,01$).

Concernant le rôle des médecins généralistes dans l'aide à la déclaration d'une maladie d'origine professionnelle, 86 % des généralistes et 89 % des médecins du travail sont d'accord. En revanche, 69 % des généralistes (contre 84 % des médecins du travail) estiment qu'il est du rôle du généraliste de remplir le certificat médical initial lors de la déclaration de maladie professionnelle.

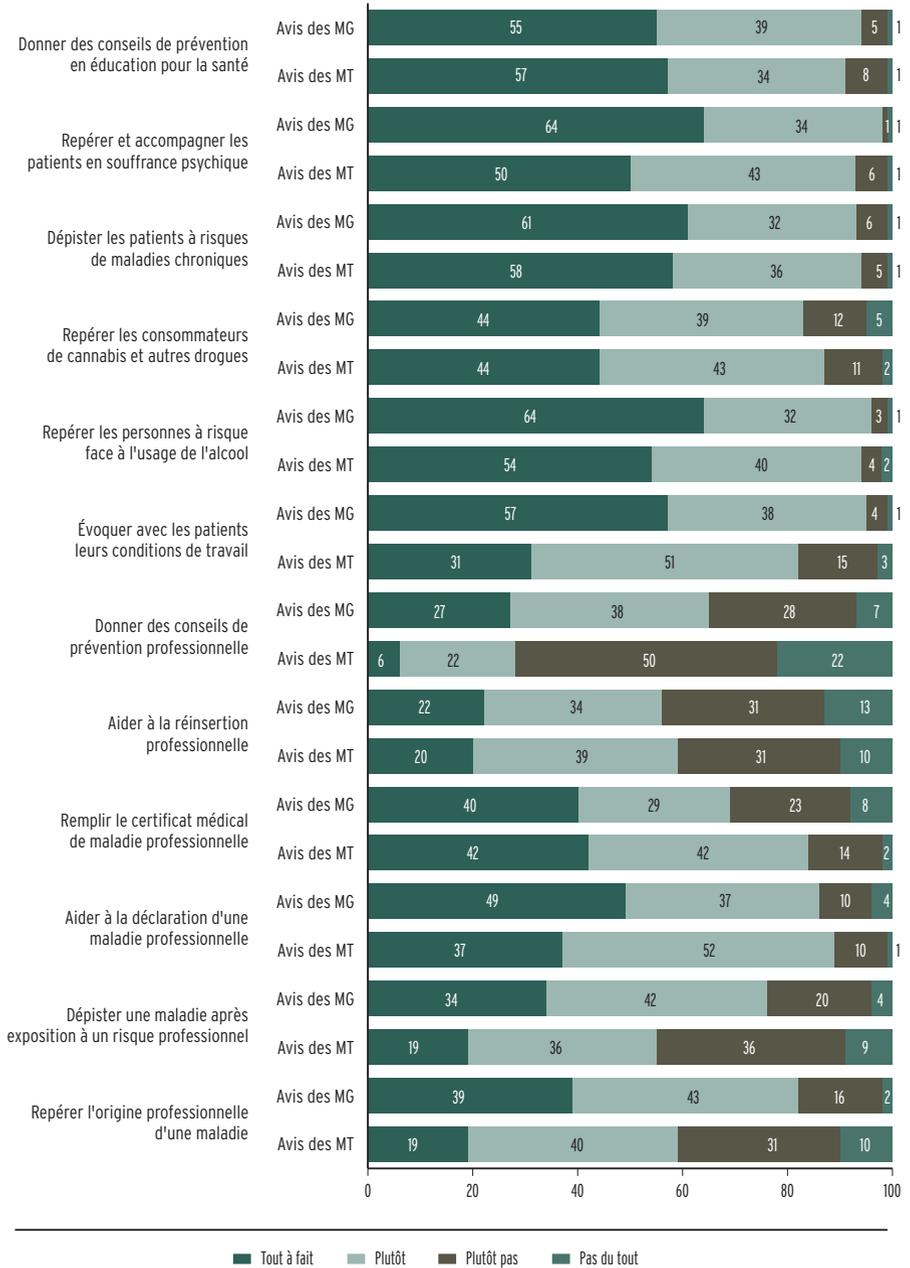
En termes de conseils de prévention, si l'éducation à la santé est unanimement reconnue comme relevant du rôle du généraliste, le champ des conseils de prévention professionnelle est sujet à de fortes oppositions : alors que 65 % des généralistes se déclarent favorables à ce que leur profession s'investisse dans cette dimension, 72 % des médecins du travail estiment qu'elle ne relève pas du rôle des généralistes.

En matière de prévention tertiaire, près de six médecins sur dix (56 % des généralistes et 59 % des médecins du travail) s'accordent sur le fait que le généraliste a un rôle à jouer pour aider à la réinsertion professionnelle des patients, une opinion davantage partagée par les médecins du travail des services autonomes (72 % vs 59 % des autres services ; $p < 0,01$) et ceux qui ont préalablement exercé comme généraliste (64 % vs 55 % ; $p < 0,01$). Les autres opinions des médecins du travail ne présentent guère de différence significative selon leur appartenance aux divers types de services de santé au travail et ne sont pas modifiées par le fait d'avoir ou non déjà exercé comme généraliste.

FIGURE 11

Perception du rôle du médecin généraliste en santé au travail

Résultats en %



Source : enquête Inpes.

TABLEAU IV

Résultats d'une régression logistique ayant pour variable dépendante le fait de penser que les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la prise en charge des problèmes de santé au travail

Variabiles	N	%	OR ajustés	IC
Sexe				
Homme	526	47,0	0,9	[0,6 - 1,3]
Femme (réf.)	222	46,4	- 1 -	
Âge				
Âge (en continu)			1,02*	[1,01 - 1,03]
Formé en santé au travail				
**				
Non (réf.)	475	42,5	- 1 -	
Oui	273	54,2	1,4*	[1,1 - 2,0]
Sentiment d'information sur les problèmes de santé au travail				

Bien informé	198	58,6	1,7**	[1,2 - 2,4]
Mal informé (réf.)	550	42,5	- 1 -	

Niveaux de significativité : ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif.
Source : enquête Inpes.

Chez les médecins généralistes, un score global (sommant leurs réponses sur l'importance de leur rôle dans la prise en charge des problèmes de santé au travail) a été calculé à partir des douze questions correspondantes (0 : aucun rôle ; 36 : rôle important ; alpha de Cronbach : 0,8), puis transformé en une variable à deux catégories. Une analyse toutes choses égales par ailleurs [tableau IV] montre que l'adhésion des généralistes au rôle qu'ils peuvent être amenés à jouer augmente avec l'âge (OR = 1,02 en continu ; $p < 0,05$), le fait d'être formé en santé au travail (OR = 1,4 ; $p < 0,05$) et le sentiment d'être plutôt bien informé en santé au travail (OR = 1,7 ; $p < 0,01$).

Fréquence des sollicitations des médecins du travail par les généralistes

Les principaux motifs pour lesquels les médecins du travail se sont déclarés « assez souvent ou très souvent » sollicités par les

généralistes sont, par ordre décroissant : les visites de préreprise (pour 44 % des médecins du travail), les problèmes d'aptitude au poste d'un patient (29 %), les problèmes de santé psychique comme le stress ou la dépression (29 %), une suspicion de maladie liée au travail (19 %) et les pathologies chroniques (16 %). Sur ces thèmes, seul un quart au maximum (entre 8 % et 24 %) des médecins du travail déclarent n'être jamais sollicités [figure 12].

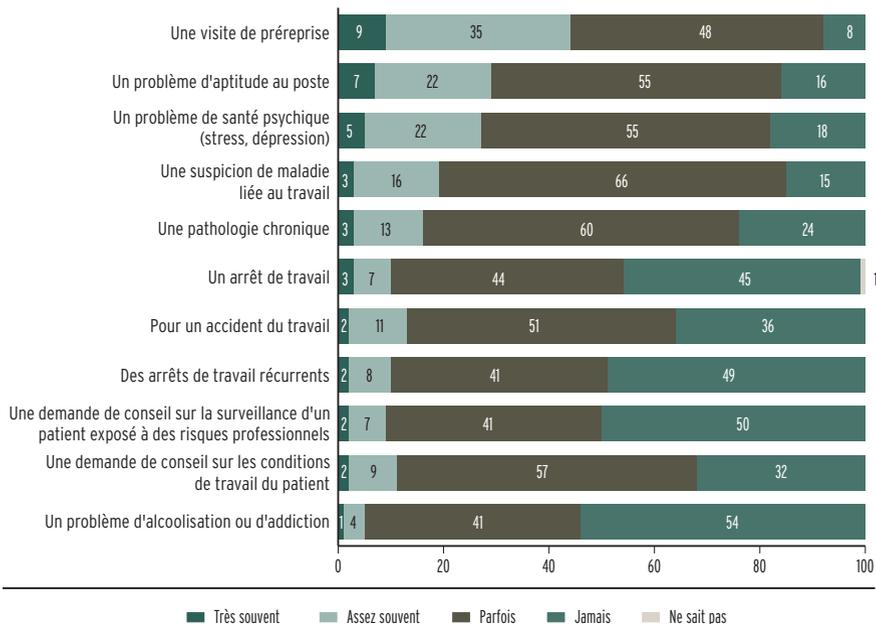
D'autres motifs (une demande de conseil sur les conditions de travail du patient, un accident du travail) donnent lieu à des contacts plus occasionnels ; un tiers des médecins du travail ne sont jamais sollicités pour ces motifs.

Sur d'autres sujets (problème d'alcoolisation ou de conduite addictive, demande de conseils sur la surveillance d'un patient exposé à des risques professionnels, arrêts de travail récurrents), environ la moitié des médecins du travail disent ne jamais être sollicités par les généralistes (54 %, 50 % et 49 % selon les sujets mentionnés).

FIGURE 12

Opinions des médecins du travail sur la fréquence de leurs sollicitations par les médecins généralistes

Base de 750 médecins du travail, résultats en %



Source : enquête Inpes.

Ces opinions sont confirmées par les déclarations des généralistes.

Les priorités des sujets des contacts déclarés par les généralistes sont bien les mêmes que celles mentionnées par les médecins du travail [figure 13].

En cas d'arrêts de travail récurrents, sept généralistes sur dix (71 %) déclarent (souvent ou très souvent) suggérer à leurs patients de prendre contact avec leur médecin du travail ; 49 % sollicitent une visite de préreprise lorsqu'un patient est en arrêt maladie prolongé (alors que 15 % déclarent ne jamais le faire). Interrogés sur les douze derniers mois, 11 % des généralistes n'ont jamais eu l'occasion d'adresser un patient à un médecin du travail pour une visite de préreprise, 50 % l'ont fait entre une et six fois, 21 % entre sept et dix fois, 15 % plus de dix fois [figure 14]. Parmi les

généralistes ayant adressé un patient à un médecin du travail pour une visite de préreprise, la moyenne des patients adressés est de 7,8 (contre 7 sur l'ensemble des généralistes).

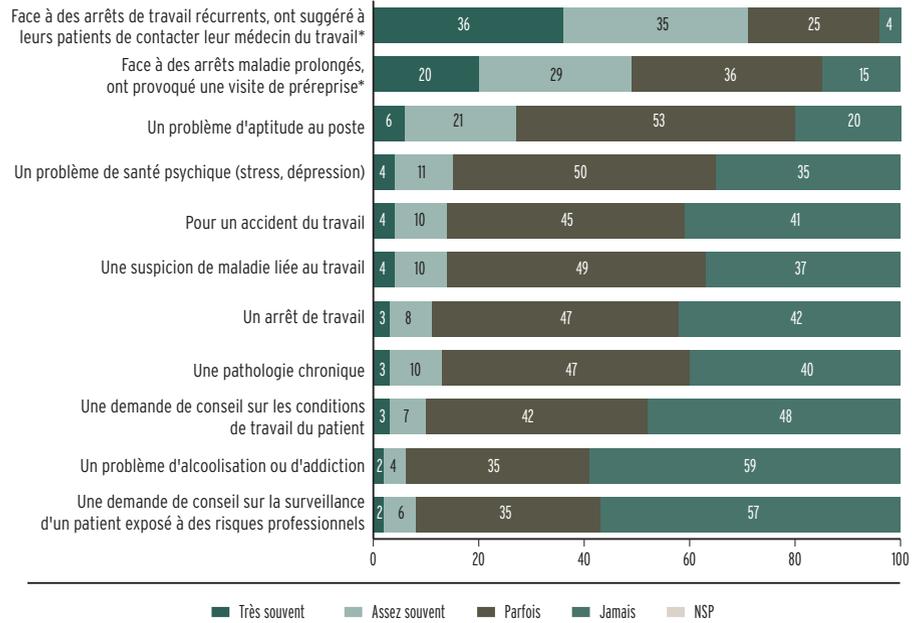
Des analyses toutes choses égales par ailleurs montrent que les généralistes hommes ont tendance à moins fréquemment adresser leur patients pour une visite de préreprise au médecin du travail que les femmes (OR = 0,7 ; p<0,05). Cette pratique est par ailleurs d'autant plus déclarée :

- que le score de confiance des généralistes à l'égard des médecins du travail est élevé ;
- que les généralistes reconnaissent leur rôle dans la réinsertion professionnelle des patients (OR = 1,5 ; p<0,01) ;
- que leur nombre d'actes quotidiens est élevé (OR = 1,8 pour 26 actes et plus par rapport à 21-25 actes ; p<0,001) ;

FIGURE 13

Sollicitations des médecins du travail effectuées par les médecins généralistes dans les 12 derniers mois

Base de 752 médecins généralistes, résultats en %



* Seules ces questions ne se rapportaient pas aux douze derniers mois.

Source : enquête Inpes.

■ qu'ils travaillent en réseau (OR = 1,6 ; $p < 0,01$) ou en cabinet de groupe (OR = 1,5 ; $p < 0,05$) [tableau V].

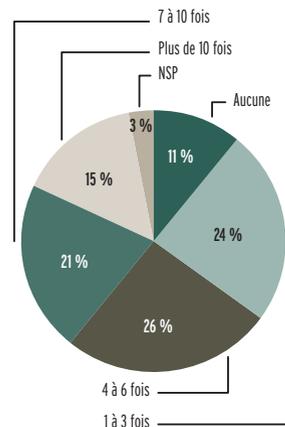
Après les visites de préreprise, les généralistes confirment que les sollicitations les plus fréquentes qu'ils effectuent auprès des médecins du travail (assez ou très souvent) concernent les problèmes d'aptitude au poste (27 % y ont eu recours au cours des douze derniers mois) et les problèmes de santé psychique comme le stress ou la dépression (15 %) [figure 13].

Concernant les accidents de travail, 59 % des généralistes déclarent avoir sollicité au moins une fois dans l'année un médecin du travail. Parmi eux, plus de la moitié (55 %), soit près du tiers de l'ensemble des médecins (31 %), a eu entre

FIGURE 14

Fréquence des sollicitations des médecins du travail par les médecins généralistes pour une visite de préreprise au cours des 12 derniers mois

Base de 752 médecins généralistes, résultats en %



Source : enquête Inpes.

un et trois contacts annuels avec un médecin du travail (la moyenne des contacts s'établit à 4,9 sur l'ensemble des médecins concernés⁹).

Il en va sensiblement de même en ce qui concerne les arrêts de travail : 58 % des généralistes évoquent avoir sollicité au moins une fois dans l'année un médecin du travail pour un arrêt de travail de l'un de ses patients. Parmi eux, trois quarts (74 %), soit 43 % de l'ensemble des médecins, déclarent avoir contacté entre une et cinq fois un médecin du travail pour ce motif.

En moyenne, les médecins concernés ont sollicité cinq fois un médecin du travail

au cours des douze derniers mois pour un arrêt de travail, soit 2,8 contacts par an pour l'ensemble des généralistes.

Les généralistes confirment en revanche être peu souvent amenés à solliciter un médecin du travail pour un conseil sur les conditions de travail d'un patient ou la surveillance d'un patient exposé à un risque professionnel (respectivement 48 % et 57 % ne l'ont jamais fait dans l'année). De même, le pourcentage de généralistes ayant eu l'occasion de solliciter un médecin du travail pour un problème d'alcoolisation ou de conduite addictive se limite à 40 % des généralistes ; les médecins du travail confirment n'être sollicités le plus souvent qu'occasionnellement (41 %) sur ces sujets par les généralistes.

