

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° 182

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine du Travail

par

Marièle COINDREAU

Née le 04 juillet 1979 à Poitiers

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2009

**EVALUATION DES RISQUES LIES A LA
CONSOMMATION D'ALCOOL LORS DES VISITES
SYSTEMATIQUES DE MEDECINE DU TRAVAIL**

Composition du jury

Président : Professeur Christian GERAUT

Directeur de thèse : Docteur Eric ESPOSITO

Membres : Professeur Gilles POTEL, Professeur Jean-Marie VANELLE,
Docteur Dominique DUPAS

TABLE DES MATIERES

Première partie

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCTION | 8 |
| 2. GENERALITES | 9 |
| 2.1. Définitions | 9 |
| 2.1.1. Ethanol ou alcool éthylique | 9 |
| 2.1.2. Ethylotests | 10 |
| 2.1.3. Ethylomètre | 11 |
| 2.1.4. Alcoolémie | 11 |
| 2.1.5. Boissons alcooliques | 14 |
| 2.1.6. Boissons alcoolisées | 14 |
| 2.1.7. Le verre standard | 14 |
| 2.2. Consommation d'alcool | 15 |
| 2.2.1. Etat des lieux en France | 15 |
| 2.2.2. Evolution de la consommation | 17 |
| 2.2.3. Consommation en milieu de travail | 19 |
| 2.2.3.1. Quelques chiffres | 19 |
| 2.2.3.2. Les professions les plus concernées | 19 |
| 2.2.3.3. Des circonstances favorisantes | 20 |
| 2.2.3.4. La majoration des risques | 22 |
| 2.2.3.5. Le coût pour l'entreprise | 24 |
| 2.3. Le risque alcool | 25 |
| 2.3.1. Le non-usage | 25 |
| 2.3.2. L'usage et les seuils de risque | 26 |
| 2.3.3. Le mésusage | 26 |
| 2.3.3.1. L'usage à risque | 26 |
| 2.3.3.2. L'usage nocif ou abus | 26 |
| 2.3.3.3. L'usage avec dépendance | 27 |
| 2.3.4. La dépendance | 27 |
| 2.3.4.1. La dépendance physique ou pharmacologique | 27 |
| 2.3.4.2. La dépendance psychique | 27 |
| 2.3.4.3. La classification CIM-10 | 28 |
| 2.3.4.4. La classification DSM-IV | 29 |
| 2.3.5. La pyramide de Skinner | 30 |
| 2.3.5.1. La prévention primaire | 30 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 2.3.5.2. | La prévention secondaire | 30 |
| 2.3.5.3. | La prévention tertiaire | 30 |
| 2.4. | Les dommages sanitaires | 31 |
| 2.4.1. | La prévalence des consommations d'alcool | 31 |
| 2.4.2. | Généralités sur la mortalité et la morbidité | 31 |
| 2.4.3. | Les conséquences somatiques | 32 |
| 2.4.3.1. | Les cancers | 32 |
| 2.4.3.2. | Les complications hépatiques | 33 |
| 2.4.3.3. | Les complications neurologiques | 34 |
| 2.4.3.4. | Les complications fœtales | 36 |
| 2.4.3.5. | Les complications cardiovasculaires | 37 |
| 2.4.4. | Les complications psychosociales | 38 |
| 2.4.5. | Les complications psychiatriques | 38 |
| 2.5. | Le cadre légal | 40 |
| 2.5.1. | Le code du travail | 40 |
| 2.5.2. | Le règlement intérieur | 41 |
| 2.5.3. | Les contrôles d'alcoolémie | 43 |
| 2.5.4. | Le code de la santé publique | 45 |
| 2.5.5. | Le code de la route | 45 |
| 2.5.6. | Le code pénal | 46 |
| 2.5.7. | Les jugements des tribunaux | 48 |
| 3. | OUTILS DE REPERAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL | 50 |
| 3.1. | L'examen clinique | 50 |
| 3.1.1. | L'entretien et la consommation déclarée d'alcool | 50 |
| 3.1.2. | Les signes fonctionnels | 51 |
| 3.1.2.1. | Les plaintes somatiques | 51 |
| 3.1.2.2. | Les troubles psychiques et comportementaux | 51 |
| 3.1.2.3. | Les troubles relationnels et sociaux | 51 |
| 3.1.3. | Les signes cliniques | 52 |
| 3.2. | Les examens biologiques | 53 |
| 3.2.1. | Le Volume Globulaire Moyen (VGM) | 53 |
| 3.2.2. | La Gamma-Glutamyl-Transférase (GGT) | 54 |
| 3.2.3. | L'Aspartate aminotransférase (ASAT) et l'Alanine aminotransférase (ALAT) | 54 |
| 3.2.4. | Un nouvel indicateur : la transferrine désialylée (CDT) | 54 |
| 3.2.5. | Récapitulatif | 55 |

| | |
|--------------------------------|-----------|
| 3.3. Les questionnaires | 56 |
| 3.3.1. Le MAST | 56 |
| 3.3.2. Le DETA-CAGE | 57 |
| 3.3.3. L'AUDIT | 58 |
| 3.3.4. Le FACE | 60 |
| 3.3.5. En conclusion | 61 |

Deuxième partie

| | |
|---|-----------|
| 1. OBJECTIFS | 62 |
| 2. MATERIEL | 62 |
| 2.1. Questionnaire | 62 |
| 2.2. Population cible | 63 |
| 2.2.1. Les services interentreprises | 63 |
| 2.2.2. La fonction publique | 64 |
| 2.2.3. Les services autonomes | 64 |
| 2.2.4. Récapitulatif | 65 |
| 3. METHODE | 65 |
| 3.1. Généralités | 65 |
| 3.2. Inclusion dans l'enquête | 65 |
| 3.3. Méthode d'analyse | 65 |
| 4. RESULTATS | 66 |
| 4.1. Données sociodémographiques | 66 |
| 4.1.1. Age des médecins | 66 |
| 4.1.2. Sexe des médecins | 66 |
| 4.1.3. Mode d'exercice des médecins du travail | 67 |
| 4.2. Interrogatoire et examen clinique | 69 |
| 4.2.1. Evaluation de la consommation d'alcool lors de l'interrogatoire et utilisation du verre standard | 69 |
| 4.2.2. Recherche de signes fonctionnels liés à la consommation | 70 |
| 4.2.3. Recherche de signes cliniques liés à la consommation | 78 |

| | |
|--|------------|
| 4.3. Examens complémentaires | 81 |
| 4.3.1. La prescription des examens complémentaires | 83 |
| 4.3.2. Les examens biologiques | 85 |
| 4.4. Les questionnaires validés | 88 |
| 4.4.1. Connaissance des questionnaires validés | 88 |
| 4.4.2. Utilisation en visite médicale | 91 |
| 4.5. L'intervention brève | 92 |
| 4.5.1. Connaissance de l'intervention brève | 92 |
| 4.5.2. Utilisation en visite médicale | 93 |
| 4.6. Pourquoi la question alcool n'est-elle pas abordée ? | 94 |
| 5. DISCUSSION | 96 |
| 5.1. Rappel de l'objectif initial | 96 |
| 5.2. Validité des données | 96 |
| 5.2.1. Ecart au protocole | 96 |
| 5.2.2. Qualité des données | 96 |
| 5.2.2.1. Biais de sélection | 96 |
| 5.2.2.2. Biais de représentativité | 97 |
| 5.2.2.3. Biais dus aux valeurs manquantes | 97 |
| 5.2.3. Représentativité de l'échantillon des médecins | 98 |
| 5.3. Validité des résultats | 98 |
| 5.3.1. Impression générale sur nos résultats | 98 |
| 5.3.2. Nos résultats nous permettent-ils de répondre à nos questions ? | 98 |
| 6. PROPOSITION D'UN OUTIL | 99 |
| 6.1. Spécificités de la médecine du travail | 99 |
| 6.1.1. Rôle et statut du médecin du travail | 99 |
| 6.1.2. Missions réglementaires du médecin du travail | 99 |
| 6.1.3. Particularités de l'aptitude | 100 |
| 6.1.4. Les examens complémentaires en médecine du travail | 101 |
| 6.2. L'intervention brève | 103 |

| | |
|---|------------|
| 6.2.1. Rappel sur le projet OMS | 103 |
| 6.2.2. Définition | 103 |
| 6.2.3. Modalités | 103 |
| 6.2.4. Expériences en médecine générale | 106 |
| 6.2.5. Expérience en santé au travail : étude EIST | 107 |
| 6.3. Aide au repérage en médecine du travail | 108 |
| 6.3.1. Algorithme décisionnel | 109 |
| 6.3.2. Livrets et brochures | 110 |
| 6.3.3. Et l'intervention brève ? | 113 |
| 6.3.4. Contacts utiles | 113 |
| 7. CONCLUSION | 117 |
| 8. ANNEXES | 118 |
| 9. BIBLIOGRAPHIE | 122 |
| 10. LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES | 128 |

PREMIERE PARTIE

1. INTRODUCTION

La consommation excessive d'alcool en France, malgré une diminution conséquente au cours des trente dernières années, reste inquiétante. On estime à 2,5 millions les alcoolodépendants et à 3 millions les buveurs excessifs ; la consommation à problème est la 2^{ème} cause de mortalité évitable, tuant 45 000 personnes par an, dont la moitié touche des consommateurs non alcoolodépendants. La problématique de l'addiction à l'alcool est un enjeu de santé publique qui a été intégré au plan gouvernemental 2007-2011 et au plan 2008-2011 de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT).