9. Cinq pour cent des médecins concernés n'ont pas été à même de se prononcer sur le nombre de sollicitations effectuées.

TABLEAU V

Facteurs associés au fait que les médecins généralistes initient souvent une visite de préreprise

Variables	N	%	OR ajustés	IC
Sexe				
Homme	514	46,9	0,7*	[0,5 - 1,0]
Femme (réf.)	219	51,1	- 1 -	
Âge				
Âge (en continu)			1,0	[1,0 - 1,0]
Formé en santé travail				
*				
Non	465	44,7	0,8	[0,6 - 1,1]
Oui (réf.)	268	54,1	- 1 -	
Sentiment d'information				
**				
Bien informé	197	56,3	1,3	[0,9 - 1,9]
Mal informé (réf.)	536	45,1	- 1 -	
Nombre d'actes / jour				

20 et -	293	38,9	0,7	[0,5 - 1,0]
21-25 (réf.)	183	46,4	- 1 -	
26 et +	257	59,9	1,8**	[1,2 - 2,6]
Travaille en réseau				

Oui	285	56,1	1,6**	[1,2 - 2,2]
Non (réf.)	448	43,1	- 1 -	
Répond facilement aux questions des patients sur des problèmes de santé au travail				
**				
Oui	381	53,3	1,3	[0,9 - 1,8]
Non (réf.)	352	42,6	- 1 -	
Type de cabinet				
**				
Groupe	342	53,8	1,5*	[1,1 - 2,0]
Individuel (réf.)	391	43,2	- 1 -	

TABLEAU V (SUITE)

Score de confiance des médecins généralistes à l'égard des médecins du travail				
Score de confiance à l'égard des MT (en continu)			1,1**	[1,0 - 1,1]
Rôle des médecins généralistes d'aider à la réinsertion professionnelle des patients				

Oui	410	53,7	1,5**	[1,1 - 2,1]
Non (réf.)	323	41,2	- 1 -	
Rôle des médecins généralistes de dépister les patients à risques de maladies chroniques				
Oui	689	48,0	0,7	[0,4 - 1,4]
Non (réf.)	44	50,0	- 1 -	
Rôle des médecins généralistes de repérer et accompagner les patients en souffrance psychologique				
Oui	713	48,1	0,9	[0,3 - 2,4]
Non (réf.)	20	50,0	- 1 -	

Niveaux de significativité : * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; ns : non significatif.
Source : enquête Inpes.

DISCUSSION

FORMATION DES MÉDECINS ET CAPACITÉ À RÉPONDRE AUX QUESTIONS DES PATIENTS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ-TRAVAIL

Un généraliste sur cinq a déclaré avoir reçu une formation initiale en santé au travail et seul un quart avoir suivi au moins une formation continue en santé au travail. Ce dernier pourcentage semble faible si l'on considère que la question était posée sur une période non limitée dans le temps. Dans l'enquête en région PACA de 2007, 15 % des généralistes, 28 % des rhumatologues et 38 % des pneumologues avaient déclaré avoir suivi une formation continue dans le domaine de la santé au travail au moins une fois au cours des cinq dernières années [33].

Les besoins de formation continue des généralistes sont d'autant plus importants que la formation initiale en santé-travail est limitée : les résultats de la présente enquête confirment les attentes des généralistes en la matière puisque 57 % de ceux qui n'ont

pas suivi une formation médicale continue en santé travail se sont déclarés prêts à se former dans ce domaine.

Ces résultats sont à rapprocher du faible volume d'heures consacré à la santé au travail durant les six années de formation initiale en médecine : 9 heures en moyenne (avec toutefois des variations entre les facultés de médecine). Cet enseignement est principalement abordé sous l'angle des pathologies professionnelles, les aspects concernant l'environnement de travail et le monde de l'entreprise n'étant pas traités.

Les avis sont partagés concernant le moment le plus propice pour enseigner la santé au travail. Pour certains, c'est dès les premières années qu'il faut sensibiliser les étudiants. Pour d'autres, l'enseignement devrait être le plus proche possible du moment où ils choisissent leur spécialité, c'est-à-dire à l'issue des épreuves classantes nationales. Le diplôme d'études spécialisées de médecine du travail est, en formation initiale, la seule voie de reconnaissance de cette spécialité et de l'exercice professionnel

dans l'ensemble des secteurs d'activité médicale.

Les auteurs du rapport Dellacherie [38] ont estimé indispensable et recommandé aux pouvoirs publics de renforcer l'enseignement en santé au travail dans la formation des futurs médecins généralistes. S'agissant des autres spécialités, ils ont recommandé de décliner le lien entre le travail et la santé dans des sessions spécifiques, à chaque fois qu'une pathologie peut avoir une origine professionnelle.

Le Plan national santé environnement 2009-2013 (PNSE 2, action 55) [39] et le Plan santé au travail 2010-2014 (PST 2) [40] recommandent désormais d'intégrer dans les cursus de formation initiale des généralistes la formation en santé-environnement et santé-travail (notamment l'identification des maladies professionnelles) et de favoriser la formation continue dans ces domaines. Dans le PST 2, il est écrit qu'une concertation devrait être recherchée entre les ministères en charge de la Santé, de l'Enseignement supérieur et les Conseils nationaux de la formation médicale continue (CNFMC).

Dans la présente enquête, le pourcentage de 52 % de médecins généralistes s'estimant en mesure de « répondre facilement à des questions posées par des patients à propos de problèmes de santé au travail » peut paraître relativement élevé au vu du faible pourcentage de médecins formés et du nombre limité d'outils et de recommandations spécifiquement destinés aux généralistes pour leur pratique professionnelle en santé au travail. Ce sentiment est plus fréquent chez les généralistes qui consultent les tableaux de maladies professionnelles ou rapportent un pourcentage élevé de maladies liées au travail dans leur patientèle (> 20 %) : ce résultat suggère que les médecins les plus « à l'aise » sont ceux qui ont développé une expérience dans le domaine santé-travail.

PRATIQUES D'INTERROGATOIRE DES PATIENTS SUR LEURS CONDITIONS DE TRAVAIL

Trois généralistes sur quatre (78 %) déclarent interroger fréquemment leurs patients sur leurs conditions de travail actuelles et la moitié déclarent le faire sur les conditions de travail passées. Ces chiffres sont très proches de ceux de l'enquête en région PACA en 2007 (respectivement 86 % et 51 %). Cette enquête montrait par ailleurs que les pneumologues interrogent leurs patients sur leurs conditions de travail passées plus fréquemment que les généralistes (91 %) [33]. Ces différences de pratiques entre généralistes et pneumologues peuvent s'expliquer par le fait que ces derniers prennent notamment en charge les pathologies liées aux expositions professionnelles à l'amiante.

Concernant les généralistes, les résultats sont probablement révélateurs d'une formation insuffisante à la pratique d'interrogatoire sur les conditions de travail passées, mais aussi de contraintes de temps [11]. L'interrogatoire sur les conditions de travail passées peut en effet s'avérer difficile à réaliser, notamment lorsque les personnes ont changé de situation de travail à de multiples reprises. Mais il peut permettre de fournir des pistes pour réaliser des examens complémentaires appropriés, orienter le patient vers une consultation de pathologie professionnelle, ou susciter son accord pour entrer en contact avec le médecin du travail¹⁰.

10. La loi sur les retraites (article 60) a introduit la notion de pénibilité du parcours professionnel et confirmé l'exigence que « le dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis, ainsi que les avis et propositions du médecin du travail ». Toutefois, la difficulté pour le médecin généraliste est que ce dossier médical en santé au travail (art. R. D4624-46 du code du travail) ne peut lui être communiqué qu'à la demande et avec l'accord de son patient.

On peut aussi évoquer un manque d'outils pour guider les médecins dans la conduite de cet interrogatoire. Pour repérer le lien entre maladie et conditions de travail, certains auteurs préconisent l'utilisation de questions de repérage (voir encadré) et de questionnaires auto-administrés que les patients complèteraient avant la consultation [11, 41]. En France, des questionnaires pour aider au repérage de certains risques professionnels ont été développés et validés,

comme le questionnaire de repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif, élaboré par un groupe de travail de la Société de pneumologie de langue française (SPLF) et de la Société française de médecine du travail (SFMT) [42]. Une plus grande diffusion de ces outils faciliterait vraisemblablement l'interrogatoire, par les médecins généralistes en particulier.

EXEMPLES DE QUESTIONS SYSTÉMATIQUES DE REPÉRAGE D'UN LIEN ENTRE MALADIE ET CONDITIONS DE TRAVAIL

- « Quel type de travail faites-vous ? »
- « Pensez-vous que vos problèmes de santé pourraient être liés à votre travail ? »
- « Est-ce que vos symptômes sont différents au travail et à la maison ? »
- « Êtes-vous actuellement exposé à des produits chimiques, des poussières, des métaux, des rayonnements ionisants, du bruit ou des gestes répétés dans votre travail ? Avez-vous été exposé à des produits chimiques, des poussières, des métaux, des rayonne-

ments ionisants, du bruit ou des gestes répétés dans votre travail ? »

- « Est-ce que des collègues de travail présentent les mêmes symptômes que vous ? »

Si une réponse positive est obtenue à l'une de ces questions, un interrogatoire approfondi de l'histoire professionnelle devrait alors être réalisé. Celui-ci devrait porter sur les métiers et les fonctions exercées, ainsi que sur les expositions aux divers types de facteurs de risques professionnels.

D'après Lax, 1998 [11]

PATHOLOGIES RENCONTRÉES

Les principales pathologies liées au travail que les médecins généralistes déclarent fréquemment rencontrer sont les pathologies lombaires, les problèmes de souffrance psychique liés aux conditions de travail et les troubles musculosquelettiques des membres.

Déjà observée dans les enquêtes en région PACA [33, 43, 44], la hiérarchie de ces pathologies est également confortée par les plaintes exprimées par les salariés dans l'enquête « Santé, handicap et travail » de 2007 [1].

La pathologie lombaire est effectivement extrêmement fréquente en population générale : jusqu'à 90 % des adultes souffrent de lombalgies à un moment ou à un autre de leur vie [45]. Si les troubles musculosquelettiques des membres sont les maladies professionnelles les plus fréquemment reconnues, il existe une importante sous-déclaration des lombalgies d'origine professionnelle. La reconnaissance de ces affections est restreinte aux lomboradiculalgies par hernie discale provoquées par des vibrations transmises au corps entier (tableaux n° 97 du régime général et n° 57

du régime agricole) ou par manutention manuelle de charges lourdes (tableau n° 98 du régime général et n° 57 bis du régime agricole) [46].

Ainsi, les tableaux de maladies professionnelles ne prennent en compte que les radiculalgies par hernies discales, alors que de nombreuses autres lombalgies peuvent être d'origine professionnelle. Ces tableaux précisent une liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies. L'exposition au risque doit avoir duré au moins cinq ans. La maladie professionnelle doit être constatée dans les six mois qui suivent la fin de l'exposition au risque et être déclarée dans les deux ans qui suivent l'évocation d'un lien avec le travail. Par ailleurs, une part importante des lombalgies aiguës survenues au cours d'un effort intense au travail est déclarée par le salarié en accident du travail. Les lombalgies représentaient environ un quart des accidents de travail avec arrêt en 2005. Ainsi, chaque année en France, plus de 100 000 lombalgies sont déclarées en accident du travail et seulement 2 500 en maladie professionnelle [47].

D'après l'enquête « Santé, handicap et travail », « *les affections lombaires ou musculosquelettiques des membres liées à des gestes répétitifs ou des efforts physiques consentis pendant le travail occasionnent beaucoup plus fréquemment des gênes dans le travail que les pathologies similaires non liées au travail. Leurs conséquences en termes de gêne dans les déplacements et la vie quotidienne apparaissent également plus marquées* » [1]. Les lombalgies et lomboradiculalgies représentent en France la première cause d'inaptitude au travail et d'invalidité avant 45 ans [48].

Concernant les problèmes de souffrance psychique liés au travail, les résultats de la présente enquête confirment la fréquence des plaintes reçues tant par les médecins du travail (voir chapitre 1) que par les

généralistes¹¹. L'évolution de ces plaintes – exprimées dans de nombreuses enquêtes [50-52] – est vraisemblablement à mettre en lien avec l'évolution des conditions de travail au cours des vingt dernières années [50, 52, 53]. Les résultats de l'enquête SUMER de 2003 ont montré que si 60 % des actifs jugent leur travail « *fortement stressant* », la prévalence observée du « *job-strain* »¹² et de l'« *iso-strain* »¹³ concernait respectivement 23 % et 14,5 % des salariés [54, 55].

Selon le sondage ANACT de 2009¹⁴, l'attitude la plus fréquente des salariés stressés au travail est le recours au médecin généraliste (consulté par 39% des personnes se déclarant stressées dans les douze derniers mois), avant celui au médecin du travail (28 %) [52]. Les répercussions physiques et mentales déclarées associées au stress (troubles du sommeil, troubles de l'appétit, augmentation des consommations de substances psychoactives, dont consommation de psychotropes, épisodes anxieux et dépressifs) expliquent que le généraliste soit un interlocuteur privilégié pour effectuer le suivi des salariés en difficulté [51, 52].

De nombreuses études épidémiologiques ont montré des liens entre les expositions professionnelles aux contraintes psychosociales et une altération de la santé mentale, notamment des troubles dépressifs [56] ; la nature causale de ces liens, généralement admise [57, 58], est cependant discutée par certains auteurs [59].

11. L'enquête Baromètre Médecins généralistes 2003 de l'Inpes avait déjà fait état de la fréquence élevée avec laquelle les généralistes se déclaraient confrontés à des patients exprimant des cas de violences et de harcèlement au travail : 82,5 % d'entre eux étaient concernés chaque mois, avec en moyenne 1,4 cas [49].

12. Le « *job strain* » est défini comme la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle.

13. L'« *iso-strain* » est défini comme la combinaison d'une forte demande, d'une faible latitude et d'un faible soutien social.

14. Enquête CSA/ANACT auprès de 1 000 salariés français actifs occupés âgés de 18 ans et plus. Échantillon représentatif constitué par la méthode des quotas, sur les critères de sexe, d'âge, de profession de l'interviewé et de statut professionnel (privé / public), après stratification par région.

Suivant la récente étude de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), les conditions de travail – sous leurs trois formes de pénibilités retenues : pénibilité physique actuelle, pénibilité physique passée et risques psychosociaux – seraient à l'origine d'un accroissement des dépenses de santé et induiraient une augmentation de la consommation ambulatoire, des arrêts de travail et des hospitalisations. Cette augmentation serait d'autant plus importante que les risques professionnels sont cumulés [60].

Concernant les cancers, seulement trois médecins généralistes sur dix indiquent avoir eu, dans les cinq dernières années, des patients leur ayant signalé avoir reçu une attestation d'exposition à des produits cancérigènes. Au cours des douze derniers mois, 53 % des généralistes indiquent avoir été confrontés à la déclaration d'au moins un cancer d'origine professionnelle. Ces chiffres ne sont cependant pas négligeables si l'on considère d'une part la sous-utilisation des dispositions prévues pour la surveillance post-professionnelle et, d'autre part, l'importante sous-déclaration de la plupart des cancers professionnels.

Le PNSE 2 [39] et le PST 2 [40] ont inscrit la prévention des expositions aux composés cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) en milieu de travail comme axes prioritaires. En complément, le Plan cancer 2009-2013 (action 12.3) prévoit d'élaborer, à l'attention des médecins du travail et des médecins traitants, des recommandations de bonnes pratiques pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des CMR [61]. Une recommandation de la Société française de médecine du travail (SFMT) pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois a été publiée sous le label conjoint HAS-INCa en janvier 2011 [31]. D'autres recommandations seront

élaborées par la Haute Autorité de santé sous le pilotage de la Direction générale du travail et applicables à l'ensemble des travailleurs, quel que soit leur statut (suivi en médecine du travail ou suivi post-professionnel) et quel que soit le professionnel de santé [62].

DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Les médecins généralistes rapportent dans la présente enquête une rédaction fréquente de certificats médicaux initiaux de déclaration de maladie professionnelle : 50 % d'entre eux ont déclaré avoir complété un à quatre certificats de ce type au cours des douze derniers mois.