18 millions de salariés sont suivis chaque année par la médecine du travail, et 28% de ces salariés suivis en service de santé au travail n'ont vu que leur médecin du travail comme professionnel de santé dans les 12 derniers mois.

La médecine professionnelle est une médecine de prévention qui a un rôle prépondérant à jouer dans le repérage précoce des consommateurs à risque. Le médecin du travail voit rarement des alcoolodépendants dans son cabinet, ces patients relevant plus de la prise en charge spécialisée, mais est souvent confronté à des consommateurs à risque de dépendance ultérieure, qui sont toujours insérés professionnellement et socialement.

Le médecin du travail a donc l'opportunité d'agir en amont de la dépendance et des dommages sanitaires, en aidant le salarié à réduire sa consommation en dessous des seuils de risque définis par l'OMS.

Le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) visent à réduire la consommation des buveurs excessifs afin de l'amener en dessous des seuils de risque, et sont recommandés par les autorités sanitaires car ce sont des moyens efficaces et peu coûteux de réduire le fléau alcool.

Le RPIB s'est d'abord adressé aux médecins généralistes mais l'étude EIST (Efficacité de l'Intervention Brève en Santé au Travail 2004-2006) a montré l'efficacité de l'intervention brève en santé au travail. Cependant, les médecins du travail s'impliquent peu dans l'évaluation du risque alcool : seuls 21% des médecins du travail abordent systématiquement la question de l'alcool en visite périodique contre 98% pour le tabac¹ et le mot "alcool" n'apparaît dans le dossier médical que dans 5% des cas².

Le plan 2008-2011 de la MILDT prévoit "des actions spécifiques dans les milieux professionnels sur la base d'un état des lieux des addictions au travail en lien avec les partenaires sociaux" et le plan gouvernemental envisage d'ici 2011 une actualisation ou une acquisition de compétences en addictologie pour les médecins du travail (priorité 5/objectif 12/mesure22). Ces volontés publiques témoignent du rôle clé que les médecins du travail ont à jouer dans la prévention primaire.

L'intérêt pour ce sujet m'est venu lors de mes deux semestres en psychiatrie dans le service du Dr Esposito à Saint-Nazaire, où j'ai rencontré des patients en difficulté avec l'alcool. Je me suis demandé comment les médecins du travail s'intéressaient au risque alcool chez leurs salariés et de quels outils d'évaluation ils disposaient.

Le repérage précoce des salariés par les médecins du travail implique que les visites systématiques de santé au travail soient maintenues malgré la pénurie de médecins du travail.

Nous verrons dans une première partie les généralités sur le risque alcool, la consommation d'alcool en France, le cadre légal et les dommages sanitaires. Après avoir parcouru les moyens de repérage des consommateurs d'alcool à risque, nous décrivons dans la seconde partie notre étude prospective auprès des médecins du travail, dans laquelle s'inscrit cette thèse. Nous avons voulu savoir comment les médecins évaluaient le risque alcool en visite de santé au travail et quelles pouvaient être les difficultés qu'ils rencontraient.

Dans la dernière partie nous analyserons et discuterons les résultats de cette étude, l'objectif final étant d'apporter aux médecins du travail un outil pour le repérage précoce des salariés présentant un risque alcool afin de promouvoir une prise en charge par l'intervention brève.

2. GÉNÉRALITÉS

2.1. Définitions

Le vocabulaire utilisé en alcoologie est varié voire complexe, il nécessite donc un bref rappel avant d'entrer dans le sujet.

2.1.1. Ethanol ou alcool éthylique¹

Le mot alcool a une origine étymologique arabe. On l'écrivait autrefois alcohol. Son origine arabe provient de "Al khol" dont le sens premier est la poudre fine de qachal (sulfure d'antimoine) avec laquelle les femmes se fardent les yeux. Au sens figuré, le mot "Al khol" signifie le masque, le magicien, le trompeur, symbole d'illusion, de mensonge et de subtilité.

La formule brute de l'alcool éthylique, ou éthanol, est $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$.

C'est un liquide incolore, volatil, d'odeur caractéristique décelable dès 84 ppm, son point d'ébullition est élevé : 78°C et sa densité est inférieure à l'eau : 0,8. La fonction alcool constitue la partie hydrophile de la molécule, et la chaîne carbonée la partie hydrophobe rendant l'éthanol miscible à la fois dans l'eau, dans les graisses et dans les solvants usuels.

Les utilisations de l'éthanol sont multiples :

- Solvant dans les industries de peintures, vernis, encres, matières plastiques, cosmétiques...
- Désinfectant et biocide
- Matière première dans la production de nombreux composés dont les éthers de glycol
- Constituant de carburants

2.1.2. Ethyloests

Les éthyloests permettent d'établir la présomption du dépassement du seuil légal d'alcoolémie. Il ne s'agit donc que d'un dépistage.

Il existe deux types d'éthyloests :

- **L'éthyloest de catégorie A** ou "alcootest" ou "ballon" est à usage unique.

Il est composé d'un embout de verre contenant le réactif chimique (le dichromate de potassium) relié à une poche plastique d'une contenance d'environ 1 litre. Le dichromate de potassium est un oxydant orange qui réagit avec l'éthanol pour former des ions chrome de couleur vert-brun et de l'acide acétique. Il s'agit d'une réaction colorimétrique proche de celle des tubes Draeger. Quand le sujet a soufflé dans l'embout, le réactif se colore en vert-brun sur une longueur proportionnelle à la quantité d'alcool qui l'a traversé : le repère tracé sur l'embout permet de visualiser le dépassement probable du seuil de 0,25mg/l d'air expiré. Le résultat se lit après 3 minutes et donne un résultat qualitatif et non quantitatif. Ces éthyloests ont un faible coût (1€), ils doivent être conservés à l'abri de la lumière, à une température inférieure à 30°C et être utilisés avant leur date de péremption².

La méthode de dosage n'est pas spécifique, la présence d'autres substances chimiques est susceptible d'interférer avec la coloration³.



- **L'éthyloest de catégorie B** ou éthyloest électronique est réutilisable en changeant l'embout, c'est un petit appareil portable à lecture directe par affichage digital. L'éthyloest électronique est muni d'un capteur d'alcool et d'un microprocesseur : la méthode consiste à générer un courant électrique par oxydation (l'alcool éthylique s'oxyde en acide acétique). Le résultat s'affiche après un délai de 20 secondes. Quand le sujet a soufflé, l'éthyloest mesure le taux d'alcool présent dans l'air expiré, qui s'exprime en mg/l d'air expiré. Pour obtenir le taux en g/l de sang il faut multiplier la valeur lue par 2 : ainsi, un taux de 0,4 mg/l d'air expiré correspond à une alcoolémie de 0,8g/l de sang. Bien que plus fiable que l'éthyloest chimique de catégorie A, la mesure par l'éthyloest de catégorie B n'est pas spécifique et reste un test de dépistage.



2.1.3. Ethylomètre

Si le dépistage par l'éthylotest s'avère positif (dépassement probable du seuil légal de 0,25 mg/l dans l'air expiré correspondant à 0,5g/l dans le sang), **une confirmation** est obligatoire :

- soit par un éthylomètre homologué
- soit par une prise de sang qui donne l'alcoolémie

L'éthylomètre se base sur une analyse infrarouge. Un rayonnement infrarouge basé sur 9,4 μm est absorbé par la molécule contenant une fonction alcool. L'absorption du rayonnement est proportionnelle à la concentration d'alcool dans l'air expiré³.