Ces pratiques se différencient nettement de celles observées dans l'étude de 2007 en région PACA : 34 % des généralistes avaient alors déclaré en avoir complété un à deux seulement au cours des cinq dernières années [33]. Plusieurs hypothèses non mutuellement exclusives pourraient expliquer cette différence. Celle-ci pourrait être liée à l'utilisation d'échelles de réponses différentes entre les deux enquêtes. Des différences régionales de pratiques existent probablement. Enfin, une amélioration des pratiques de déclaration ces dernières années est possible. Bien que le taux de maladies professionnelles reconnues ait nettement augmenté ces dernières années en France, un écart de trois ans entre les deux enquêtes paraît cependant court pour expliquer les différences constatées.

Le taux de médecins confrontés à des refus de patients de déclarer leur maladie en maladie professionnelle est en revanche semblable dans les deux enquêtes (17 %). La présente enquête apporte un éclairage intéressant sur les freins à la déclaration de maladie professionnelle : les médecins en ont déclaré plus de cinq en moyenne.

Côté patient, le frein le plus fréquemment déclaré par les médecins est la crainte de répercussions sur la situation professionnelle du patient : c'est un problème effectivement déjà soulevé par divers auteurs [11, 34, 63]. Les médecins peuvent être placés face à un dilemme éthique lorsqu'ils conseillent les patients pour une déclaration de maladie professionnelle : faire reconnaître les droits des patients vis-à-vis d'une maladie professionnelle, mais avec un risque difficile à évaluer pour le médecin qu'ils perdent leur emploi ; ou bien ne pas conseiller la déclaration de maladie professionnelle, mais avec cette fois le risque d'aggravation des problèmes de santé si le salarié continue de travailler dans les mêmes conditions [34]. Face à ce type de dilemme, le médecin est souvent isolé. La collaboration avec le médecin du travail est alors essentielle : celui-ci a accès à la réalité de l'entreprise dans lequel le patient travaille et peut activer des dispositions en vue d'adapter, lorsque cela est possible, les conditions de travail du patient à son état de santé.

La complexité des démarches de déclaration de maladie professionnelle est un frein souvent avancé, aussi bien pour les patients que pour les médecins. Ceci renforce la nécessité pour les patients d'un accompagnement dans la démarche de déclaration de maladie professionnelle au cours duquel les généralistes, en tant qu'interlocuteurs privilégiés des patients, ont un rôle essentiel à jouer. Cet accompagnement devrait inclure notamment des explications sur l'intérêt de la déclaration de maladie professionnelle et sur les procédures à suivre. Pour les médecins généralistes, les difficultés observées dans la présente enquête, comme dans l'enquête PACA de 2007 (difficultés dans la consultation des tableaux de maladies professionnelles, le repérage d'une origine professionnelle

d'une maladie, la connaissance des critères de déclaration), soulignent la nécessité d'une meilleure formation mais aussi de la mise à leur disposition d'outils pratiques. Les résultats de la présente enquête plaident pour une plus grande information des médecins généralistes sur les sites et portails susceptibles d'appuyer leurs démarches en santé au travail.

Parmi les autres freins évoqués, plus de sept médecins sur dix ont souligné les difficultés de reconnaissance administrative d'une déclaration de maladie professionnelle, certainement explicables par l'absence d'information sur les suites d'une déclaration. En effet, les généralistes comme les spécialistes ne sont pas, dans le système actuel de déclaration, dans la boucle de rétro-information sur les suites données à la déclaration de maladie professionnelle faite par les patients, et les motifs de rejet des déclarations ne sont pas toujours explicites. Ceci constitue un véritable frein à l'apprentissage et la maîtrise par les médecins des procédures de déclaration et peut contribuer à décourager médecins et patients.

Les analyses toutes choses égales par ailleurs indiquent que le nombre de certificats médicaux initiaux complétés dans l'année écoulée diminue d'autant plus que la perception de freins à la déclaration pour le médecin ou pour le patient est importante. Ce résultat rejoint celui de l'enquête PACA 2007 [33]. Il souligne l'intérêt, discuté ci-dessus, d'un accompagnement des patients ainsi que d'une formation et d'une aide aux médecins dans la démarche de déclaration de maladie professionnelle pour réduire la perception d'obstacles et, si possible, les obstacles eux-mêmes.

Le nombre de certificats médicaux initiaux complétés augmente chez les médecins percevant les taux les plus élevés de pathologies liées au travail dans leur

patientèle. Ce résultat rejoint, là aussi, celui de l'étude PACA 2007 dans laquelle un lien positif était observé entre le nombre de certificats médicaux initiaux complétés et le fait, pour le généraliste, de considérer que les problèmes de santé au travail constituent un problème de santé publique dans son bassin d'exercice. Ces perceptions peuvent à la fois refléter la situation épidémiologique des risques professionnels dans le bassin d'exercice du médecin, leur connaissance par le professionnel de santé, la sensibilisation de ce dernier à ces risques et finalement son implication et ses pratiques dans ce domaine.

RELATIONS ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MÉDECINS DU TRAVAIL

Une ouverture réciproque aux relations de coopération

Pour les travailleurs ayant des problèmes de santé, de bonnes relations de coopération entre médecins généralistes et médecins du travail sont une condition nécessaire à une prise en charge de qualité. Généralistes et médecins du travail apportent des points de vue complémentaires sur les problèmes de santé et leurs causes. Leur coopération dans la prise en charge et la réhabilitation peut contribuer à réduire les arrêts de travail et favoriser une adaptation des conditions de travail à l'état de santé du travailleur, alors que l'absence de coopération contribue au résultat opposé [12].

Un des résultats les plus marquants de la présente enquête est qu'une large majorité de médecins généralistes (71 %) s'est déclarée confiante dans l'esprit de coopération et d'ouverture des médecins du travail à leur égard. Ces sentiments sont également reconnus par la majorité des médecins du travail et traduisent vraisemblablement des perspectives

favorables au développement d'échanges et de collaborations entre ces deux spécialités.

Mais de nombreux freins à dépasser

Pour autant, certains freins liés aux perceptions que ces deux professions peuvent avoir l'une de l'autre semblent exister. Les résultats de la présente enquête soulignent en effet en premier lieu l'existence d'un hiatus entre les opinions des médecins du travail et celles des généralistes sur la façon dont chacun comprend le métier de l'autre : alors que deux tiers des généralistes se perçoivent bien compris par les médecins du travail sur leur rôle à jouer dans la prise en charge des problèmes de santé liés au travail et ont le sentiment de bien comprendre le métier des médecins du travail, deux tiers (65 %) des médecins du travail se sentent incompris des généralistes. Ces résultats sont probablement révélateurs de ce que les médecins du travail ne se sentent pas suffisamment consultés par les généralistes. Il est aussi possible que ce sentiment d'incompréhension des médecins du travail soit favorisé par le contexte difficile des réformes actuelles de la médecine du travail.

Par ailleurs, des opinions négatives des médecins généralistes sur l'indépendance des médecins du travail persistent : 58 % des généralistes se sont déclarés plutôt méfiants vis-à-vis de l'indépendance des médecins du travail ; une relation de méfiance également ressentie par un médecin du travail sur deux. Ces résultats corroborent les résultats d'une autre enquête réalisée près de dix ans plus tôt en France¹⁵ [15].

15. Cette opinion à l'égard des médecins du travail ne se rencontre pas qu'en France : elle était par exemple observée dans une étude réalisée il y a une dizaine d'années auprès de médecins généralistes néerlandais, dont 47 % considéraient que les médecins du travail servent plus les employeurs que les employés [12].

Ce type de perception trouve sa source dans le mode d'organisation de la médecine du travail et de la rémunération des médecins du travail en France. Si l'indépendance professionnelle des médecins du travail est inscrite dans la loi et la déontologie médicale, l'organisation et le financement de la médecine du travail sont obligatoirement assurés par les employeurs depuis les lois du 28 juillet 1942 et du 11 octobre 1946. La France n'a pas ratifié la convention de Genève de 1985 de l'Organisation internationale du travail sur les services de santé au travail, laquelle stipule que le personnel fournissant des services en matière de santé au travail doit jouir d'une indépendance professionnelle complète à l'égard de l'employeur [64]. Le fait que le sentiment de manque d'indépendance soit davantage ressenti par les médecins du travail appartenant à des services autonomes est cohérent avec leur statut de salariés de l'entreprise dont ils ont la charge. Cependant, l'organisation des services de santé au travail – et notamment les différences d'organisation et de conditions de travail entre services interentreprises et services autonomes – est sans doute méconnue des médecins généralistes.

Enfin, les résultats de l'enquête soulignent un sentiment de doute partagé entre médecins généralistes et médecins du travail sur l'efficacité des actions de chacun (47 % chez les généralistes et 52 % chez les médecins du travail). Autant de freins qu'il convient de lever pour concrétiser les relations de coopération attendues entre ces deux professions.

Des divergences d'appréciation sur le rôle des médecins généralistes en santé-travail

Des divergences apparaissent sur la façon dont médecins généralistes et médecins du travail perçoivent le rôle des premiers

dans le domaine de la santé au travail. Une très large majorité des médecins du travail (plus de sept sur dix) n'approuvent pas le fait que les généralistes puissent donner des conseils de prévention professionnelle. Pourtant, près de deux tiers des généralistes se reconnaissent dans un rôle de prévention professionnelle, ceci rejoignant d'ailleurs les résultats de l'enquête PACA 2007 (74 % d'accord) [33]. Des divergences entre généralistes et médecins du travail existent aussi quant au rôle de dépistage d'une maladie après exposition professionnelle (respectivement 76 % et 45 % d'accord) et, dans une moindre mesure, quant au rôle de repérage de l'origine professionnelle d'une maladie (respectivement 82 % et 59 % d'accord), deux enjeux pourtant importants pour les généralistes en santé-travail.

Ces divergences suggèrent que, dans l'ensemble, les médecins généralistes se montrent plutôt disposés à investir le champ de la santé au travail alors que les médecins du travail semblent plus réticents à leur « ouvrir » ce champ. Il est possible que les médecins du travail considèrent que les tâches évoquées ci-dessus relèvent d'une expertise technique spécialisée en santé-travail dont ils ne reconnaîtraient pas la compétence aux généralistes. Cette divergence est peut-être aussi révélatrice de ce que les médecins du travail ne se sentent pas suffisamment consultés par les généralistes, notamment sur le dépistage et le repérage de maladies liées au travail. Des contenus « opérationnels » différents attribués par les généralistes et les médecins du travail, notamment à la prévention professionnelle, pourraient enfin expliquer les divergences. Celles-ci posent en tout cas la question du terrain de collaboration entre médecins du travail et médecins généralistes et de leur complémentarité.

Dans certaines circonstances (patients à la retraite ou sortis, pour diverses raisons,

de la vie active), il n'est pas possible de recourir à l'expertise spécialisée du médecin du travail. C'est le rôle des généralistes d'assurer le suivi des personnes qui ne sont plus en activité.

Des sujets de consensus cependant

Un consensus entre médecins du travail et médecins généralistes existe sur le rôle prioritaire de ces derniers dans la prise en charge des problèmes de santé au travail concernant le dépistage des patients à risque de maladies chroniques, le repérage des patients à risque face à l'usage d'alcool, le repérage et l'accompagnement des patients en souffrance psychique et les conseils en éducation pour la santé. Ces missions, déjà mentionnées par les généralistes dans l'enquête Baromètre santé Médecins généralistes 2009 de l'Inpes, concordent avec les recommandations professionnelles de pratique médicale des généralistes en matière de prévention [65-67]. Elles augurent *a priori* d'une bonne complémentarité entre généralistes et médecins du travail pour partager les missions de prévention.

D'autres tâches plus spécifiquement liées à la santé au travail (comme l'évocation des conditions de travail des patients, l'aide à la DMP et le fait de rédiger le certificat médical initial accompagnant cette déclaration) font également consensus entre médecins du travail et généralistes. Concernant les deux dernières tâches, ceci suggère un consensus sur le rôle des généralistes vis-à-vis des procédures de réparation des maladies professionnelles.

Concernant l'évocation des conditions de travail par les médecins généralistes, médecins du travail et généralistes en partagent l'intérêt. Compte tenu des rôles prioritaires assignés aux généralistes et de la moindre proportion de généralistes inter-

rogeant leurs patients sur leur conditions de travail passées, on peut émettre l'hypothèse que cette interrogation renvoie davantage à la prise en compte des conditions de travail des patients souffrant de maladies chroniques, graves et invalidantes qu'à la réalisation d'un réel *curriculum laboris*.

Le rôle des généralistes dans la réinsertion professionnelle fait aussi consensus, même si les pourcentages d'accord ne dépassent pas 60 % dans les deux spécialités. Les médecins du travail constituent le pivot des dispositifs de maintien dans l'emploi et de réinsertion professionnelle. Mais le rôle du généraliste est important pour orienter les patients vers le médecin du travail, quand cela est nécessaire et de façon suffisamment anticipée (notamment dans le cadre de la visite de préreprise).

MOTIFS DE SOLLICITATION DES MÉDECINS DU TRAVAIL PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La présente étude a permis de comparer les motifs de sollicitation des médecins du travail par leurs collègues médecins généralistes du double point de vue des généralistes et des médecins du travail. Les résultats sont à la fois concordants et discordants.

Le premier motif d'orientation d'un patient à son médecin du travail déclaré par les généralistes est, de loin, les arrêts de travail récurrents (71 % des généralistes déclarent le faire « souvent » ou « très souvent »). Or ce motif de sollicitation n'est fréquemment cité que par 10 % des médecins du travail et n'est même jamais cité par 49 % d'entre eux. Ce motif est le seul pour lequel un écart aussi important est constaté entre les réponses des généralistes et celles des médecins du travail. Cet écart ne s'explique pas aisément : il pourrait venir du fait que les visites de reprise sont réglementaires (art. R. 4624-21

du code du travail). De ce fait, le salarié ne ressentirait pas le besoin de préciser au médecin du travail que son médecin traitant lui a conseillé de le voir ; ce motif d'orientation serait alors transparent pour le médecin du travail.

En revanche, pour l'ensemble des autres motifs de sollicitation (qui relèvent d'ailleurs d'une démarche spécifique du médecin généraliste), les réponses des généralistes et celles des médecins du travail sont remarquablement cohérentes, avec des pourcentages de réponses similaires. Les motifs les plus cités sont la visite de préreprise, les problèmes d'aptitude au travail et les problèmes de santé mentale (stress, dépression) ; ce résultat est également à mettre en relation avec les plaintes exprimées par les patients.

La visite de préreprise

En première approche, les résultats de la présente enquête semblent indiquer un recours fréquent au médecin du travail pour une visite de préreprise puisque le nombre moyen de patients adressés par les généralistes au médecin du travail serait de sept par an et que seuls 15 % des généralistes n'y auraient jamais recours.

Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence : on ne peut exclure qu'il y ait eu confusion, de la part de certains généralistes, entre visite de préreprise et visite de reprise. En effet, dans l'enquête PACA 2007 [33], près d'un tiers des généralistes interrogés avaient déclaré ne jamais avoir entendu parler de visite de préreprise. Si ce résultat n'est probablement

pas généralisable à la France entière, il alerte sur le fait que cette visite n'était pas toujours bien connue des généralistes dans un passé très récent. Ceci semble confirmé par une étude récente de suivi de 402 salariés atteints de cancer depuis 2008 [68, 69], qui montre que pour huit salariés sur dix ayant repris leur travail, seuls 24 % avaient bénéficié d'une visite de préreprise. Un contact entre le médecin de soin et le médecin du travail n'avait eu lieu que dans 8 % des cas.

Par ailleurs, les visites de préreprise représentent un très faible pourcentage des visites de médecine du travail (même s'il semble en augmentation) : 1 % seulement en 2009 en région Picardie [70], 1,5 % en 2008 dans la région Centre [71], 1 % en 2008 en Alsace [72].