L'éthylomètre établit la concentration d'alcool éthylique dans l'air expiré et s'exprime en mg/l d'air expiré par un affichage numérique direct. C'est un appareil fiable et précis, onéreux et plus encombrant que les éthylotests.

L'éthylomètre doit être conforme à un type homologué, sa maintenance est obligatoire avec des étalonnages et des vérifications périodiques.

Le décret n° 85-1519 du 31/12/1985 stipule que "les éthylomètres peuvent mesurer, outre la concentration d'alcool éthylique, la concentration d'autres alcools, notamment l'alcool méthylique ou l'alcool isopropylique".

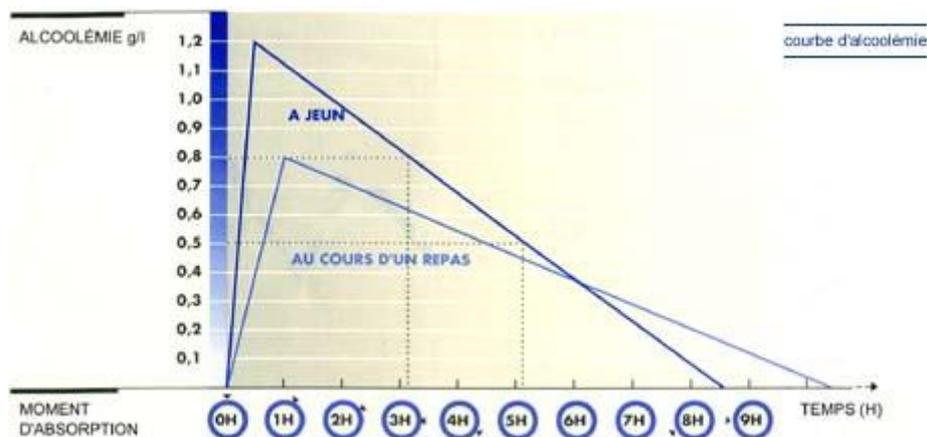
2.1.4. Alcoolémie

L'alcoolémie exprime la quantité d'éthanol présente dans le sang et s'exprime en g/l de sang. En pratique courante, l'alcoolémie se dose par une méthode enzymatique qui est automatisable, rapide et peu coûteuse.

L'alcoolémie est réalisée en cas d'incapacité physique ou de refus de souffler dans l'éthylomètre. On réalise un prélèvement veineux de 2 échantillons pour permettre la contre-expertise, en évitant la désinfection cutanée à l'alcool.

Dans un cadre médico-judiciaire, la méthode référencée est celle de la chromatographie gazeuse qui évite les faux positifs liés notamment à une co-exposition professionnelle à certains solvants.

➤ Courbe de l'alcoolémie



Le pic d'alcoolémie est atteint après 30 minutes pour une absorption à jeun, et après 60 minutes pour une absorption au cours d'un repas. L'alcool est éliminé à 95% par une dégradation hépatique et à 5% par les urines, la respiration et la transpiration.

L'élimination est lente : 0,15g par litre et par heure.

➤ Estimation du taux d'alcoolémie

Il existe des abaques sous forme de réglette qui sont facilement utilisables dans le cabinet de consultation pour donner des points de repère au salarié, en prenant par exemple un déjeuner standard. Le médecin note le nombre de verres correspondant en fonction du poids et obtient ainsi une estimation de l'alcoolémie qu'il montre au salarié. Les salariés sont parfois étonnés du taux d'alcoolémie résultant, permettant ainsi d'ouvrir le dialogue sur leur consommation.

✚ Les abaques

| Cons. Poids | Femmes | | | | | Hommes | | | | | |
|----------------|---------|----------|----------|----------|----------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 1 verre | 2 verres | 3 verres | 4 verres | 5 verres | 1 verre | 2 verres | 3 verres | 4 verres | 5 verres | 6 verres |
| 45 kg | 0,37 | 0,74 | 1,11 | 1,48 | 1,85 | | | | | | |
| 50 kg | 0,33 | 0,67 | 1,00 | 1,33 | 1,67 | 0,29 | 0,57 | 0,86 | 1,14 | 1,43 | 1,71 |
| 60 kg | 0,28 | 0,56 | 0,83 | 1,11 | 1,39 | 0,24 | 0,48 | 0,71 | 0,95 | 1,19 | 1,43 |
| 70 kg | 0,24 | 0,48 | 0,71 | 0,95 | 1,19 | 0,20 | 0,41 | 0,61 | 0,82 | 1,02 | 1,22 |
| 80 kg | 0,21 | 0,42 | 0,63 | 0,83 | 1,04 | 0,18 | 0,36 | 0,54 | 0,71 | 0,89 | 1,07 |
| 90 kg | 0,19 | 0,37 | 0,56 | 0,74 | 0,93 | 0,16 | 0,32 | 0,48 | 0,63 | 0,79 | 0,95 |
| 100 kg | | | | | | 0,14 | 0,29 | 0,43 | 0,57 | 0,71 | 0,86 |

Issu de Croixbleuepoissy.com

- Vous pouvez conduire
- Vous ne devez pas prendre le volant : vous êtes en infraction avec la loi.
- Si vous prenez le volant, vous commettez un délit.

✚ Le calcul en ligne

Le calcul approximatif de l'alcoolémie peut s'effectuer très rapidement par Internet lors de la consultation (sous réserve d'une connexion informatique), de façon assez précise car il existe un repère pour calculer le nombre de verres standards équivalents.

Il suffit d'entrer les données suivantes: la quantité d'alcool ingérée, la durée de la consommation, le poids, le sexe et le calcul se fait instantanément.

http://www.cyes.info/cirdd/alcool/calcul_alcoolemie.php

Indiquez la quantité d'alcool pur ingéré : g (Aide : [verre standard](#))

En combien de temps : heures

Indiquez le poids : kg

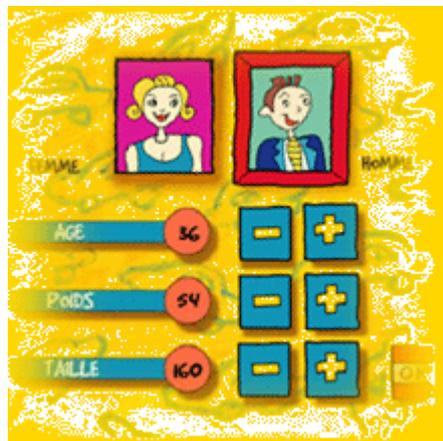
Indiquez le sexe : Homme Femme

Le taux d'alcoolémie est égal à : g/l

Le temps nécessaire à un retour à une alcoolémie de 0,5 g/l est égal à environ : heures

Le temps nécessaire à un retour à une alcoolémie nulle est égal à environ : heures

<http://www.simu-alcool.com/mps/alcool.php>



✚ La formule de Widmark

Elle permet de calculer son alcoolémie en fonction de la quantité d'alcool ingérée, de son poids et d'un coefficient de diffusion.

Le coefficient de diffusion est de: 0,7 pour un homme

0,6 pour une femme

Cette formule donne l'alcoolémie théorique maximale observée une heure après la prise d'alcool au pic de la courbe.

$$\text{Alcoolémie} = \frac{\text{quantité totale d'alcool pur absorbée (en grammes)}}{\text{poids (en kg) x coefficient de diffusion}}$$

✚ Calcul des équivalents d'alcool pur

La concentration d'alcool contenue dans une boisson s'exprime en degré alcoolique (°) ou en volume pour cent (%). Le degré alcoolique représente le pourcentage en volume d'alcool pur dans une boisson ; ainsi 12° = 12% d'alcool. Par exemple, un litre de vin à 12° contient 120 ml d'alcool pur.

La densité de l'alcool étant de 0,8, un litre d'alcool pèse 800 grammes.
La quantité d'alcool pur contenue dans une boisson se calcule selon la formule suivante

$$\text{Quantité d'alcool pur en grammes} = \text{volume de la boisson en dl} \times \text{degré} \times 0,8$$

Par exemple :

- Un litre de vin à 12° correspond à $10 \times 12 \times 0,8 = 96\text{g}$ d'alcool pur
- 30 cl de whisky à 45° correspond à $3 \times 45 \times 0,8 = 108\text{g}$ d'alcool pur

2.1.5. Boissons alcooliques

Boissons fermentées contenant naturellement de l'éthanol (par exemple : la bière, le vin, le cidre, etc. ...) ou boissons distillées (par exemple : eau de vie, cognac, whisky, etc....). La fermentation alcoolique produit des boissons n'excédant pas 16° d'alcool, la distillation permet de concentrer la teneur en alcool.