Les analyses toutes choses égales par ailleurs indiquent que les médecins généralistes qui sollicitent souvent leurs collègues médecins du travail pour une visite de préreprise reconnaissent plus fréquemment avoir un rôle à jouer dans la réinsertion professionnelle de leurs patients et accordent davantage confiance aux médecins du travail que les autres généralistes. Les habitudes de travail en groupe ou en réseau favorisent également cette pratique. Ces résultats peuvent être rapprochés d'autres observations effectuées par le Baromètre médecins généralistes 2009 de l'Inpes : l'appartenance à un réseau de santé et des collaborations multidisciplinaires sont plus souvent citées chez les médecins qui mettent en œuvre des démarches éducatives avec leur patients atteints de maladies chroniques [65].

Relecteurs

D^r Geneviève Abadia (INRS), François Beck (Inpes), Céline Czuba (ISTNF), D^r Anne Delépine (INRS), D^r Catherine Tarin (médecin du travail).

Remerciements

D^r Gérald Demortière (SMTIOF) pour sa contribution au montage de l'enquête et à l'enrichissement des discussions.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 25/10/2011.

- [1] Coutrot T., Waltisperger D. Les pathologies liées au travail vues par les travailleurs. *Dares analyses*, novembre 2010, n° 080 : 12 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2010-080-2.pdf
- [2] Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. *Études et résultats*, juin 2004, n° 315 : 12 p.
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf
- [3] Imbernon E., Goldberg M. La place de la santé au travail dans la santé publique. Connaître les liens entre santé et travail. *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2006, n° 57 : p. 18-20.
www.hcsp.fr/explore.cgi/ad571717.pdf
- [4] Conseil d'orientation sur les conditions de travail. *Conditions de travail : bilan 2010*. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 : 400 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_des_conditions_de_travail_2010-2.pdf
- [5] Goldberg M. Le poids des facteurs professionnels, source d'inégalités sociales de santé. *Prévenir*, 2001, n° 40 : p. 51-59.
- [6] Imbernon E. *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*. Saint-Maurice : InVS, 2003 : 28 p.
www.invs.sante.fr/publications/2003/cancers_pro/rapport_cancer_pro.pdf
- [7] Diricq N. Rapport de la commission instituée par l'art. L. 176-2 du code de la Sécurité sociale. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2008 : 171 p.
www.securite-sociale.fr/communications/rapports/diricq/05_diricq.pdf
- [8] Graser M., Manaouil C., Jarde O. Procédures de reconnaissance des maladies professionnelles. *La Presse médicale*, 2003, vol. 32, n° 18 : p. 821-825.
- [9] Parker G. General practitioners and occupational health services. *British Journal of General Practice*, 1996, vol. 46, n° 406 : p. 303-305.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239640/pdf/brjgenprac00008-0049.pdf
- [10] Schuman S.H., Mohr L.J., Simpson W.M. The Occupational and Environmental Medicine gap in the family medicine curriculum: needs assessment in South Carolina. Part I. *Journal of occupational and environmental medicine*, 1997, vol. 39, n°12 : p. 1183-1185.
- [11] Lax M.B., Grant W.D., Manetti F.A., Klein R. Recognizing occupational disease-taking an effective occupational history. *American Family Physician*, 1998, vol. 58, n° 4 : 935-944.
- [12] Buijs P., Van Amstel R., Van Dijk F. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occupational and Environmental Medicine*, 1999, vol. 56, n° 10 : p. 709-713.
<http://oem.bmj.com/content/56/10/709.full.pdf>
- [13] De Bruçq D. Une vaste enquête : les maladies professionnelles en Europe. Déclaration, reconnaissance et indemnisation. *Revue belge de Sécurité sociale*, 2001, n° 2 : p. 367-385.
- [14] Farr P., De Brouwer C., Thimpont J. Les relations entre le médecin du travail et le médecin généraliste. *Santé conjugquée*, 2010, n° 51 : p. 102-106.
- [15] Laurent P., Bernadac G., Carraut H., Raoux C., Ruiz J., Vallier F. Photographie des pratiques professionnelles entre les médecins généralistes et les médecins du travail. *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 1999, n° 60 : p. 124-131.
- [16] Rudolph L., Deitchman S., Dervin K. Integrating occupational health services and occupational prevention services. *American Journal of Industrial Medicine*, 2001, vol. 40, n° 3 : p. 307-318.
- [17] Kennedy L., Williams S., Reynolds A., Cockcroft A., Solomon J., Farrow S. GPs' compliance with health and safety legislation and their occupational health needs in one London health authority. *British Journal of General Practice*, 2002, vol. 52, n° 482 : p. 741-742.
- [18] Beaumont DG. The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. *Occupational Medicine (London)*, 2003, vol. 53, n° 4 : p. 249-253.
- [19] Abadia G., Cosset Y., Delépine A., Chaputhier-Guiller A., Marques K., Payan D. *Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale*. Paris : INRS, 2010 : 360 p.
www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=ED%20835
- [20] www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=ED%206042

- [21] Académie nationale de médecine, Académie des sciences, Institut de France, Centre international de recherche sur le cancer, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. *Les causes du cancer en France. Rapport. Version abrégée*. Paris : Académie nationale de médecine, 2007 : 48 p.
www.academie-sciences.fr/activite/rapport/rapport130907.pdf
- [22] Sandret N., Guignon N. Les expositions aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. TF 144. *Documents pour le médecin du travail*, 4^e trimestre 2005, n°104 : 11 p.
[www.dmt-prevention.fr/inrs/pub/inrs01.nsf/Intranet/ObjectaccsParReference/DMT_TF%20144/\\$File/TF144.pdf](http://www.dmt-prevention.fr/inrs/pub/inrs01.nsf/Intranet/ObjectaccsParReference/DMT_TF%20144/$File/TF144.pdf)
- [23] Ordre national des médecins. Secret professionnel. Article 4 (article R. 4127-4 du code de la santé publique). [Page internet]. Juin 2010.
www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913
- [24] Haute Autorité de santé. *Le dossier médical en santé au travail (DMST). Synthèse des recommandations professionnelles*. La Plaine Saint-Denis : HAS, 2009 : 4 p.
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_757821/le-dossier-medical-en-sante-au-travail-synthese-des-recommandations
- [25] Czuba C., Fantoni-Quinton S. Le dossier médical en santé travail : contenu, propriété et communication. *Actualité juridique*, septembre 2010 : 14 p.
www.istnfr.fr/site/minisite/article.php?numsite=2&article=5263
- [26] Agence des systèmes d'information partagés en santé. Dossier médical personnel [site internet]. 2011.
www.dmp.gouv.fr
- [27] Assurance maladie. L'assurance maladie en ligne [site internet]. 2011.
www.ameli.fr
- [28] Institut national du cancer. *Détection des cancers d'origine professionnelle : quelques clés pour agir*. Boulogne-Billancourt : InCa, coll. Document destiné aux professionnels de santé, 2006 : 6 p.
www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/1069-4209depliantdetectioncancersprof141206pdf
- [29] HAS. *Exposition environnementale à l'amiante : état des données et conduite à tenir. Fiche d'information médecin traitant*. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2009 : 5 p.
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-03/amiante_enviromnementale_fiche_medecin_version_finale.pdf
- [30] HAS. *Suivi post-professionnel après exposition à l'amiante*. [Page internet]
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_935546/suivi-post-professionnel-apres-exposition-a-l-amiante?xtmc=audition%20publique%20amiante&xtcr=3
- [31] HAS. Label conjoint HAS-InCa. *Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois*. [Page internet].
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_966357/label-conjoint-has-inca-recommandations-pour-la-surveillance-medico-professionnelle-des-travailleurs-exposes-a-l-action-cancerigene-des-poussieres-de-bois?portal=c_63456
- [32] Observatoire régional de la santé PACA. *Système d'information en santé, travail et environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur*. [Site internet]
www.sistepaca.org
- [33] Arnaud S., Cabut S., Viau A., Souville M., Verger P. Different reporting patterns for occupational diseases among physicians: a study of French general practitioners, pulmonologists and rheumatologists. *International archives of occupational and environmental health*, 2010, vol. 83, n° 3 : p. 251-258.
- [34] Verger P., Viau A., Arnaud S., Cabut S., Saliba M.L., Iarmarcovai G., Souville M. Barriers to physician reporting of workers' compensation cases in France. *International Journal of occupational and environmental health*, 2008, vol. 14, n° 3 : p. 198-205.
- [35] Verger P., Arnaud S., Ferrer S., Iarmarcovai G., Saliba M.L., Viau A., Souville A. Inequities in reporting asbestos-related lung cancer: influence of smoking stigma and physician's specialty, workload, and role perception. *Occupational and environmental medicine*, 2008, n° 65 : p. 392-397.
- [36] Morgan D.R. The general practitioners' view. *Occupational medicine*, 1999, n° 49 : p. 403-405.
- [37] De Bono A.M. Communication between an occupational physician and other medical practitioners: an audit. *Occupational medicine*, 1997, vol. 47, n°6 : p. 349-356.
- [38] Dellacherie C., Frimat P., Leclercq G. La santé au travail. *Vision nouvelle et professions d'avenir*. [Rapport remis aux ministres du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de la Santé et des Sports]. Paris : ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère de la Santé et des Sports, 2010 : 96 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-Dellacherie-Frimat-Leclercq-04-2010.pdf

- [39] Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, ministère de la Santé et des Sports, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville. *Santé environnement. Deuxième plan national 2009-2013*. Paris : ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, 2009 : 10 p.
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE2.pdf
- [40] Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. *Plan santé au travail 2010-2014*. Paris : ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, 2010 : 53 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2_014.pdf
- [41] Newman L.S. Occupational illness. *New England Journal of Medicine*, 1995, vol. 333, n° 17 : p. 1128-1134.
- [42] Société de pneumologie de langue française. Questionnaire de repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif. Document SPL-SFMT. *Info respiration*, janvier 2002, n° 47 : 10 p.
www.splf.org/s/IMG/pdf/questCMP.pdf
- [43] Saliba M.L., Iarmarcovai G., Souville M., Viau A., Arnaud S., Verger P. Physicians and occupational health: a qualitative study in south-eastern France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, vol. 55, n° 5 : p. 376-381.
- [44] Souville M., Cabut S., Viau A., Iarmarcovai G., Arnaud S., Verger P. General practitioners and patients with psychological stress at work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2009, vol. 19, n° 3 : p. 256-263.
- [45] Iles R.A., Davidson M., Taylor N.F. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*, 2008, vol. 65, n° 8 : p. 507-517.
- [46] Roquelaure Y., Vénien K., Moisan S., Penneau-Fontbonne D., Lasfargues G., Fouquet B. Déclarer une lombosciatique en maladie professionnelle : est-ce l'avantage bien compris du patient ? *Revue du rhumatisme*, 2005, n° 72 : p. 531-533.
- [47] INRS. *Les lombalgies*. [Dossier internet].
www.inrs.fr/accueil/accidents-maladies/maladie-professionnelle/tms/lombalgie.html
- [48] Inserm. *Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention ?* Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2000 : 149 p.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=054000438&brp_file=0000.pdf
- [49] Ménard C. Médecins généralistes : évoquer la violence n'est plus tabou. *La santé de l'Homme*, mars-avril 2005, n° 376 : p. 46-48.
- [50] Eurofound. *Enquêtes européennes sur les conditions de travail*. [Page internet].
www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/index_fr.htm
- [51] Ménard C., Léon C. Activité professionnelle et santé, quels liens ? In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Inpes, 2007 : p. 414-444.
- [52] Anact. *Le stress au travail. Rapport d'analyse*. Paris : Anact, 2009 : 46 p.
www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/f/2470356.PDF
- [53] DARES. Les enquêtes conditions de travail (CT). [Page internet].
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-de,76/statistiques,78/conditions-de-travail-et-sante,80/les-enquetes-conditions-de-travail,2000/
- [54] DARES. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003. *Premières synthèses*, mai 2008, n° 22.1 : 8 p.
www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1_v3.pdf
- [55] Niedhammer I., Chastang J.-F., Gendrey L., David S., Degioanni S. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*, 2006, vol. 18, n° 3 : p. 413-427.
http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2006/3/413_428.pdf
- [56] Cohidon C., Imbernon E. Santé mentale et travail : de la connaissance à la surveillance. *BEH*, 9 juin 2009, n° 25-26 : p. 259-261.
www.invs.sante.fr/beh/2009/25_26/beh_25_26_2009.pdf
- [57] Netterstrom B., Conrad N., Bech P., Fink P., Olsen O., Rugulies R. et al. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiological Reviews*, 2008, n° 30 : p. 118-132.
<http://epirev.oxfordjournals.org/content/30/1/118.full>
- [58] Stansfeld S., Candy B. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2006, vol. 32, n° 6 : p. 443-462.
http://www.sjweh.fi/download.php?abstract_id=1050&file_nro=1

- [59] Bonde J.P. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 2008, vol. 65, n° 7 : p. 438-445.
- [60] Debrand T. *L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé*. Paris : Irdes, coll. Document de travail, n° 41, 2011 : 28 p.
www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT41InfluenceConditionsTravailDepensesSante.pdf
- [61] République française. *Plan cancer 2009-2013*. Boulogne-Billancourt : InCa, 2009 : 149 p.
www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf
- [62] Haute Autorité de santé. [Site internet].
www.has-sante.fr
- [63] Ameille J., Paireon J.-C., Bayeux M.-C., Brochard P., Choudat D., Conso F. *et al.* Consequences of occupational asthma on employment and financial status: a follow-up study. *The European respiratory journal*, 1997, vol. 10, n° 1 : p. 55-58.
- [64] Organisation internationale du travail. *C161 Convention sur les services de santé au travail, 1985*. [Page internet].
www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convdf.pl?C161
- [65] Fournier C., Buttet P., Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In : Gautier A. (dir.). *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, 2011 : p. 45-83.
www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf
- [66] Wonca Europe. *Définition européenne de la médecine générale / médecine de famille*. Barcelone : OMS Europe, 2002 : 52 p.
www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf
- [67] Bourdillon F., Mosnier A., Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 5 : p. 489-500.
- [68] Sevellec M., Bourillon M.-F., Le Bideau S., Stakowski H., Le Peltier N., Morvan E., Belin L., Asselain B. *Répercussions du cancer sur la vie professionnelle. Étude réalisée auprès de 402 salariés en Île-de-France*. [Page internet].
www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/81/4366-les-resultats-dune-etude-sur-les-repercussions-du-cancer-sur-la-vie-professionnelle-soutenue-par-linca-et-larc
- [69] Pourtau L., Dumas A., Amiel P. Les individus face à l'événement « cancer ». *Temporalités*, n° 13, 2011.
<http://temporalites.revues.org/index1531.html>
- [70] Verfaillie F., Blangeois E., Faillie P., Level C., Valenty M. *Maladie et travail en Picardie. La Picardie dans le dispositif de surveillance des maladies à caractère professionnel. Première quinzaine 2009 des maladies à caractère professionnel*. Amiens : Directe Picardie, OR2S Picardie, 2010 : 8 p.
www.invs.sante.fr/surveillance/maladies_caractere_professionnel/mcp_picardie_2009_avril2010.pdf
- [71] Eloy A., Rousseau S., Mevel M., Leclerc C., Valenty M. *Les maladies à caractère professionnel en région Centre. Résultats de la quinzaine 2008*. Orléans : ORS Centre, 2010 : 49 p.
www.invs.sante.fr/surveillance/maladies_caractere_professionnel/mcp_centre_2008_juin2010.pdf
- [72] Polési H., Benaïm A., Honoré N., Schauder N., Brom M., Valenty M. *et al.* *Maladies à caractère professionnel en Alsace. Exploitation des données recueillies en 2008*. Strasbourg : ORS Alsace, Directe Alsace, Saint-Maurice : InVS, 2010 : 36 p.
www.invs.sante.fr/surveillance/maladies_caractere_professionnel/mcp_alsace_2008_mai2010.pdf



POSTFACES

Médecin du travail / médecin généraliste : constats et perspectives

La médecine du travail a été instituée par la loi du 11 octobre 1946. Une loi toute récente du 20 juillet 2011 vient de renforcer l'ensemble du dispositif. Son principe fondateur et directeur est « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Ce principe renvoie au concept de prévention primaire (éviter l'apparition de maladies). La prévention primaire exige l'identification des risques, tant par l'observation directe et l'investigation sur le milieu de travail que par les approches de la clinique individuelle ou de l'activité, de la métrologie des expositions ou de l'étude épidémiologique.

« *Éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* » conduit les professionnels des services de santé au travail :

- à étudier le champ de la santé au travail (étude des situations de travail et de leurs nuisances et contraintes), afin notamment de mettre en évidence les situations susceptibles d'altérer la santé des travailleurs, ce qui nécessite l'acquisition de savoirs spécifiques ;
- à conseiller employeurs, salariés et représentants des salariés ;
- à proposer, voire à accompagner les actions permettant de corriger les situations dangereuses, ce qui implique la mise en synergie de savoir-faire pluridisciplinaires.

Le champ de la santé au travail s'organise selon deux axes :

- celui de l'élucidation des dynamiques individuelles et collectives à l'œuvre dans les actes de travail réels s'opérant dans le respect global et la transgression permanente du travail prescrit (clinique ergonomique) et du rôle qu'elles jouent à la fois dans le processus de construction de la santé et de génération des risques de son altération (clinique ergonomique, médicale, psychodynamique...) ;
- celui de l'identification, du dépistage, de l'analyse et de l'enregistrement des interactions entre la santé et l'itinéraire professionnel (clinique médicale, ergonomie, toxicologie, épidémiologie...), depuis la caractérisation et la mesure des expositions jusqu'au suivi post-professionnel.

Malheureusement, sans doute, cette double dynamique a été freinée par le poids réglementaire de l'aptitude, faisant percevoir négativement le rôle du médecin du travail par le médecin traitant.

En inscrivant les services de santé au travail (SST) dans le cadre des politiques de santé et en précisant leur mission, la loi du 20 juillet 2011 vient conforter la place du médecin du travail dans l'équipe de santé pluridisciplinaire qu'il anime et coordonne.

Mais qu'en est-il des relations entre médecin généraliste et médecin du travail, quelle évolution peut-on en attendre ?

DES RELATIONS DIFFICILES, ET PARFOIS DE MÉFIANCE ?

L'image sociale du médecin du travail est *a priori* peu flatteuse pour ne pas dire mauvaise. La plupart des salariés – qui n'ont pas encore été confrontés à l'expérience de l'accident ou de l'arrêt maladie de longue durée – n'ont pas une idée claire de l'objectif ou de l'intérêt de la visite médicale obligatoire. Elle est perçue comme faisant partie d'un rituel auquel il faut se soumettre pour que tout soit en ordre quand on veut un emploi ou qu'on veut le conserver. Ils ne savent pas qu'ils peuvent demander à rencontrer le médecin du travail à tout moment, et ce qu'ils peuvent lui demander. Cette ignorance ou cette distance sont d'autant plus fortes que le statut du salarié est plus précaire, alors même que ce sont les salariés précaires qui ont statistiquement le plus à attendre d'un dispositif santé-travail accessible et efficace.

D'une manière générale, la reconnaissance d'une profession se construit à partir des liens qui se tissent localement entre les professionnels issus du même milieu. Les relations entre les professionnels de l'hôpital, la médecine de ville et la médecine du

travail sont trop peu développées. Ainsi, une enquête réalisée en 2008 par un service de santé au travail interentreprises¹ révèle que les médecins de soins ne connaissent pas les services de santé au travail de leur région (70 %), qu'ils ont rarement – ou jamais – des échanges avec le médecin du travail de leurs patients (71 %) alors même qu'ils estiment que 60 % des arrêts maladie qu'ils prescrivent ont souvent ou très souvent un lien avec le travail.

Les relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail sont de qualité inégale, alors que la collaboration du médecin de soins avec le médecin du travail a un intérêt dans la prise en charge thérapeutique de certaines pathologies (troubles musculo-squelettiques, lombalgies...), pour favoriser le retour à l'emploi (prévention de la désinsertion professionnelle) ou encore pour aider à la déclaration en maladie professionnelle. Les exemples des cancers du poumon liés à l'amiante ou des lombosciatiques professionnelles soulignent la méconnaissance des principes et des procédures de déclaration, le manque de formation des médecins généralistes – qui n'ont pas accès à la réalité de l'entreprise et ne maîtrisent pas les différents mécanismes auxquels il peut être fait appel pour favoriser le maintien dans l'emploi des patients – et le manque d'outils pour les aider à repérer l'origine professionnelle des maladies de leurs patients.

La loi ne facilite pas la coopération entre les professions, lorsqu'elle interdit aux médecins du travail l'accès au dossier médical personnel. Ainsi, l'article L. 161-36-3 du code de la Sécurité sociale (issu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie) a considérablement nui à l'image de la profession et a entretenu le doute sur l'indépendance des décisions du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur, alors même qu'il est tenu au secret médical, à l'instar de l'ensemble des personnels médicaux soignants et non soignants.

Cette « affaire du carnet de santé » a certainement été un frein au développement des relations entre médecin du travail et médecin traitant, telles que le souhaitait d'ailleurs le salarié.

On peut espérer que la reconnaissance législative du DMST (au même rang que le DMP) permettra une amélioration réglementaire du dispositif.

1. Enquête réalisée par Yvelines santé travail en juin 2008, auprès de 840 médecins traitants, généralistes et spécialistes, hospitaliers ou non du département des Yvelines.

QUELQUES PERSPECTIVES

Que ce soit dans le cadre du suivi du « travailleur malade », de la gestion de son emploi tout au long de sa vie, des interactions travail / santé (dépistage, prévention, réparation...), les liaisons entre le médecin traitant, médecin référent, et le médecin du travail, spécialiste des conditions de travail, sont devenues indispensables. Elles sont d'ailleurs souhaitées par de nombreux rapports et plans nationaux et demandées par les salariés eux-mêmes.

Les différentes enquêtes présentées dans cet ouvrage confirment la méconnaissance du rôle du médecin du travail et la loi nouvelle confirme la nécessité de mettre en place des programmes de santé en entreprise, des suivis de santé ciblés, une traçabilité des expositions professionnelles tout au long de la vie.

1) Parmi les domaines où les rapprochements se sont améliorés, on peut citer la place importante de la visite de préreprise instaurée réglementairement en 1988. Ce dispositif trouve enfin son développement et s'associe d'ailleurs avec le dispositif de lutte contre la désinsertion mis en place par l'Assurance Maladie il y a un an. Près de vingt-cinq ans après, ce dispositif – qui a pour but de rendre plus efficaces les politiques de maintien à l'emploi – se voit renforcé dans la nouvelle loi (missions des SST, obligation de réponse de l'employeur face à la recommandation du médecin du travail...).

2) De la même manière, la gestion des pratiques addictives comme celle des risques psychosociaux et des troubles musculosquelettiques nécessite une collaboration commune afin que le travailleur malade soit pris en charge par le dispositif de santé. Encore faudrait-il que les échanges entre médecins soient réels, l'accord du salarié restant toutefois indispensable. La « future carte vitale » devrait le permettre mais il faudra pour cela que la loi évolue.

Il est indispensable de promouvoir un meilleur suivi individuel des salariés et d'améliorer la coordination, voire la coopération (au sens « d'agir ensemble ») de soins entre professionnels de santé. La nouvelle loi parle de « traçabilité des expositions professionnelles ».

Le développement du dossier médical informatisé offre une opportunité de contribuer à cet objectif. La confirmation législative de la configuration minimale requise du Dossier médical en santé-travail (DMST) et les recommandations de la HAS ne font que conforter l'intérêt du dispositif et des échanges, avec l'accord du salarié.

3) Parmi les différents domaines sur lesquels les services de santé au travail doivent exercer un rôle de conseil et de suivi, le législateur a introduit de manière explicite la prévention du risque « Alcool et drogues sur le lieu de travail » ; le rôle du médecin du travail dans la démarche de prévention collective en entreprise a également été renforcé. Toutefois, celui-ci devra rester vigilant aux conditions d'élaboration et de mise en œuvre des dépistages, à la protection du salarié, au respect des règles de confidentialité ; il devra prolonger la prise en charge du salarié en difficulté en se rapprochant du médecin généraliste et du système de santé pour un suivi adapté.

4) La gestion des âges, le maintien dans l'emploi, l'adaptation des postes de travail aux travailleurs vieillissants soulignent ici encore l'importance des échanges entre médecins, tant pour une meilleure connaissance de l'état de santé du salarié que pour une réelle adaptation des conditions de travail de la personne concernée.

Dans ce cadre, la double mission (individuelle et collective) du médecin du travail trouve sa pleine dimension avec, bien entendu, la gestion éventuelle d'une limitation d'aptitude mais aussi un développement des actions de promotion de la santé en milieu de travail.

Que ce soit au sein de l'équipe pluridisciplinaire, avec les IPRP (Intervenants en prévention des risques professionnels) et les infirmières santé-travail, le développement de ces actions va en augmentant, les enquêtes présentées dans cet ouvrage le confirment. Ces actions doivent permettre au salarié de devenir acteur de sa propre santé, et à l'entreprise de développer son programme santé au travail...

Il a fallu près de soixante-cinq ans pour modifier la loi de 1946 mais ses principes de prévention primaire, avec suivi individuel, sont toujours d'une réelle pertinence. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires », en créant les Agences régionales de santé, permet un rapprochement entre les différents acteurs en s'investissant dans les politiques de prévention en santé-travail. Il n'en reste pas moins qu'une vraie politique régionale, au sein des Comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP), avec déclinaison territoriale (pourquoi pas dans les futures maisons de santé ?) permettrait enfin de rapprocher les « deux approches médicales » nécessaires à tout travailleur pendant plus de quarante années de vie.

P^r Paul Frimat

Centre Hospitalier Régional Universitaire
de Lille, Université de Lille 2

Médecine générale, médecine du travail : deux spécialités aux fonctions et expertises complémentaires

La question du travail (et du non-travail) est un fil conducteur explicite et implicite de l'exercice quotidien de la médecine générale :

- explicite dans l'accident du travail, la déclaration de maladie professionnelle, l'arrêt de travail, la visite de préreprise, le temps partiel thérapeutique, la surveillance post-professionnelle des salariés ;
- implicite dans l'intrication des manifestations somatiques et psychiques dont les déterminants sociaux, familiaux et professionnels apparaissent souvent liés : par exemple, les pratiques addictives, la souffrance au travail, le surinvestissement pathologique dans le travail (« workaholism ») ;
- implicite et explicite à la fois dans les situations de non-travail, de chômage durable ou récurrent, d'arrêt de travail de longue durée ou d'invalidité, de retraite (choisie ou subie).

Le médecin généraliste, au gré des situations individuelles et professionnelles très diverses, est ainsi sollicité comme professionnel et acteur social, il est alors témoin, interprète, avocat ou médiateur.

Le rôle du médecin généraliste en santé au travail est essentiel. Sa position d'interface entre les champs professionnel et profane a été officiellement reconnue et confortée par la réforme de l'Assurance Maladie de 2004 et par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

de 2009. Au-delà de la fréquence des lombalgies rapportées par les généralistes, les données longitudinales sur plusieurs années de l'Observatoire de médecine générale de la Société française de médecine générale confirment la croissance régulière des diagnostics des troubles musculosquelettiques par les généralistes, et, suivant l'enquête de l'Inpes et celles de l'Observatoire régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, leur implication dans les déclarations de maladies professionnelles.

Le fait d'avoir recours à son médecin traitant pour l'arrêt de travail et/ou sa prolongation confère au médecin généraliste une opportunité et une place de choix dans la vision longitudinale de son patient, incluant l'observation des événements de vie et ceux de vie professionnelle. Cette situation est d'autant plus favorisée que 80 % des patients ont le même médecin généraliste depuis plus de cinq ans.

Pourtant, la dimension « santé au travail » est encore souvent insuffisamment prise en compte par les médecins généralistes, comme le révèle l'analyse de certaines de leurs pratiques :

- ainsi, bien qu'ils connaissent l'activité et le métier de leurs patients, ces données sont souvent manquantes dans les dossiers médicaux ;
- la notion de « retraité » (au sens des catégories socioprofessionnelles) met rarement en perspective les activités professionnelles successives du patient comme facteurs de risque ou de protection ;
- de même, en matière de morbidité, la nature causale perçue de l'activité professionnelle est rarement enregistrée par le médecin généraliste, au risque de négliger la piste d'une intervention pourtant souhaitable, voire indispensable sur la variable « travail » ;
- le recours préférentiel par le généraliste aux déclarations d'accident du travail est un facteur limitant pour les déclarations de maladies professionnelles : la complexité des tableaux de maladies professionnelles, les difficultés de repérage de la maladie, les difficultés perçues quant à la complexité des démarches et à la reconnaissance administrative de la maladie sont des freins conséquents pour les médecins généralistes et, par contrecoup, pour leurs patients ;
- l'arrêt de travail répété ou prolongé comporte un risque de désinsertion professionnelle s'il n'est pas clairement intégré dans un plan de soins, et expliqué en tant que tel au patient ;
- les enquêtes présentées dans cet ouvrage pointent la faiblesse des contacts réels entre médecins généralistes et médecins du travail.

Sur le plan des relations professionnelles entre médecins généralistes et médecins du travail, les résultats des enquêtes présentées dans cet ouvrage rappellent les similitudes et les écarts entre ces deux professions sur la perception du rôle des généralistes en santé au travail. Au-delà du consensus sur le fait que ces derniers sont des partenaires majeurs pour repérer, dépister et accompagner les patients à risques (maladies chroniques, pratiques addictives, souffrance psychique...), leur implication dans le repérage de l'origine professionnelle d'une maladie, le dépistage d'une maladie après exposition à un risque professionnel ou dans des conseils de prévention professionnelle est diversement appréciée.

Les résultats des enquêtes soulignent également les obstacles à dépasser pour améliorer les relations de coopération. Une plus grande confiance dans l'efficacité, la légitimité et les compétences à intervenir des uns et des autres sont des points essentiels aux relations de collaboration. La méconnaissance des missions et pratiques du médecin du travail complique à l'évidence la situation.

Aujourd'hui, au-delà des missions légales des médecins généralistes et de leur désignation comme acteurs des soins primaires, comment améliorer une situation qui paraît perfectible aux deux professions ?

Nous proposons ici quelques pistes de réflexion :

- resituer le travail et les expositions professionnelles comme des facteurs décisifs parmi les déterminants de santé ;
- encourager le médecin généraliste à rechercher systématiquement des informations sur les facteurs de risques auxquels sont exposés ses patients du fait de leur activité professionnelle : des questions simples et opérationnelles sur les liens éventuels entre les troubles et le travail exercé devraient faciliter l'ouverture du dialogue avec le patient ;
- l'inciter à construire un historique des expositions professionnelles nécessitant une surveillance prolongée dans le temps ;
- faciliter les demandes d'expertise du médecin traitant au médecin du travail (préreprise, adaptation du poste de travail) ;
- favoriser le retour d'information du médecin du travail auprès du médecin généraliste, notamment sur les données concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Une telle évolution devra s'accompagner de la construction d'un champ commun de connaissances sur leurs disciplines respectives, par des formations communes dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) incluant l'analyse des pratiques respectives de chaque métier.

Il nous semble également intéressant de réfléchir à des outils permettant la mutualisation et l'échange d'informations. Le secret médical est encore trop souvent mis en avant comme un facteur limitant les coopérations dans les différents univers de la santé (médecine générale vs médecine du travail, mais également ambulatoire vs hospitalier, public vs privé, salarié vs libéral). Le médecin du travail devrait pouvoir communiquer au médecin traitant un document de synthèse des risques liés au travail du salarié. Celui-ci pourrait constituer la partie « risques liés au travail » du dossier médical de synthèse (DMS) que chaque médecin traitant est invité à inclure dans le dossier médical personnel (DMP) qu'il tient pour chacun de ses patients. Il pourrait également être communiqué aux autres intervenants des réseaux de soin, et aux médecins traitants successifs en cas de changement, assurant ainsi le suivi historique de chaque personne pour la partie « risques professionnels », y compris après la fin d'activité.

Enfin, il nous semblerait intéressant d'envisager d'intégrer le médecin du travail en tant qu'expert à l'équipe de santé de premier recours, un mode d'exercice appelé à se développer en médecine ambulatoire.

D^r Jean-Luc Gallais

Directeur du Conseil scientifique
de la Société française
de médecine générale¹

D^r Claude Leicher

Président de MG France²

1. Fondée en 1973, la SFMG est une société savante (association loi de 1901). Elle est constituée de médecins généralistes membres associés et titulaires répartis sur tout le territoire.