2.1.6. Boissons alcoolisées

Boissons ne contenant habituellement pas d'éthanol mais dans lesquelles de l'éthanol a été ajouté (par exemple : café arrosé, Coca-Cola® additionné de whisky, premix, etc.).

2.1.7. Le verre standard

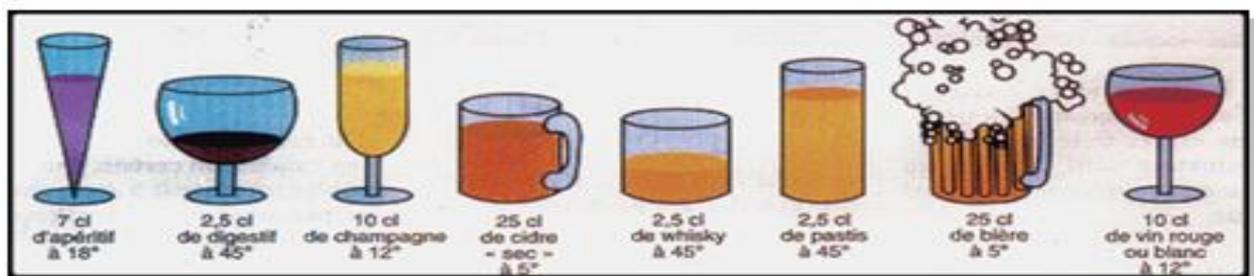
Le verre standard est l'unité de référence servant de base pour quantifier la consommation d'alcool. Cette unité est internationalement reconnue.

Le terme de verre standard ou Unité Internationale d'Alcool (UIA) fait référence aux verres servis dans les bars, généralement standardisés selon le type de boisson.

Un verre standard UIA = **10 grammes** d'alcool pur.

Ainsi, les consommations servies dans les débits de boissons (un verre de digestif, une coupe de champagne, un ballon de vin...) contiennent 10g d'alcool.

Un verre standard représente l'une de ces boissons :



Un verre standard d'une de ces boissons = 10g d'alcool

Les quantités d'alcool servies à domicile sont généralement plus importantes qu'un verre standard et la consommation doit alors être évaluée en connaissant le nombre de verres standards contenu par bouteille. Par exemple :

- Une cannette de 33 cl de bière à 5° = 1,5 verre standard
- Une bouteille de 70 cl de whisky ou de cognac = 22 verres standards
- Une bouteille de 75 cl de vin = 7 verres standards

2.2. Consommation d'alcool

2.2.1. Etat des lieux en France

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. L'alcool est consommé, au moins occasionnellement, par une large majorité des français et plus régulièrement par plus de 20% de la population.

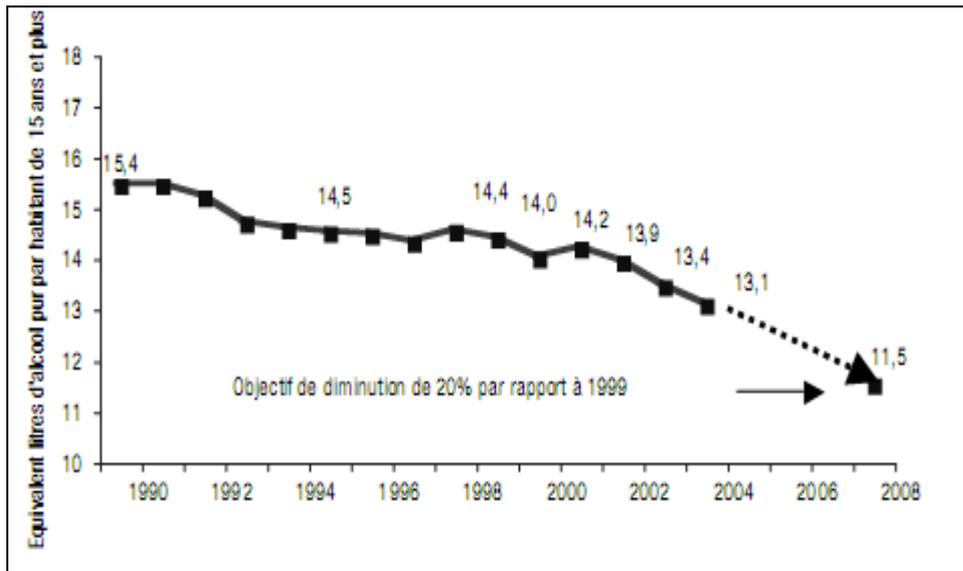
Estimation du nombre (en millions) de consommateurs des principaux produits psychoactifs parmi les 12-75 ans en 2005.

| | Expérimentateurs⁽¹⁾ | Dans l'année⁽²⁾ | Réguliers⁽³⁾ | Quotidiens |
|-----------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| Alcool | 42,5 M | 39,4 M | 9,7 M | 6,4 M |
| Tabac | 34,8 M | 14,9 M | - | - |
| Cannabis | 12,4 M | 3,9 M | 1,2 M | 0,55 M |

⁽¹⁾ Au moins un usage au cours de la vie ⁽²⁾ Au moins un usage dans l'année ⁽³⁾ Dix usages ou plus au cours des 30 derniers jours. Sources : ESCAPAD 2003, OFDT ; ESCAPAD, 2003, INSERM/OFDT/MJENR ; EROPP, 2002 ; Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

L'alcool est un produit licite dont la production et la vente sont règlementées. Une tendance à la baisse de la consommation d'alcool s'amorce depuis les années 60. En quarante ans la consommation d'alcool pur par habitant a été réduite de moitié (13,1 litres par habitant âgé de plus de 15 ans en 2004 ce qui correspond à un peu moins de 3 verres standards d'alcool par jour et par habitant).

Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (1990-2004).



Sources : 1990-1999 : IDA, 2000-2004 : IDA et INSEE

La France est un pays de tradition viticole, elle est :

- Le 1^{er} producteur mondial de vin
- Le 3^{ème} producteur européen de spiritueux. Une boisson spiritueuse est une boisson alcoolique ayant un titre alcoolémique d'au moins 15% volume (rhum, whisky, brandy, eau-de-vie, vodka, gin, pastis...).
- Le 6^{ème} producteur européen de bière

La filière de l'alcool fournit 500 000 emplois directs et indirects, et le chiffre d'affaires annuel est de 14,2 milliards d'euros⁴.

La France est le 4^{ème} **pays consommateur d'alcool en Europe** (13,5 litres d'alcool pur par habitant par an en 2001) derrière le Luxembourg, la république Tchèque et l'Irlande. Il faut noter que la consommation est calculée à partir des ventes d'alcool ce qui peut expliquer la position du Luxembourg, pays où les touristes achètent beaucoup d'alcool en raison des faibles taxes.

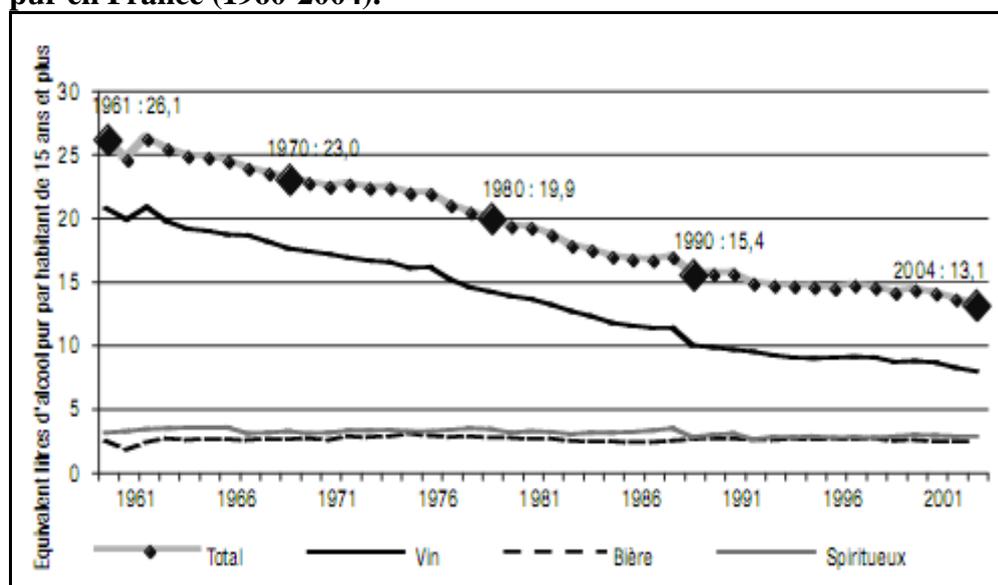
Consommation d'alcool dans les pays membres de l'Union Européenne en 2001, en litres d'alcool pur par an et par habitant âgé de 15 ans et plus.