2. Premier syndicat de médecins généralistes aux élections professionnelles, MG France est signataire de la dernière convention nationale de juillet 2011, et promoteur de la réorganisation du système de santé autour du médecin traitant responsable des soins de santé primaire.



ANNEXES

Lettre-annonce de l'enquête « Médecins du travail »



Paris, le 21 avril 2009

Madame, Monsieur, cher(ère) confrère,

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), en lien avec la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF) et le support de la Société française de médecine du travail (SFMT), lancent une enquête afin de mieux connaître les opinions des médecins du travail en matière de prévention des risques professionnels, de prévention des addictions, et de liens avec les médecins généralistes.

Cette enquête confiée à l'institut ISL sera effectuée par téléphone auprès d'un échantillon de 750 médecins du travail, sélectionnés aléatoirement suivant un fichier représentatif de l'ensemble des médecins du travail. Votre nom a été tiré au hasard et garantit la représentativité de l'étude.

Vos coordonnées ne seront pas conservées au-delà des besoins de l'étude. Conformément à la réglementation de la CNIL, vos réponses seront anonymisées.

La durée prévue des interviews est d'une vingtaine de minutes. Il est très important que chacun accepte de répondre, la validité scientifique de l'étude étant subordonnée au taux d'acceptation le plus élevé possible.

Dans les prochains jours, un enquêteur de l'Institut ISL prendra contact avec vous afin de vous proposer une interview. Nous vous remercions par avance de l'accueil que vous réserverez à cette démarche et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, cher(ère) confrère, l'expression de notre considération distinguée.

Dr Pierre Arwidson
Directeur des Affaires Scientifiques
INPES

Mr Philippe Jandrot
Directeur Délégué aux Applications
INRS

Dr Jean-Jacques Bled
Président de la SMTOIF

Questionnaire de l'enquête « Médecins du travail »

Introduction

Bonjour Docteur,
L'Inpes, l'INRS et la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France vous ont adressé un courrier vous annonçant mon appel. Celui-ci a pour but de recueillir votre opinion en matière de prévention des risques professionnels, de prévention des addictions, et des interactions avec les médecins généralistes.

Tout d'abord, êtes-vous médecin du travail ?

- 1 Oui
- 2 Non

Si oui, dans quel(s) type(s) de service(s) de santé au travail exercez-vous ?

Enquêteur : citer plusieurs réponses.

- 1 Service autonome, hors fonction publique
- 2 Fonction publique, collectivité territoriale ou État
- 3 Service interentreprises
- 4 Hôpitaux
- 5 Mutualité sociale agricole (MSA)
- 6 Autre (préciser)

Parmi ces activités, quelle est la principale (celle qui vous prend le plus de temps) ?

- 1 Service autonome, hors fonction publique
- 2 Fonction publique, collectivité territoriale ou État
- 3 Service interentreprises
- 4 Hôpitaux
- 5 Mutualité sociale agricole (MSA)
- 6 Autre (préciser)
- 7 Autant de temps pour chacune des activités

Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service où vous êtes actuellement ?

★ Enquêteur : coder en années.

Depuis combien de temps exercez-vous le métier de médecin du travail ?

★ Enquêteur : coder en années.

Questionnaire

Q1 Dans le cadre de la santé au travail, quelle est selon vous l'importance des priorités à traiter ?

★ Enquêteur : item 1 fixe puis ordre aléatoire des items.

Pour chaque item cité, vous disposez d'une échelle de 0 à 10 (0 pour une priorité jugée nulle, 10 pour une priorité jugée maximale), les notes intermédiaires servant à nuancer votre avis :

- 1 Les cancers professionnels
- 2 La prévention des accidents du travail
- 3 La prévention des maladies professionnelles
- 4 La consommation de tabac
- 5 La consommation d'alcool
- 6 L'usage de cannabis
- 7 L'usage de drogues autres que le cannabis
- 8 Les troubles musculosquelettiques liés au travail et les lombalgies
- 9 Les risques psychosociaux (stress, violence, harcèlement, RPS)
- 10 La consommation de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques...)
- 11 La prévention du risque routier professionnel
- 12 Les risques physiques liés au bruit, au rayonnement, au port de charges...
- 13 Les risques chimiques
- 14 Le VIH et le travail
- 15 La prévention des risques cardiovasculaires type nutrition, obésité, exercice physique...

Q2 Dans le cadre des entreprises ou établissements pour lesquels vous exercez, quelles sont les problématiques que vous rencontrez le plus fréquemment ?

★ Enquêteur : question ouverte (réponses multiples). Relancer une fois par « D'autres problématiques ? ».

- 1 La prévention des accidents du travail
- 2 La prévention des maladies professionnelles
- 3 La consommation de tabac
- 4 La consommation d'alcool
- 5 L'usage de cannabis
- 6 L'usage de drogues autres que le cannabis
- 7 Les troubles musculosquelettiques liés au travail
- 8 Les lombalgies
- 9 Les risques psychosociaux (stress, violence, harcèlement, RPS)
- 10 La consommation de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques...)
- 11 Les cancers professionnels
- 12 La prévention du risque routier professionnel
- 13 Les risques physiques (bruit, rayonnement, port de charges...)

- 14 Les risques chimiques
- 15 Le VIH et le travail
- 16 La prévention des risques cardiovasculaires type nutrition, obésité, exercice physique...
- 17 Autres (préciser)
- 18 [NSP]

Q3 De votre point de vue de médecin du travail, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas, ou pas du tout d'accord avec chacune des affirmations suivantes :

- L'interdiction de fumer sur les lieux de travail a aidé les salariés à diminuer leur consommation de tabac.
 - Dans certains milieux professionnels, la culture d'entreprise est incitative à une consommation d'alcool.
 - Une consommation d'alcool, même minime (c'est-à-dire moins de 2 verres par jour), constitue un risque au travail (quel que soit l'alcool).
 - Par rapport à il y a cinq ans, vous observez de plus en plus de dépressions.
 - Au travail, l'usage de cannabis est répandu.
 - Par rapport à il y a cinq ans, vous observez de plus en plus de salariés faisant usage de drogues illicites autres que le cannabis.
 - La consommation de produits psychoactifs est très influencée par l'importance des risques psychosociaux dans l'entreprise.
- Pour chaque item :
- 1 Tout à fait
 - 2 Plutôt
 - 3 Plutôt pas
 - 4 Pas du tout d'accord
 - 5 [NSP]

Q4 Documentez-vous systématiquement, souvent, parfois ou jamais le dossier médical de vos salariés sur :

- La consommation de tabac
- La consommation d'alcool
- La consommation de médicaments psychotropes
- La consommation de cannabis
- L'usage de drogues autres que le cannabis

Pour chaque item :

- 1 Systématiquement
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 [NSP]
- 6 [Refus]

Q5 Documentez-vous systématiquement, souvent, parfois ou jamais le dossier médical de vos salariés sur :

- Les habitudes alimentaires
- L'activité physique
- Les problèmes anxiodépressifs
- Les cancers, autres que les cancers professionnels
- L'asthme
- Le diabète
- Les risques cardiovasculaires

Pour chaque item :

- 1 Systématiquement
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 [NSP]
- 6 [Refus]

Q6 Utilisez-vous des questionnaires préétablis d'aide au repérage des facteurs de risques ou au dépistage de pathologies, comme des tests ou des échelles ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 [NSP]

◆ Si en Q6 utilise très souvent / souvent / parfois des questionnaires préétablis

Q7 Dans quels domaines utilisez-vous ces tests ?

★ Enquêteur : relancer une fois avec « Quel autre domaine ? »
Question ouverte (réponses multiples).

- 1 Alcool
- 2 Tabac
- 3 Cannabis
- 4 Problèmes anxiodépressifs
- 5 Alimentation, nutrition
- 6 Activité physique
- 7 Asthme
- 8 Diabète
- 9 Stress
- 10 Autre (préciser)

◆ Si en Q4 documente systématiquement / souvent / parfois le dossier médical sur les consommations de tabac

Q8.1 Revenons sur les addictions : comment documentez-vous le dossier médical des salariés en ce qui concerne les consommations de tabac ?

- Vous effectuez une quantification simple à partir du déclaratif du patient ?
- Vous utilisez le test Fagerström (« fagerstrom ») ?
- Vous faites autre chose ? (préciser)

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si en Q4 documente systématiquement / souvent / parfois le dossier médical sur les consommations de cannabis

Q8.2 Comment documentez-vous le dossier médical des salariés en ce qui concerne les consommations de cannabis ?

- Vous effectuez une quantification simple à partir du déclaratif du patient ?
- Vous utilisez le questionnaire CAST ?
- Vous utilisez le questionnaire DETC ?
- Vous utilisez le questionnaire MINI cannabis ?
- Vous faites autre chose ? (préciser)

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si en Q4 documente systématiquement / souvent / parfois le dossier médical sur les consommations d'alcool

Q8.3 Comment documentez-vous le dossier médical des salariés en ce qui concerne les consommations d'alcool ?

- Vous effectuez une quantification simple à partir de la consommation d'alcool déclarée par vos patients ?
- Vous utilisez le questionnaire AUDIT ?
- Vous utilisez le questionnaire FACE ?
- Vous utilisez le questionnaire DETA-CAGE (« détacaïge ») ?
- Vous faites autre chose ? (préciser)

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si en Q4 documente systématiquement / souvent / parfois le dossier médical sur les consommations tabac, alcool, cannabis

Q9 Tenez-vous des statistiques sur la consommation de... de vos salariés ?

- la consommation de tabac
- la consommation d'alcool
- la consommation de cannabis
- l'usage de drogues autres que le cannabis

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q10 Avez-vous déjà entendu parler du Repérage précoce intervention brève (RPIB) ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si en Q10 a déjà entendu parler du RPIB

Q11 Comment ou par qui avez-vous entendu parler du Repérage précoce intervention brève (RPIB) ?

★ Enquêteur : réponses multiples.

- 1 Par une association
- 2 Par une publication
- 3 Dans le cadre d'un colloque
- 4 Via une formation
- 5 Par une relation professionnelle
- 6 Autre (préciser)

◆ Si en Q10 a déjà entendu parler du RPIB

Q12 Vous, personnellement, avez-vous déjà mis en pratique des interventions brèves sur l'alcool ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si Q12 = non

Q13 Envisagez-vous de le faire ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si en Q10 a déjà entendu parler du RPIB

Q14 Envisageriez-vous de vous former au RPIB ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Vous êtes déjà formé
- 4 [NSP]

Q15.1 Quel type de démarche adoptez-vous le plus souvent face à un salarié faisant l'usage de...

- tabac
- alcool
- cannabis
- drogues illicites autres que le cannabis

Pour chaque produit :

- 1 Vous lui donnez des conseils de prévention.
- 2 Vous l'invitez à en parler avec son médecin traitant.
- 3 Vous l'adressez vers une consultation spécialisée : hôpital, CSST, CCAA (CC2A), CSAPA (« ksapa »), tabacologie.
- 4 Vous n'effectuez aucune démarche.
- 5 Autre (préciser)
- 6 [Vous n'avez pas de patients concernés.]
- 7 [NSP]

Q15.2 Quel type de démarche adoptez-vous le plus souvent en second face à un salarié faisant l'usage de...

- tabac
- alcool
- cannabis
- drogues illicites autres que le cannabis

Pour chaque produit :

- 1 Vous lui donnez des conseils de prévention.
- 2 Vous l'invitez à en parler avec son médecin traitant.
- 3 Vous l'adressez vers une consultation spécialisée : hôpital, CSST, CCAA (CC2A), CSAPA (« ksapa »), tabacologie.
- 4 Vous n'effectuez aucune démarche.
- 5 Autre (préciser)
- 6 [Vous n'avez pas de patients concernés.]
- 7 [NSP]

★ Enquêteur : pour chaque produit, rappeler la démarche citée en Q15.1.

Q16 En matière de prévention des addictions, vous sentez-vous très efficace, assez efficace, peu efficace ou pas du tout efficace ?

- 1 Très efficace
- 2 Assez efficace
- 3 Peu efficace
- 4 Pas du tout efficace
- 5 [Non concerné]
- 6 [NSP]

Q17 Quels sont les deux principaux freins qui, pour vous, font obstacle à la mise en place d'actions de prévention sur le thème des addictions en général ?

★ Enquêteur : citer les réponses.

Demander : « En premier ? », « En second ? ».

Une seule réponse à chaque fois.

- 1 Vous manquez de temps.
- 2 Vous vous heurtez à la résistance des salariés.
- 3 Vous ne souhaitez pas être intrusif dans la vie personnelle des salariés.

- 4 Vous manquez de formation sur ce thème.
- 5 Vous ne croyez pas à l'efficacité d'une démarche individuelle de prévention.
- 6 Ce n'est pas votre rôle de médecin du travail.
- 7 Autre (préciser)
- 8 [Aucun]
- 9 [Aucun autre]
- 10 [NSP]

Q18 Pratiquez-vous un travail en réseau* ?

* *Précision : un réseau est un relais organisé de prise de charge.*

- Dans un Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ?
- Dans un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) ?
- Dans un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ?
- Dans une unité hospitalière spécialisée ?
- Dans un autre type de réseau ? (préciser)

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non

Q19 Parmi la population des salariés que vous suivez, quelle est approximativement la proportion, en pourcentage, de ceux qui sont...

- 1 ... en difficulté avec une consommation d'alcool
- 2 ... en difficulté avec une consommation de cannabis
- 3 ... en difficulté avec un usage de drogues autre que le cannabis

Q20 Voici quelques affirmations sur les moyens de contrôle des addictions. De votre point de vue de médecin du travail, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord avec elles.

- Les employeurs devraient pouvoir pratiquer des éthylo-tests.
- Le dépistage biologique des addictions doit être effectué uniquement par un médecin.
- Le dépistage biologique de la toxicomanie se justifie seulement pour les postes dits de sécurité.
- Les tests urinaires de dépistage de la toxicomanie constitueraient un bon outil pour le médecin du travail.
- Les tests salivaires de dépistage de la toxicomanie constitueraient un bon outil pour le médecin du travail.

Pour chaque item :

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 [NSP]

Q21 Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé des... ?

★ Enquêteur : citer successivement les différents tests de dépistage.

- Éthylo-tests
- Alcoolémies
- Test salivaires de dépistage de la toxicomanie
- Tests urinaires de dépistage de la toxicomanie

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si Q21 = oui

Q22 Combien de tests...

- Éthylo-tests
- Alcoolémies
- Test salivaires de dépistage de la toxicomanie
- Tests urinaires de dépistage de la toxicomanie

... avez-vous utilisé au cours des douze derniers mois ?

Q23 Au cours des douze derniers mois, combien de chefs d'entreprises ou de DRH* vous ont sollicité pour...

* *Peut correspondre à « Directeur des services » et « Directeur du personnel » pour la fonction publique et les collectivités territoriales.*

★ Enquêteur : pour chaque item, donner un nombre.

- 1 ... un « problème d'alcool » chez un salarié ?
- 2 ... un « problème de cannabis » chez un salarié ?
- 3 ... un « problème d'usage de drogues autres que le cannabis » chez un salarié ?

Q24 Au cours des douze derniers mois, combien de représentants du personnel (CHSCT, DP...) vous ont sollicité pour...

- 1 ... un « problème d'alcool » chez un salarié ?
- 2 ... un « problème de cannabis » chez un salarié ?
- 3 ... un « problème d'usage de drogues autres que le cannabis » chez un salarié ?

Q25 Au cours des deux dernières années, avez-vous initié ou participé à une ou des action(s) collective(s) de prévention en entreprise, QUEL QUE SOIT le thème de santé au travail abordé ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si Q25 = oui

Q26 Sur quel(s) thème(s) portai(en)t cette (ou ces) action(s) collective(s) de prévention ?

★ Question ouverte.

Enquêteur : ne pas citer les réponses.

Réponses multiples.

- 1 La prévention des accidents du travail
- 2 La prévention des maladies professionnelles
- 3 La consommation de tabac
- 4 La consommation d'alcool
- 5 L'usage de cannabis
- 6 L'usage de drogues autres que le cannabis
- 7 Les troubles musculosquelettiques liés au travail (TMS)
- 8 Les lombalgies
- 9 Les risques psychosociaux (stress, violence, harcèlement, RPS)
- 10 La consommation de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques...)
- 11 Les cancers professionnels
- 12 La prévention du risque routier professionnel
- 13 Les risques physiques (le bruit, le rayonnement, le port de charges...)
- 14 Les risques chimiques
- 15 Le VIH et le travail
- 16 La prévention des risques cardiovasculaires type nutrition, obésité, exercice physique...
- 17 Autres (préciser)
- 18 [NSP]

◆ Si en Q26 action de prévention sur les addictions (consommations de tabac, alcool, cannabis ou médicaments psychotropes)

Q27.1 Vous m'avez fait part d'actions de prévention sur les addictions. De quel(s) type(s) d'action(s) relevait votre dernière intervention ?

★ Enquêteur : citer les réponses.

Réponses multiples.

- 1 Une simple action de sensibilisation des salariés
- 2 Un plan de prévention de l'entreprise
- 3 Une formation
- 4 Autre (préciser)

◆ Si en Q26 action de prévention sur les addictions (consommations de tabac, alcool, cannabis ou médicaments psychotropes)

Q27.2 Cette action a-t-elle associé

- Les représentants du personnel ?
- L'encadrement ?
- Le CHSCT ?
- Un ou des intervenants extérieurs spécialisés ? (préciser)

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Pas de CHSCT dans l'entreprise / établissement

Q28 Selon vous, quelles seraient les personnes les plus habilitées pour traiter au sein des établissements les questions de santé ou de sécurité liées à l'alcool, au tabac ou à la consommation de drogues ?

★ Enquêteur : citer les réponses.

Réponses multiples.

- 1 Les DRH
- 2 Le médecin du travail
- 3 Le CHSCT
- 4 L'encadrement
- 5 Des intervenants externes spécialisés
- 6 Les IPRP
- 7 Le service social ou une assistante sociale
- 8 L'infirmière de santé au travail
- 9 Les sauveteurs secouristes au travail (SST)
- 10 Autres personnes (préciser)

Q29 Abordons à présent les relations entre médecins généralistes et médecins du travail. Je vais vous citer plusieurs propositions sur lesquelles je vais vous demander votre opinion par une échelle d'accord. À VOTRE AVIS, qu'est-ce qui relève du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes de santé liés au travail (c'est-à-dire pouvant impacter la santé des salariés) ?

- Repérer l'origine professionnelle d'une maladie
- Dépister une maladie après exposition à un risque professionnel
- Aider à la déclaration d'une maladie d'origine professionnelle
- Remplir le certificat médical de maladie professionnelle
- Aider à la réinsertion professionnelle des patients
- Donner des conseils de prévention professionnelle

- Repérer les personnes à risque face à l'usage d'alcool
- Repérer les consommateurs de cannabis et autres drogues
- Dépister les patients à risque de maladies chroniques
- Évoquer avec les patients leurs conditions de travail
- Donner des conseils de prévention en éducation pour la santé
- Repérer et accompagner les patients en souffrance psychologique

Pour chaque item :

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord,
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 [NSP]

Q30 Dans votre pratique, êtes-vous sollicité... par les médecins généralistes pour... ?

- Un accident du travail
- Un arrêt de travail
- Un arrêt maladie
- Des arrêts de travail récurrents
- Une visite de préreprise
- Un problème d'aptitude au poste
- Une suspicion de maladie liée au travail
- Une demande de renseignements sur les conditions de travail du patient
- Une demande de conseil sur la surveillance d'un patient ayant été exposé à des risques professionnels
- Un problème d'alcoolisation ou d'addiction
- Une pathologie chronique
- Un problème de santé psychique (stress, dépression)

Pour chaque item :

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 [NSP]

Q31 Pour chacune des opinions suivantes, diriez-vous que vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord ?

- Les médecins généralistes comprennent bien le métier du médecin du travail.
- Les médecins généralistes sont plutôt méfiants à l'égard de l'indépendance des médecins du travail.
- Les médecins généralistes sont confiants dans l'efficacité des médecins du travail.

- Les médecins généralistes sont facilement ouverts au dialogue avec les médecins du travail.
- Les médecins généralistes coopèrent volontiers avec les médecins du travail.

Pour chaque item :

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 [NSP]

Signalétique

Q32 Quelle est votre année de naissance ?

★ Enquêteur : recoder l'âge.

- 1 Moins de 45 ans
- 2 45-50 ans
- 3 51 ans et +
- 4 [Refus]

Q33 Combien d'entreprises ou d'établissements suivez-vous, vous personnellement ?

Q34 Combien de salariés suivez-vous, vous personnellement ?

Q35 Disposez-vous d'une formation en... ?

- Addictologie
- Santé-environnement
- Éducation pour la santé

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si en Q35 formé en addictologie

Q36 Quelle formation en addictologie avez-vous suivie ?

★ Enquêteur : citer les réponses.

Réponses multiples.

- 1 D.U. d'alcoologie
- 2 D.U. de tabacologie
- 3 Autre (préciser)

Q37 Avant d'être médecin du travail, aviez-vous exercé une autre profession médicale ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si Q37 = oui

Q38 Quelle autre profession médicale aviez-vous exercée ?

★ Enquêteur : citer les réponses.

- 1 Médecin généraliste
- 2 Médecin scolaire
- 3 Autre (préciser)

Fin du questionnaire et remerciements.

Lettre-annonce de l'enquête « Médecins généralistes et santé au travail »



Saint-Denis, le 4 septembre 2009

Cher(ère) confrère,

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, avec le soutien du Conseil national de l'Ordre des médecins, souhaite recueillir votre opinion et vos pratiques en matière de santé environnementale et de santé au travail.

Cette étude complémentaire au « Baromètre santé médecins », effectuée auprès de 750 médecins généralistes, permettra de développer des outils pour vous accompagner dans votre pratique quotidienne et à orienter les politiques de prévention.

Dans les prochains jours, un enquêteur de l'Institut GfK-ISL prendra contact avec vous par téléphone ; un dédommagement pour le temps consacré à cet entretien vous sera proposé.

Il est très important que chacun accepte de répondre, la validité scientifique de l'étude étant subordonnée au taux d'acceptation le plus élevé possible. Conformément à la réglementation de la CNIL en vigueur, vos réponses seront anonymisées.

Nous vous remercions par avance de l'accueil que vous réserverez à cette démarche et vous prions d'agréer, cher(ère) confrère, l'expression de notre considération distinguée.

Thanh Le Luong
Directrice générale
Inpes
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex

Docteur Michel Legmann
Président
Conseil national de l'Ordre des médecins
180, Boulevard Haussmann
75389 Paris Cedex 08

Questionnaire de l'enquête « Médecins généralistes et santé au travail »

Ne sont reprises dans cet ouvrage que les questions relatives à la thématique santé-travail.

Questionnaire

Q1 À ce jour, estimez-vous être très bien, plutôt bien, plutôt mal, très mal informé sur les maladies professionnelles et les problèmes de santé liés au travail ?

- 1 Très bien
- 2 Plutôt bien
- 3 Plutôt mal
- 4 Très mal informé
- 5 [NSP]

Q2 Par quels supports vous documentez-vous généralement en matière de santé-environnement ou de santé au travail ?

★ Enquêteur : citer en oui / non. Plusieurs réponses possibles.

- 1 Par les grands médias (télévision, radio, presse nationale ou régionale)
- 2 Par les revues médicales
- 3 Par les revues scientifiques ou spécialisées
- 4 Par Internet ou les sites web

- 5 Vous ne vous documentez pas en matière de santé environnement et santé au travail
- 6 [Aucun de ces supports]
- 7 [NSP]

◆ Si en Q2 utilisation d'Internet ou de sites web

Q3 Quels sites Internet ou sites web avez-vous déjà utilisés pour vous documenter en matière de santé-environnement ou de santé au travail ?

★ Enquêteur : question ouverte.

Q4 Vous, personnellement, vous arrive-t-il... ?

- ... d'interroger vos patients sur leurs conditions de travail du moment ?
- ... d'interroger vos patients sur leurs conditions de travail passées ?

Pour chaque item :

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 [NSP]

Q5 À VOTRE AVIS, qu'est-ce qui relève du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes de santé liés au travail (c'est-à-dire pouvant impacter la santé des salariés) ?

★ Enquêteur : si nécessaire, préciser qu'il s'agit d'une opinion.

- Repérer l'origine professionnelle d'une maladie.
- Dépister une maladie après exposition à un risque professionnel.
- Aider à la déclaration d'une maladie d'origine professionnelle.
- Remplir le certificat médical de maladie professionnelle.
- Aider à la réinsertion professionnelle des patients.
- Donner des conseils de prévention professionnelle.
- Repérer les personnes à risque face à l'usage d'alcool
- Repérer les consommateurs de cannabis et autres drogues.
- Dépister les patients à risque de maladies chroniques.
- Évoquer avec les patients leurs conditions de travail.
- Donner des conseils de prévention en éducation pour la santé.
- Repérer et accompagner les patients en souffrance psychologique.

Pour chaque item :

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 [NSP]

Q6 Pour chacune des opinions suivantes, diriez-vous que vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord ? Les médecins généralistes...

- ... comprennent bien le métier du médecin du travail.
- ... sont plutôt méfiants à l'égard de l'indépendance des médecins du travail.
- ... sont confiants dans l'efficacité des médecins du travail.
- ... sont facilement ouverts au dialogue avec le médecin du travail.
- ... coopèrent volontiers avec les médecins du travail.

Pour chaque item :

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 [NSP]

Q7 Et concernant les médecins du travail, diriez-vous que vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord avec les opinions suivantes ?

Les médecins du travail...

- ... comprennent bien le rôle que les médecins généralistes peuvent jouer dans la prise en charge des problèmes de santé liés au travail.
- ... sont confiants dans l'efficacité des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes de santé au travail.
- ... sont facilement ouverts au dialogue avec le médecin généraliste.
- ... coopèrent volontiers avec les médecins généralistes.

Pour chaque item :

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 [NSP]

Q8 Lorsque vous posez des questions à vos patients sur leurs conditions de travail, êtes-vous plus spécifiquement attentif à certaines populations ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si Q8 = oui

Q9 Pour quelle(s) population(s) êtes-vous spécifiquement attentif aux conditions de travail ?

★ Enquêteur : ne pas citer. Question ouverte précédée. Plusieurs réponses possibles. Relancer une fois avec « Pour quelles autres populations ? »

- 1 Femmes
- 2 Femmes enceintes ou en âge de procréer
- 3 Jeunes
- 4 Migrants
- 5 Populations précaires
- 6 Ouvriers (sans précision)
- 7 Ouvriers du BTP
- 8 Ouvriers secteur agricole
- 9 Personnes de santé fragile, malades
- 10 Item semi-ouvert
- 11 Item semi-ouvert
- 12 Item semi-ouvert
- 13 Item semi-ouvert
- 14 Item semi-ouvert

Q10 Dans votre patientèle, à quel pourcentage estimez-vous la fréquence des pathologies pour lesquelles le travail est un facteur causal, favorisant ou aggravant ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 5 % et moins
- 2 De 6 à 10 %
- 3 De 11 à 20 %
- 4 21 % et plus
- 5 [NSP]

Q11 Dans votre patientèle, au cours des cinq dernières années, combien de patients vous ont signalé avoir reçu une attestation d'exposition à des produits cancérigènes ou toxiques (CMR*) ?

* CMR : une attestation CMR est délivrée par l'employeur au moment de la cessation d'activité, (retraite ou changement d'entreprise) en cas d'exposition à des produits cancérigènes ou toxiques. Cette attestation peut également être délivrée par un médecin du travail.

★ Enquêteur : « Je parle bien d'attestation d'exposition ». Noter en clair.

Q12 Au cours des douze derniers mois, quels types de problèmes de santé liés au travail avez-vous rencontrés dans votre pratique ?

- Des accidents de travail
- Des problèmes de souffrance psychique liés aux conditions de travail, c'est-à-dire de stress, harcèlement, violences, anxiété, dépression
- Des troubles musculosquelettiques des membres
- Des cancers d'origine professionnelle
- Des atteintes auditives
- Des allergies cutanées
- Des allergies respiratoires
- Des maladies infectieuses
- Des pathologies lombaires

Pour chaque item :

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 [NSP]

Q13 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous rempli un certificat médical pour un de vos patients, afin qu'il déclare une maladie professionnelle auprès de la Sécurité sociale ?

★ Enquêteur : noter en clair.

Q14 Au cours des douze derniers mois, avez-vous des patients qui ont refusé de faire leur déclaration de maladie professionnelle ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si Q14 = oui

Q15 Combien de patients ont refusé de faire leur déclaration de maladie professionnelle ?

★ Enquêteur : noter en clair.

Q16 Voici différentes affirmations. Quels sont, selon vous, les obstacles pour les patients à la déclaration d'une maladie professionnelle ?

★ Enquêteur : citer en oui / non. Plusieurs réponses possibles.

- 1 Les patients ne font pas le lien entre leur maladie et le travail.
- 2 Les patients ne voient pas l'intérêt de cette déclaration.
- 3 La démarche de déclaration est trop complexe.
- 4 Les patients craignent des répercussions sur leur situation professionnelle, leur emploi.
- 5 [Aucun obstacle/ aucun de ces obstacles]
- 6 [NSP]

Q17 Et selon vous, quels sont les obstacles rencontrés par le médecin généraliste à la déclaration d'une maladie professionnelle ? Est-ce...

- ... le repérage de l'origine professionnelle d'une maladie ?
- ... le temps à y consacrer ?
- ... le fait qu'il ne s'agit pas d'un acte médical ?
- ... la faible rémunération des certificats initiaux ?
- ... la méconnaissance des procédures administratives ?
- ... la méconnaissance des critères de déclaration ?
- ... la complexité des tableaux de maladies professionnelles ?
- ... la crainte du médecin de répercussions sur l'emploi et la situation sociale du patient ?
- ... les difficultés de reconnaissance administrative en maladies professionnelles ?
- ... la crainte d'être manipulé par le patient ?

Pour chaque item :

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 [NSP]

Q18 Lorsqu'un patient est en arrêt maladie prolongé, vous arrive-t-il de provoquer ou d'initier une visite de préreprise auprès du médecin du travail ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 [NSP]

Q19 Et face à des arrêts de travail récurrents, pouvant avoir des répercussions sur le travail, vous arrive-t-il de suggérer à vos patients de prendre contact avec leur médecin du travail ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 [NSP]

Q20 Combien de fois au cours des douze derniers mois avez-vous adressé l'un de vos patients à un médecin du travail pour une visite de préreprise ?

Q21 Au cours des douze derniers mois, avez-vous sollicité un médecin du travail pour vos patients concernant... ?

★ Enquêteur : citer.

- ... un accident du travail ?
- ... un arrêt de travail ?
- ... un problème d'aptitude au poste ?
- ... une suspicion de maladie liée au travail ?
- ... une demande de renseignements sur les conditions de travail du patient ?
- ... une demande de conseil sur la surveillance d'un patient ayant été exposé à des risques professionnels ?
- ... un problème d'alcoolisation ou d'addiction ?
- ... une pathologie chronique ?
- ... un problème de santé psychique (stress, dépression) ?

Pour chaque item :

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 [NSP]

◆ Si en Q21 consultation pour accident du travail (exclusion des « jamais »)

Q22 Combien de fois au cours des douze derniers mois avez-vous sollicité un médecin du travail pour un accident du travail ?

◆ Si en Q21 consultation pour arrêt de travail (exclusion des « jamais »)

Q23 Combien de fois au cours des douze derniers mois avez-vous sollicité un médecin du travail pour un arrêt de travail ?

Q24 Vous sentez-vous en mesure de répondre facilement aux questions posées par vos patients à propos des problèmes de santé au travail ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout
- 5 [NSP]

◆ Si en Q24 difficultés à répondre aux questions posées par les patients (exclusion des « tout à fait »)

Q25 Quelles sont les thématiques de santé au travail sur lesquelles vous rencontrez le plus de difficultés pour répondre aux questions de vos patients ?