| PAYS | Litres/habitant |
|--------------------|-----------------|
| Luxembourg | 17,5 |
| République Tchèque | 16,2 |
| Irlande | 14,5 |
| France | 13,5 |
| Allemagne | 12,9 |
| Autriche | 12,6 |
| Portugal | 12,5 |
| Slovaquie | 12,4 |
| Lituanie | 12,3 |

2.2.2. Evolution de la consommation

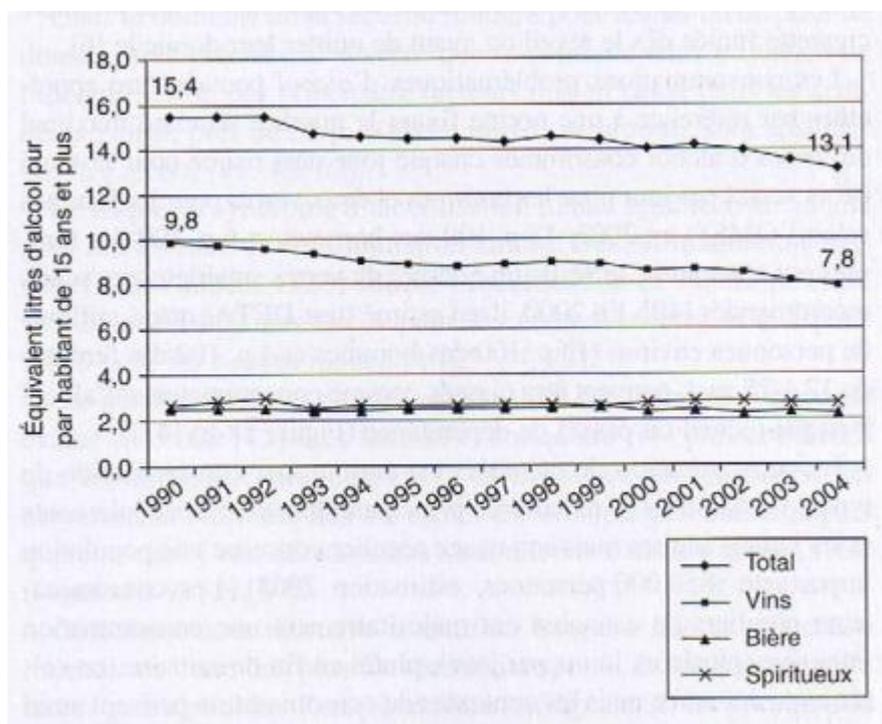
La consommation d'alcool décroît de façon régulière et constante depuis 40 ans.

Consommation d'alcool, de vins, de spiritueux et de bières en litre équivalent d'alcool pur en France (1960-2004).



Sources : 1961-1989 : OMS, 1990-1999 : IDA, 2000-2004 : IDA et INSEE

Consommation d'alcool, de vins, de spiritueux et de bières en litre équivalent d'alcool pur en France (1990-2004).



En 2004, la consommation d'alcool pur était de 13,1 litres par habitant âgé de plus de 15 ans. Sur ce total, 58% ont été consommés sous forme de vin, 20% sous forme de spiritueux et 18% sous forme de bière.

En France, l'alcool le plus consommé reste le vin (81% des adultes en ont consommé au cours de l'année), suivi par les alcools forts (58%) et par la bière (54%)⁵.

L'abaissement de la consommation globale d'alcool s'explique par la diminution de la consommation quotidienne de vin, les consommations de bière et spiritueux restant relativement stables. La consommation de vin s'est modifiée entre 1970 et 2000. En effet, la consommation de vins supérieurs (AOC Appellations d'origine contrôlée) et Vins De Qualité Supérieure (VDQS) a doublé, au détriment des vins de table et de pays.

Les chiffres de l'OFDT de 2002 rapportent une baisse du nombre de buveurs quotidiens d'alcool en France. En 1995, 22,6% des adultes consommaient de l'alcool tous les jours alors qu'ils n'étaient plus que 20,3% en 1999.

➤ **Différences hommes/femmes :**

Il existe d'après les différentes enquêtes une grande variabilité de la consommation selon le sexe⁶. La consommation régulière d'alcool est essentiellement un comportement masculin quel que soit l'indicateur utilisé.

Les hommes sont plus nombreux à boire que les femmes (82,2% contre 57,7% au cours de la semaine).

Les hommes boivent plus souvent (1 homme sur 3 boit chaque jour contre 1 femme sur 9), et en plus grande quantité par occasion (23,8% des hommes ont été ivres dans les 12 derniers mois contre 7,2% des femmes).

➤ **Consommation chez les adolescents :**

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée par les jeunes de 17 ans au cours des 30 derniers jours.

A 16 ans, 86% des garçons et 85% des filles ont déjà consommé une boisson alcoolisée et 18% des adolescents contre 6% des adolescentes déclarent avoir un usage régulier d'alcool, soit 10 consommations au cours du dernier mois.

Plus de la moitié des jeunes de 17 ans ont déjà été ivres au cours de leur vie.

Un comportement anglo-saxon a fait son apparition chez les adolescents français, il s'agit du *binge drinking*. Le *binge drinking* consiste à boire plus de 5 verres en une seule occasion, souvent en fin de semaine, afin d'être ivre le plus rapidement possible en perdant toute notion de plaisir. Ce mode de consommation aussi retrouvé sous le terme d'alcool défoncé, touche préférentiellement les garçons (56% l'ont déjà expérimenté contre 36% des filles)⁷.

Dans les années 1995, de nouveaux produits ont été créés, ayant pour cible commerciale les jeunes. Il s'agit des premix et alcopops, produits très sucrés dont la teneur en alcool s'élève de 5 à 8% du volume. Ces boissons se vendent en canettes ou bouteilles de 20 à 33cl, et visent les plus jeunes dont le processus d'acculturation aux boissons alcoolisées n'a pas encore commencé⁸.

Les premix sont des mélanges de jus de fruits ou de sodas avec des alcools forts (whisky, vodka...) alors que les alcopops sont composés de boissons alcoolisées ou d'un alcool avec un arôme (vodka au citron...).

2.2.3. Consommation en milieu de travail

2.2.3.1. Quelques chiffres

Les services de santé au travail assurent le suivi médical d'environ 18 millions de salariés. Quelques rares enquêtes menées par les services de santé au travail, permettent d'évaluer la fréquence des personnes ayant des difficultés avec l'alcool. Dans un centre de tri postal, une étude de 1991 dénombrait 16% de buveurs excessifs et 8% de malades alcooliques⁹ et une étude de 1999 indique que **8,2%** des salariés vus en visite de médecine du travail ont une consommation d'alcool à risque ou à problèmes¹⁰. Le pourcentage de personnes en difficulté avec l'alcool en entreprise reste difficile à établir, mais la prévalence au niveau national oscille entre 3% et 20%. Toutes les catégories socioprofessionnelles sont touchées. Selon l'étude de l'INSERM 2003⁶, près d'un salarié sur quatre consommerait régulièrement de l'alcool au travail avec ses collègues ou ses clients, le milieu professionnel pouvant être un facteur favorisant et facilitant la consommation d'alcool.

La consommation d'alcool est ancrée dans les usages sociaux en France et se retrouve également en milieu de travail. Dans les entreprises de plus de 50 salariés, 31% des dirigeants considèrent l'alcool comme faisant partie intégrante de la culture du milieu professionnel¹¹. Les pots officiels et officieux favorisent l'usage d'alcool, voire le légitime. Cette même enquête de 2006 montre que le risque alcool est la 3^{ème} préoccupation des dirigeants d'entreprise en matière de santé au travail, que 62% des entreprises de plus de 50 salariés a été confrontée à des problèmes d'alcool avec leurs salariés, et que près de la moitié des dirigeants se sentent démunis face à la problématique alcool. Ainsi, les directions d'entreprise ont pris conscience des risques induits par la consommation d'alcool et semblent prêtes à s'engager dans une démarche globale de prévention, même si dans certaines branches la tolérance reste grande.

2.2.3.2. Les professions les plus concernées

La **pénibilité physique** (bâtiment, manutention, agriculture...) et le **contact fréquent** avec le public (commerçants, artisans, agents de police, journalistes...) restent des facteurs favorisant la consommation d'alcool en entreprise⁶.