★ Question posée à la moitié de l'échantillon (l'autre moitié ayant été interrogée sur la thématique santé-environnement).
Enquêteur : question ouverte, plusieurs réponses possibles. Relancer une fois : « Quelles sont les autres thématiques de santé au travail sur lesquelles vous rencontrez le plus de difficultés pour répondre aux questions de vos patients ? »

- 1 Les problèmes d'aptitude au poste
- 2 Les problèmes d'alcoolisation ou d'addiction
- 3 Les troubles musculosquelettiques (TMS)
- 4 Les problèmes de souffrance psychique (stress, harcèlement, violences, anxiété, dépression)
- 5 Les cancers d'origine professionnelle
- 6 Les atteintes auditives
- 7 Les allergies cutanées
- 8 Les allergies respiratoires
- 9 Les pathologies lombaires
- 10 Les expositions à des produits chimiques, toxiques ou industriels
- 11 [Aucune difficulté]
- 12 [NSP]
- 13 Item semi-ouvert
- 14 Item semi-ouvert

- 15 Item semi-ouvert
16 Item semi-ouvert
17 Item semi-ouvert

Q26 Si vous deviez vous documenter dans le domaine de la santé au travail, quelles sources d'information utiliseriez-vous ?

★ Question posée à la moitié de l'échantillon (l'autre moitié ayant été interrogée sur la thématique santé-environnement).
Enquêteur : citer en oui / non.

Plusieurs réponses possibles..

- 1 Les grands médias comme la télévision, radio, presse nationale ou régionale
- 2 Les quotidiens médicaux
- 3 Les revues médicales
- 4 Les revues scientifiques ou spécialisées
- 5 Google ou autres moteurs de recherche
- 6 Des sites médicaux
- 7 Des bases de données médicales type Pubmed
- 8 Le recours à des experts
- 9 Le recours à des associations de médecins
- 10 Le recours à des sociétés savantes
- 11 Le recours aux ministères comme le ministère de la Santé, le ministère du Travail...
- 12 Le recours aux Agences régionales de santé comme les anciennes DRASS, la DDASS, l'URCAM
- 13 Le recours aux agences ou institutions sanitaires comme la HAS, l'Afssa, l'Afsset, l'INVS, l'Inpes, l'INRS, l'Inserm
- 14 [NSP]
- 15 [Ne souhaite pas répondre]

Q27 Avez-vous déjà consulté des tableaux de maladies professionnelles ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 [NSP]

Q28 Dans votre pratique, souhaiteriez-vous disposer de questionnaires-types d'aide au repérage des risques professionnels ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q29 Dans le cadre de votre formation initiale, avez-vous reçu une formation ou suivi un D.U. ...

- En santé-environnement ?
- En santé au travail ?
- En éducation pour la santé ?

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q30 Et dans le cadre de la formation médicale continue (FMC), avez-vous suivi une ou des formations...

- En santé-environnement ?
- En santé au travail ?
- En éducation pour la santé ?

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q31 Souhaiteriez-vous suivre un enseignement de formation continue (FMC)...

- En santé-environnement ?
- En santé au travail ?
- En éducation pour la santé ?

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q32 Quels journaux ou revues de la presse médicale lisez-vous ?

★ Enquêteur : citer en oui / non. Plusieurs réponses possibles.

- 1 Le Quotidien du médecin
- 2 Le Généraliste
- 3 La revue La presse médicale
- 4 Impact médecin
- 5 Le concours médical
- 6 Le Panorama du médecin
- 7 La Revue du praticien (mensuel)
- 8 La revue Médecine
- 9 La Revue du praticien médecine générale (bimensuel)
- 10 Prescrire
- 11 Le BEH
- 12 La Revue d'épidémiologie et de santé publique
- 13 [Aucun / aucun de ces titres]
- 14 [NSP]

Signalétique

Q33 Dans quel secteur exercez-vous ?

★ Enquêteur : citer.

Si dépassement permanent coder secteur 2.

- 1 Secteur 1
- 2 Secteur 2
- 3 Non conventionné
- 4 [NSP]

Q34 Exercez-vous... ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 En cabinet de groupe ?
- 2 En cabinet individuel ?
- 3 [Refus]

Q35 Pratiquez-vous au moins un mode d'exercice particulier de la médecine comme l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie, etc. ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Régulièrement
- 2 Occasionnellement
- 3 Jamais
- 4 [Refus]

Q36 Combien d'actes médicaux réalisez-vous en moyenne par jour en secteur libéral, c'est-à-dire à votre cabinet et en visite à domicile ?

Q37.1 Participez-vous à un ou plusieurs réseaux de santé ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si Q37.1 = oui

Q37.2 Sur quel(s) thème(s) ?

★ Enquêteur : ne pas citer. Plusieurs réponses possibles.

Une seule relance : « Sur quel autre thème ? »

- 1 Alcool
- 2 Alzheimer
- 3 Cancer
- 4 Diabète
- 5 Gériatrie / gériatrie
- 6 Hépatite C
- 7 Maladies cardiovasculaires, HTA (hypertension artérielle)
- 8 Obésité (nutrition, repop, epode, villes actives PNNS...)
- 9 Soins palliatifs
- 10 Toxicomanie / traitement de substitution héroïne

- 11 VIH
- 12 [NSP]
- 13 Item semi-ouvert
- 14 Item semi-ouvert
- 15 Item semi-ouvert
- 16 Item semi-ouvert
- 17 Item semi-ouvert

Q38.1 Participez-vous à...

- une association environnementale ?
- une association médicale ?

Pour chaque item :

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si Q38.1 = oui

Q38.2 À quelle association médicale participez-vous ?

★ Enquêteur : ne pas citer, plusieurs réponses possibles. Une seule relance : « À quelle autre association médicale participez-vous ? ».

Si le médecin cite « une association d'enseignement post-universitaire », le relancer en demandant : « S'agit-il d'une association de formation continue ou d'une association d'enseignement universitaire ? ».

- 1 AMIES
- 2 ASEP
- 3 CNGE
- 4 MGform
- 5 RES
- 6 SFMG
- 7 SFTG
- 8 URML
- 9 Syndicats médicaux
- 10 Association de formation continue
- 11 Association d'enseignement universitaire
- 12 Item semi-ouvert
- 13 Item semi-ouvert
- 14 Item semi-ouvert
- 15 Item semi-ouvert
- 16 Item semi-ouvert

Q39 Êtes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout satisfait par l'exercice de votre profession ?

- 1 Très satisfait
- 2 Plutôt satisfait
- 3 Plutôt pas satisfait
- 4 Pas du tout satisfait
- 5 [NSP]

Q40 Pour terminer, quelle est votre année de naissance ?

Fin du questionnaire et remerciements.

Liste des tableaux et des figures

Méthodologies des enquêtes « Médecins du travail » et « Médecins généralistes et santé au travail »

- 22 **Tableau I** : enquêtes « Médecins du travail » et « Médecins généralistes et santé au travail »
- 23 **Tableau II** : Structure de l'échantillon « Médecins du travail »
- 24 **Tableau III** : Structure de l'échantillon « Médecins généralistes »

- 23 **Figure 1** : Représentativité de l'échantillon « Médecins du travail », par région

Mésusage de substances psychoactives : quel rôle de prévention pour les médecins du travail ?

- 44 **Tableau I** : Régression logistique sur le fait de « documenter systématiquement le dossier médical » des salariés sur les consommations de substances psychoactives
- 46 **Tableau II** : Tenue de statistiques sur les usagers de SPA suivant le type de services
- 49 **Tableau III** : Régression logistique sur le fait d'utiliser les tests validés selon les substances psychoactives
- 52 **Tableau IV** : Régression logistique sur l'orientation vers une consultation spécialisée
- 54 **Tableau V** : Régression logistique sur le fait de ne pas travailler en réseau
- 54 **Tableau VI** : Régression logistique sur le sentiment d'efficacité des médecins par rapport à la prévention des pratiques addictives

- 36 **Figure 1** : Importance des priorités à traiter dans le cadre de la santé au travail
- 37 **Figure 2** : Problématiques les plus fréquemment rencontrées par les médecins du travail
- 38 **Figure 3** : Problématiques les plus fréquemment rencontrées par les médecins du travail, suivant le type de services
- 39 **Figure 4** : Opinions des médecins du travail sur l'évolution des pratiques addictives et des dépressions au travail

- 40 **Figure 5** : Évaluation par les médecins du travail de la proportion de leurs salariés en difficulté avec les différentes substances psychoactives
- 41 **Figure 6** : Pourcentage de salariés déclarés en difficulté avec les différentes substances psychoactives, suivant le régime d'appartenance des médecins
- 42 **Figure 7** : Documentation du dossier médical des patients
- 43 **Figure 8** : Documentation du dossier médical des salariés sur les addictions, selon le sexe
- 45 **Figure 9** : Pourcentage des médecins déclarant tenir des statistiques sur les consommations de substances psychoactives de leurs salariés, suivant le sexe
- 45 **Figure 10** : Pourcentage des médecins déclarant tenir des statistiques sur les consommations de substances psychoactives de leur salariés, suivant leur formation en addictologie
- 46 **Figure 11** : Utilisation de questionnaires d'aide au repérage des facteurs de risques ou au dépistage de pathologies
- 47 **Figure 12** : Domaines dans lesquels les médecins du travail déclarent utiliser des questionnaires d'aide au repérage des facteurs de risques ou au dépistage de pathologies
- 48 **Figure 13** : Modalités de renseignement du DMST sur les addictions
- 50 **Figure 14** : Démarches adoptées par les médecins du travail face à des salariés faisant usage de substances psychoactives
- 51 **Figure 15** : Proportion des médecins déclarant en première démarche donner des conseils de prévention, suivant le sexe
- 53 **Figure 16** : Travail en réseau, suivant le type de services
- 53 **Figure 17** : Proportion des médecins travaillant avec les réseaux d'addictologie, suivant leur formation
- 55 **Figure 18** : Deux principaux freins à la mise en place d'actions de prévention

Connaissances et pratiques du repérage précoce et des interventions brèves par les médecins du travail

- 73 **Tableau I** : Déclaration d'intention des médecins du travail à se former au RPIB
- 75 **Tableau II** : Facteurs associés à la connaissance des interventions brèves / au fait d'envisager de se former au RPIB / à la pratique des interventions brèves
- 72 **Figure 1** : Sources d'information des médecins du travail sur le RPIB
- 73 **Figure 2** : Proportion de médecins du travail déclarant souhaiter se former au RPIB suivant les services

Tests de dépistage : opinions et pratiques des médecins du travail

- 87 **Tableau I** : Opinions sur la pratique des tests par les médecins ou par les employeurs
- 88 **Tableau II** : Opinions sur l'utilité des tests urinaires et salivaires de dépistage de la toxicomanie
- 89 **Tableau III** : Nombre de tests de dépistage utilisés au cours des 12 derniers mois
- 90 **Tableau IV** : Régression logistique sur la pratique des éthylotests et des alcoolémies au cours des 12 derniers mois (sur les effectifs non pondérés)
- 91 **Tableau V** : Régression logistique sur la pratique des tests urinaires au cours des 12 derniers mois (sur les effectifs non pondérés)
- 86 **Figure 1** : Opinion des médecins du travail sur les tests de dépistage
- 87 **Figure 2** : Opinion des médecins du travail sur les tests de dépistage de la toxicomanie
- 89 **Figure 3** : Pratique des tests de dépistage au cours des 12 derniers mois, selon le service

Actions collectives en entreprise : la place des médecins du travail

- 100 Tableau I :** Sollicitations de DRH ou de représentants du personnel pour un problème d'alcool chez un salarié au cours des 12 derniers mois
- 100 Tableau II :** Sollicitations de DRH pour un problème de cannabis chez un salarié au cours des 12 derniers mois
- 102 Tableau III :** Les thèmes d'actions les plus fréquemment cités selon le type de services
- 104 Tableau IV :** Personnes habilitées pour traiter les questions d'addictions selon le médecin du travail, suivant le type de service
- 99 Figure 1 :** Proportion de médecins du travail déclarant avoir été sollicités par des DRH pour un problème chez un salarié dans les 12 derniers mois
- 99 Figure 2 :** Proportion de médecins du travail déclarant avoir été sollicités par des représentants du personnel pour un problème chez un salarié dans les 12 derniers mois
- 101 Figure 3 :** Initiation ou participation à des actions collectives de prévention en entreprise
- 103 Figure 4 :** Partenaires associés aux actions de prévention sur les addictions
- 103 Figure 5 :** Personnes habilitées pour traiter les questions d'addictions selon le médecin du travail
- ## Médecins généralistes et santé au travail
- 122 Tableau I :** Régression logistique sur le fait de répondre facilement aux questions posées par les patients en santé-travail
- 127 Tableau II :** Facteurs associés au nombre de certificats médicaux déclarés dans l'année
- 133 Tableau III :** Résultats d'analyses de variance à un facteur menées sur les deux scores (confiance et perception) comme variables dépendantes
- 136 Tableau IV :** Résultats d'une régression logistique ayant pour variable dépendante le fait de penser que les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la prise en charge des problèmes de santé au travail
- 139 Tableau V :** Facteurs associés au fait que les médecins généralistes initient souvent une visite de préreprise
- 123 Figure 1 :** Source de documentation des médecins généralistes en santé-environnement et en santé au travail
- 124 Figure 2 :** Proportion de médecins généralistes déclarant interroger leurs patients sur leurs conditions de travail
- 124 Figure 3 :** Estimation par les médecins généralistes de la fréquence des pathologies liées au travail de leur patientèle
- 125 Figure 4 :** Pathologies liées au travail rencontrées par les généralistes dans les 12 derniers mois
- 126 Figure 5 :** Proportion de médecins ayant rempli des certificats médicaux au cours des 12 derniers mois, selon le sexe
- 128 Figure 6 :** Opinions des médecins généralistes sur les obstacles des patients à effectuer leur déclaration de maladie professionnelle
- 129 Figure 7 :** Opinions des médecins généralistes sur les obstacles rencontrés par les médecins par rapport à la déclaration de maladie professionnelle
- 130 Figure 8 :** Regards croisés sur les relations des médecins généralistes et des médecins du travail
- 131 Figure 9 :** Opinions des médecins généralistes sur les médecins du travail
- 133 Figure 10 :** Distributions des scores de confiance et de perception accordés par les généralistes aux médecins du travail
- 135 Figure 11 :** Perception du rôle du médecin généraliste en santé au travail
- 137 Figure 12 :** Opinions des médecins du travail sur la fréquence de leurs sollicitations par les médecins généralistes
- 138 Figure 13 :** Sollicitations des médecins du travail effectuées par les médecins généralistes dans les 12 derniers mois
- 138 Figure 14 :** Fréquence des sollicitations des médecins du travail par les médecins généralistes pour une visite de préreprise au cours des 12 derniers mois

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Medi-Text** - 83, rue de Gergovie - 75014 Paris
Photographie de couverture **Getty Images**
Impression **Fabrègue** - Bois Joly - BP 10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche
Dépôt légal janvier 2012

Pratiques addictives sur le lieu de travail, mal-être associé ou « importé » au travail, déclarations de maladie professionnelle, arrêts de travail... Les médecins du travail et les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à l'impact des facteurs de risques professionnels sur la santé de leurs patients. Aujourd'hui, les coopérations entre ces professionnels doivent se renforcer.

Dans ce contexte, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Institut national de recherche et de sécurité et la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France ont partagé leurs champs d'études afin de rendre compte, en partie, de l'activité de ces professionnels autour des problématiques de santé au travail, des enjeux et des difficultés. Deux enquêtes indépendantes et complémentaires autour de ces problématiques ont ainsi été réalisées en 2009.

La première – réalisée et financée par l'Inpes, l'INRS et la SMTIOIF – porte sur l'implication des médecins du travail dans le champ de la santé publique, et plus particulièrement des pratiques addictives : quel(s) rôle(s) pour les médecins du travail dans la prévention de ces pratiques en milieu professionnel ? Comment sont-ils sollicités pour mettre en œuvre des actions collectives de prévention ? Quelles sont leurs opinions sur les tests de dépistage ?

La seconde – réalisée et financée par l'Inpes – analyse les opinions et pratiques des médecins généralistes en santé au travail : comment conçoivent-ils leur rôle ? Quelles pathologies liées au travail rencontrent-ils ? Quelles occasions ont-ils de solliciter les médecins du travail ?

Enfin, un volet commun aux deux enquêtes interroge les perceptions croisées des médecins généralistes et des médecins du travail sur leurs relations de coopération.

**Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires.
Ne peut être vendu.**