La consommation de boissons alcoolisées fait partie intégrante de certaines professions, s'inscrivant dans la culture du métier, notamment les représentants de produits de brasserie qui sont conviés à boire par les propriétaires quand ils passent prendre les commandes. La quasi-totalité des catégories socioprofessionnelles est concernée par la consommation excessive d'alcool, même si le secteur bâtiment-travaux publics reste particulièrement touché.

Le pourcentage de consommateurs d'alcool s'élève sensiblement avec le niveau des diplômes : 81,4% pour les personnes ayant un niveau bac ou supérieur, contre 69,6% pour les autres niveaux d'études¹².

L'alcoolisation excessive ponctuelle concerne les cadres et les professions intellectuelles, tandis que le risque d'alcoolisation excessive chronique touche les agriculteurs, les artisans et les commerçants.

L'étude des consommations selon la branche professionnelle montre que les artisans, commerçants et chefs d'entreprise atteignent le nombre moyen de verres bus la veille le plus important (3,4 verres en moyenne), suivis par les agriculteurs et les ouvriers (2,9 verres). Il faut noter que quelle que soit la branche professionnelle, les hommes ont une consommation 1,5 à 2 fois supérieure à celle des femmes.

“Nombre moyen de verres bus la veille” selon la catégorie socioprofessionnelle

| PROFESSION | ENSEMBLE (nombre moyen de verres bus) | HOMMES (nombre moyen de verres bus) | FEMMES (nombre moyen de verres bus) |
|---|--|--|--|
| Agriculteurs | 2,9 | 3,1 | 1,3 |
| Artisans, chefs d'entreprise | 3,4 | 3,7 | 2,0 |
| Ouvriers | 2,9 | 3,0 | 1,8 |
| Cadres | 2,7 | 2,9 | 1,9 |
| Professions intermédiaires | 2,6 | 2,9 | 1,8 |
| Employés | 2,3 | 3,1 | 1,8 |

Source : Baromètre Santé 2000, CNAMTS/CFES

“Ont bu de l'alcool dans la dernière semaine” selon la catégorie socioprofessionnelle

| PROFESSION | ENSEMBLE | HOMMES | FEMMES |
|---|-----------------|---------------|---------------|
| Cadres | 84,6% | 90,4% | 73,9% |
| Artisans, chefs d'entreprise | 81,5% | 85,5% | 68,8% |
| Professions intermédiaires | 73,9% | 84,7% | 62,9% |
| Agriculteurs | 73,7% | 90,9% | 47,1% |
| Employés | 59,9% | 79,4% | 53,6% |
| Ouvriers | 71,1% | 77,6% | 44,1% |

Source : Baromètre Santé 2000, CNAMT/CFES

2.2.3.3. Des circonstances favorisantes

Depuis 60 ans, les conditions de travail et les contraintes se sont profondément modifiées. Alors que depuis plusieurs décennies la pénibilité physique a diminué, bien que la charge physique existe encore dans certaines branches, le monde du travail actuel impose une augmentation de la charge psychique dans tous les domaines : rentabilité, crainte de perte d'emploi, cadences soutenues, organisation du travail, lourdeur des responsabilités...etc.

➤ Conditions de travail

L'équipe de Goldberg a observé l'évolution des consommations d'alcool dans la cohorte Gazel (EDF-GDF) en relation avec la disparition ou la survenue de contraintes professionnelles. Les résultats de cette étude établissent un lien intéressant entre consommation d'alcool et contraintes professionnelles.

L'augmentation de la consommation d'alcool est fortement liée à l'exposition à deux contraintes au travail ou plus : être en plein air plus de la moitié du temps, effectuer de la manutention lourde, être en contact avec le public...¹³.

Contraintes dans le travail et consommation d'alcool chez les hommes

| Conditions de travail | Pourcentage de gros buveurs |
|--|-----------------------------|
| Secousses ou vibrations | 17,1% |
| Autre posture pénible ou fatigante | 17% |
| Charges lourdes | 16,5% |
| En plein air plus de la moitié du temps | 16,4% |
| Station debout prolongée | 14% |
| Régulièrement en contact avec le public | 13,7% |
| Déplacements longs, fréquents ou rapides | 13,7% |
| Travail sur écran | 11,9% |

LECLERC A. et co., consommation de boissons alcoolisées et situation professionnelle dans la cohorte GAZEL, Paris, 1994.

Les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) sont répartis sur le territoire national. Plus de la moitié des CCAA (120) sont gérés par l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie).

En 2002, 22 169 consultants ont été accueillis par les CCAA, et une étude de l'INSERM a comparé les consultants adressés par la médecine du travail avec ceux adressés par la sécurité routière (après dépistage d'alcoolémie routière positive).

En 2002, 2,2% des consultants en activité professionnelle des CCAA sont adressés par les médecins du travail et 20,6% par l'alcoolémie routière.

90% des consultants adressés par la médecine du travail ont un emploi contre 80% dans l'autre sous-groupe.

Les salariés adressés par leur médecin du travail sont plus nombreux à exercer la profession d'employés (55%vs 42%) et sont moins diplômés (10% de bacheliers vs 13% dans l'autre sous-groupe).

Dans le sous-groupe de la médecine du travail, 4 salariés sur 10 (38% vs 4%) déclarent rencontrer des difficultés dans leur travail qu'ils situent comme étant leur principal problème, et leur consommation d'alcool est majoritairement quotidienne (51% vs 26%) avec des alcools forts⁹.

➤ L'emploi et le contrat de travail

Les relations avec la clientèle imposent souvent des invitations et des repas d'affaires. Cette "habitude" professionnelle à consommer expose à un alcoolisme d'entraînement.

Deux études de 1995 et 2001 ont trouvé des résultats concordants : les salariés occupant un poste de sécurité (en l'occurrence chauffeurs routiers) sont deux fois plus nombreux à consommer de l'alcool que les autres^{14 15}.

Le rapport au sénat de la commission d'enquête sur la lutte contre les drogues illicites¹⁶ montre que 60% des toxicomanes occupent un emploi à temps plein, dont 30% d'employés, 20% d'ouvriers et 10% de cadres¹⁷.

Le collège français des anesthésistes réanimateurs a mené une enquête en 2001 : 91% des anesthésistes déclarent consommer de l'alcool, 24% du tabac et 22% des substances psychoactives. Ces résultats vont dans le sens de l'étude SUMER de 2004 : les médecins

ressentent plus de contraintes avec une forte demande de réponse immédiate, difficulté de contact avec le public, poids des responsabilités, manque de soutien, et surcharge de travail¹⁸.

Une enquête sur les conduites addictives en milieu professionnel a été menée par questionnaires chez 1 406 salariés du département de la Loire en 2005 par des médecins du travail volontaires. Il en ressort que le profil du consommateur à risque pour l'alcool est celui d'un homme intérimaire, fumeur, d'autant plus à risque s'il travaille dans la communication, l'informatique ou l'enseignement.

Le risque de dépendance est majoré chez les salariés de l'agriculture, du BTP, de l'électricité, du tourisme, du transport, de la communication, de l'information, du spectacle et de l'enseignement¹⁹.

➤ **La convivialité**

Les "pots" officiels organisés dans l'entreprise pour les départs à la retraite ou lors des promotions, les "pots" officieux de fin de chantier resserrent le lien social. Ces événements soudent la communauté de travail. V.Nahoum-Grappe écrit dans "la culture de l'ivresse" que "l'eau ne suffit pas au boire social ; on ne trinque pas avec de l'eau". Le milieu professionnel favorise la consommation d'alcool voire la légitime par les "pots" qui sont souvent accompagnés d'une consommation excessive.

2.2.3.4. La majoration des risques

➤ **La diminution des performances professionnelles**

Les consommateurs à risque rencontrent précocement des troubles cognitifs altérant l'exécution des tâches qui nécessitent de l'attention, de la précision et de la finesse de raisonnement. Les retards, la fréquence et la durée des absences augmentent.

L'altération de la mémoire à court terme, des capacités visuomotrices et d'abstraction ainsi que de la stratégie d'organisation des tâches peuvent rendre difficile le maintien d'une activité professionnelle d'autant plus si des apprentissages nouveaux sont exigés. Dans certaines professions, toute erreur de manœuvre sur un engin mobile peut être fatale pour le salarié ou ses collègues, on comprend donc que la sobriété soit la règle afin que chacun soit en pleine possession de ses capacités.

➤ **La potentialisation avec les produits chimiques et les médicaments**

La consommation d'alcool peut majorer le risque de syndrome psycho-organique si le salarié est amené à manipuler des solvants industriels.

Il est important que le médecin du travail essaie d'évaluer le risque du salarié qui consomme des médicaments altérant la vigilance, car les effets sédatifs des médicaments et de l'alcool peuvent se potentialiser, majorant ainsi le risque d'accident de façon considérable.

L'AFSSAPS a classé les médicaments en 3 catégories de différentes couleurs en 2005 :



La prise du médicament **ne remet généralement pas en cause la conduite** de véhicules, mais nécessite que **les patients soient informés** avant de prendre le volant.

La prise du médicament **peut**, dans certains cas, **remettre en cause l'aptitude à la conduite** de véhicules et nécessiter l'avis d'un professionnel de santé (médecin, pharmacien).

Lors de l'utilisation de ce médicament, **la conduite de véhicules est formellement déconseillée**.

Il existe peu de médicaments pour lesquels la conduite est formellement déconseillée, 15% des médicaments ont une cotation ADFSAPS de classe 3, représentés par ordre décroissant par les hypnotiques et sédatifs, les anesthésiques, les neuroleptiques, les médicaments ophtalmologiques et les anxiolytiques.

➤ **Les interactions avec les expositions professionnelles**

On note dans la bibliographie que plusieurs salariés vitrificateurs ou stratifieurs ont été contrôlés positifs à l'éthylotest et à l'éthylomètre lors d'un contrôle routier après leur journée de travail bien qu'ils eussent déclaré ne pas avoir consommé d'alcool²⁰.

L'INRS a effectué des mesures qui montrent que des solvants tels que le 1-propanol, le 2-propanol et l'acétate d'éthyle peuvent influencer sur le dosage d'alcool dans l'air expiré et/ou dans le sang chez des salariés professionnellement exposés³.

Il faudrait qu'un salarié professionnellement exposé à des solvants interférant avec le dosage par éthylotest et éthylomètre, puisse exiger un contrôle sanguin par chromatographie en phase gazeuse (seule méthode permettant de distinguer les alcools utilisés professionnellement de l'alcool éthylique).

➤ **L'augmentation des accidents et des passages à l'acte**

L'effet excitant de l'alcool peut conduire certains sujets à de l'agressivité voire de la violence. JP.Thomas a constaté une recrudescence des passages à l'acte hétéro ou auto-agressif pour des alcoolémies comprises entre 1 et 1,50g/l.

Les effets désinhibiteur et euphorisant de l'alcool multiplient les prises de risque dans l'exécution des tâches et lors de la conduite, augmentant la probabilité d'accidents qui sont souvent plus graves.

➤ **La dégradation des relations**

Le comportement individuel se modifie sous l'emprise de l'alcool pouvant avoir des répercussions sur l'ensemble de la collectivité de travail.

La diminution de productivité d'un salarié provoque un surcroît de travail pour les collègues pouvant aboutir à une ambiance délétère et une mise à l'écart du salarié en difficulté.

Les retards, les arrêts de travail induisent une désorganisation du travail qui est subie par tous les acteurs de l'entreprise.

2.2.3.5. Le coût pour l'entreprise

➤ Les accidents de travail

Selon l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie 2000 - 2001), **10 à 20%** des accidents de travail seraient en lien direct avec l'alcool. **40 à 50% des accidents de travail mortels** seraient imputables à une consommation excessive d'alcool²¹. Il y a un manque de données récentes sur la relation accidents de travail/alcool d'autant que le critère alcool n'est pas pris en compte de façon systématique. Le critère alcool ne peut porter que sur des accidents sévères ayant nécessité un transfert vers une structure de soins, ce qui induit un biais pour évaluer la prévalence réelle de la consommation d'alcool dans les accidents et incidents de travail et de trajet²².

Le monde du travail a recours à des techniques de plus en plus perfectionnées, exigeant un esprit alerte, des réflexes vifs et une perception précise de la part des travailleurs. Si une ou plusieurs de ces capacités sont affaiblies, la précision et l'efficacité du travail peuvent être compromises, aboutissant à des accidents parfois graves.

La SNCF considère que 20% des accidents de travail sont liés à l'alcool. La plupart des ces accidents concernent des agents non dépendants de l'alcool.

Une seule étude d'envergure (Metz et Marcoux, 1960) a été réalisée en France entre 1956 et 1959. Elle incluait un dosage systématique de l'alcoolémie dans 6 entreprises auprès de 3 729 témoins et 1 362 accidentés du travail. Il ressort que les alcoolisations fortes supérieures à 1g/l touchaient selon les entreprises et l'heure de prélèvement :

- 1 à 5% des témoins non accidentés
- 2,5 à 11,5% des accidentés

Plus récemment, une enquête partielle en entreprise, réalisée sur 20 625 volontaires montrait que la consommation d'alcool observée chez les salariés était similaire à celle de la population générale d'âge comparable²³.

Le tableau récapitule les résultats des études portant sur les accidents de travail dus à l'alcool avec arrêt de travail :

| ETUDE | RESULTAT (pourcentage du total des accidents) |
|----------------|---|
| Morice | 19% |
| Cavaillé | 14% |
| Metz-Marcoux | 10 - 15% |
| Blein | 18% |
| Le Go | 13% |
| Joulain - Haas | 12% |

Source : JEANNIN JP. Gérer le risque alcool au travail. Editions Chronique Sociale. 2003. 392 pages, p.31.

➤ Les accidents de trajet

La prévention du risque routier encouru par les salariés s'inscrit dans le cadre des objectifs signés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs et des Salariés (CNAMTS) avec chaque branche professionnelle dans le programme d'action 2000-2005. Les accidents routiers mortels, liés au travail (accidents de mission et de trajet), comptabilisés par la CNAMTS et la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) s'élevaient à 1 239 en 2003 : 742 sont des accidents du travail à proprement parler et 497 sont des accidents de trajet.

709 décès, soit 57,2% sont dus à des accidents routiers liés au travail. Dans 30% des cas il s'agit d'accidents de mission et dans 70% des cas d'accidents de trajet. Le taux global d'accidents routiers mortels liés au travail pour ces deux régimes est de 3,76 pour 100 000 salariés²⁴.

Selon l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), l'alcool serait à l'origine de 40% des accidents de trajet mortels.

➤ L'absentéisme

L'alcool a une répercussion notable sur le taux d'absentéisme qui est multiplié par 3,3 chez un consommateur excessif. L'absentéisme en lien avec l'alcool se chiffrerait entre 4 et 5 millions de journées de travail perdues par an.

L'absentéisme pour maladie du salarié ayant un problème avec l'alcool est 2 à 5 fois plus important en raison de complications ou maladies liées à l'alcool²⁵.

➤ La productivité

La baisse de productivité s'élèverait à 25%²⁶ en lien avec la baisse des capacités précitées.

La productivité des autres salariés est aussi amoindrie, car on note un transfert d'activité. Si un travailleur sous l'emprise de l'alcool est en retard sur la chaîne de production, les autres doivent fournir un travail supplémentaire afin de maintenir la cadence imposée par la chaîne.

2.3. Le risque alcool

Le risque alcool représente la probabilité d'avoir des problèmes sanitaires ou sociaux, immédiats ou à long terme liés à la consommation d'alcool.

2.3.1. Le non-usage²⁷

Les non-usagers sont les personnes qui déclarent s'abstenir de toute consommation de boissons alcooliques et/ou alcoolisées.

Le non-usage peut être primaire, secondaire, momentané, durable, définitif, etc...

- Le non-usage **primaire** : il s'agit d'un non-usage initial (enfants, préadolescents) ou d'un choix durable voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte)
- Le non-usage **secondaire** :
 - succède souvent à une période de mésusage et il est alors désigné par le terme **abstinence**
 - peut aussi advenir, pour quelque raison que ce soit, après une période d'usage simple

2.3.2. L'usage et les seuils de risque

L'usage "anodin" ou "à faible risque" est une consommation, qu'elle soit occasionnelle ou quotidienne, qui n'atteint pas les seuils de risque de l'OMS, et qui ne provoque pas de conséquences morbides ou relationnelles²⁸. Les consommateurs à faible risque sont les plus nombreux en France : 75% des hommes et 90% des femmes ont une consommation considérée comme un usage social positif.

Cependant, on ne peut pas définir de niveau de consommation d'alcool sans danger car l'usage même inférieur aux seuils de risque peut être dangereux dans certaines situations particulières comme la conduite automobile ou la grossesse.

Les seuils définis par l'OMS, et à ne pas dépasser pour être considéré comme un consommateur à faible risque sont :

- Pas plus de **4** verres standards en **une seule occasion** (une soirée, un repas de famille...)
- Pas plus de **14** verres standards par **semaine** pour les **femmes** (soit 2 verres par jour en moyenne)
- Pas plus de **21** verres standards par **semaine** pour les **hommes** (soit 3 verres par jour en moyenne)

A contrario, une expertise collective de l'INSERM a montré une augmentation de la mortalité prématurée pour une consommation d'alcool supérieure à 20 g/j pour les deux sexes.

2.3.3. Le mésusage

2.3.3.1. L'usage à risque

L'usage à risque définit les consommateurs "**à risque**".

Il est défini par une consommation supérieure aux seuils de risque de l'OMS, **n'ayant pas encore entraîné un quelconque dommage** médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme.

L'usage à risque inclut aussi les consommations d'alcool inférieures ou égales aux seuils de l'OMS s'il existe une situation à risque et/ou un risque individuel particulier (la conduite de véhicule, le travail sur un poste de sécurité, la prise concomitante de médicaments psychoactifs qui potentialisent les effets psychotropes de l'alcool, la grossesse, l'existence d'une pathologie médicale comme une hépatite virale...).

2.3.3.2. L'usage nocif ou abus

L'usage nocif définit les consommateurs "**à problèmes**".

L'usage nocif se caractérise par :

- l'existence d'**au moins un dommage** d'ordre médical, psychique ou social
- l'**absence de signe de pharmacodépendance**

L'idée qu'il existe une autre modalité d'alcoolisation nocive qui ne relève pas de la dépendance est une notion récente qui correspond à la définition de l'utilisation nocive d'alcool pour la santé dans la CIM-10 (1992) et de l'abus d'alcool dans le DSM-IV de (1994)³¹.

L'usage nocif est un mode de consommation préjudiciable pour la santé qui se réfère à la présence de conséquences liées à la consommation, et non pas à des seuils de consommation.

2.3.3.3. L'usage avec dépendance

L'usage avec dépendance définit les consommateurs "**dépendants**" qui ont une perte de maîtrise de leur consommation. Pour Fouquet en 1952, "il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool" insistant sur le caractère aliénant de la dépendance alcoolique²⁹.

L'usage avec dépendance ne se définit ni par rapport à des seuils de consommation ni par l'existence de dommages induits qui sont cependant souvent associés.

Cette catégorie correspond à la définition du "syndrome de la dépendance à l'alcool" dans la CIM-10 et à "la dépendance à une substance (l'alcool)" dans le DSM-IV.

2.3.4. La dépendance

Pour C.Olievenstein la dépendance résulte de "la rencontre entre un produit et un individu dans un moment socioculturel donné".

L'OMS définissait en 1969, la pharmacodépendance comme "un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours **une pulsion** à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de **retrouver ses effets psychiques** et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance".

On distingue deux types de dépendance :

2.3.4.1. La dépendance physique ou pharmacologique

Selon F.Farges, c'est "l'exigence de l'organisme d'apporter régulièrement une substance exogène pour conserver son équilibre"³⁰ qui se manifeste par :

- **des symptômes physiques** intenses lors du sevrage constituant le syndrome de sevrage
- la réduction du nombre de récepteurs fonctionnels à la molécule psychotrope aboutissant à la diminution de l'efficacité du psychotrope et entraînant la **tolérance**. La tolérance est la pulsion qui impose au consommateur d'augmenter les doses de substance pour obtenir les mêmes effets.

Les critères de dépendance pharmacologique correspondent aux critères 1 et 2 du DSM-IV et c et d de la CIM-10.

2.3.4.2. La dépendance psychique

Les critères de dépendance psychologique (critères 3, 4, 5, 6, et 7 du DSM-IV) définissent la persévérance du comportement d'alcoolisation malgré la connaissance des effets délétères de l'alcool ou l'expérience de sa nocivité. Cette dimension comportementale est essentielle au diagnostic d'alcoolodépendance, le sujet est incapable de limiter ou de réduire sa consommation, cette perte de contrôle a été décrite par Pierre Fouquet comme "la perte de la liberté de s'abstenir de boire".

L'alcoolodépendant a perdu la faculté de moduler sa consommation parce qu'une dépendance physique, psychologique ou comportementale s'est installée⁴⁶.

2.3.4.3. La classification CIM-10

CIM-10 : Critères du syndrome de dépendance

Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours des douze derniers mois :

- a. Désir** impératif ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
- b. Difficultés à contrôler l'utilisation** de la substance en termes de début, de fin ou de quantité utilisée
- c. Syndrome de sevrage** physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive ;
- d.** Mise en évidence d'une **tolérance** aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir les effets produits initialement par des doses plus faibles
- e. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts** au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets
- f. Poursuite de la consommation** de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives

2.3.4.4. La classification DSM-IV

DSM IV : Critères de dépendance à une substance

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois

1. **tolérance**, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
2. **sevrage** caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique)
 - b. la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
3. la substance est souvent prise en **quantité plus importante** ou pendant une **période plus prolongée** que prévu
4. il y a un **désir persistant**, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou **contrôler l'utilisation** de la substance
5. **beaucoup de temps est passé** à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple, fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets
6. des **activités** sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou **réduites à cause de l'utilisation de la substance**
7. **l'utilisation** de la substance est **poursuivie** bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

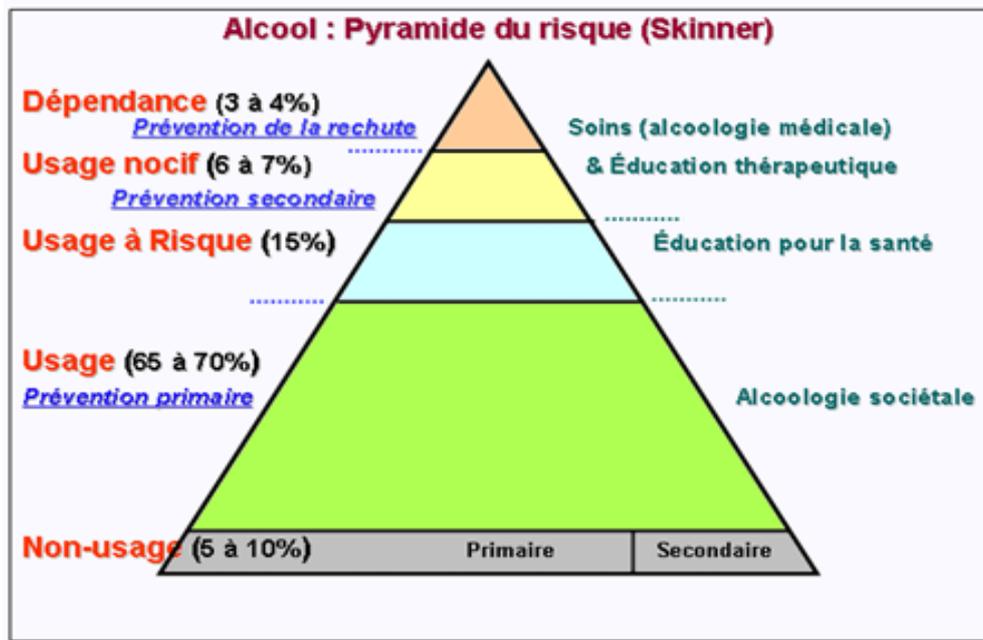
Spécifier si :

Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (items 1 ou 2 présents)

Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (items 1 ou 2 absents)

2.3.5. La pyramide de Skinner

La pyramide du risque alcool proposée initialement par Skinner en 1981, modifiée ensuite par J.Saunders, P.Michaud et P.Batel, illustre les cinq catégories de consommateurs d'alcool.



La prise en charge diffère selon la catégorie dans laquelle se place le consommateur. Le risque alcool apparaît comme un phénomène progressif : il existe une continuité entre la consommation socialement acceptée à faible risque et la dépendance. Les deux groupes intermédiaires importants sont les consommateurs à risque et à problèmes, car ils ont en commun la capacité de revenir en arrière, par l'intermédiaire de conseils simples de réduction de leur consommation¹⁹.

2.3.5.1. La prévention primaire

Elle s'adresse aux abstinents et aux consommateurs à faible risque ayant un usage "sociétal" d'alcool et vise à éviter l'exposition à un facteur de risque en l'occurrence la consommation excessive d'alcool. Cette prévention rappelle les seuils de dérive, elle peut cibler ou non une population particulière (les femmes enceintes ou allaitantes, les conducteurs d'engins...). Les moyens de diffusion sont variés (publicités, plaquettes, dépliants...).

2.3.5.2. La prévention secondaire

Elle concerne les consommateurs à risque et les consommateurs à problèmes et a pour but de prévenir l'apparition ou l'aggravation des dommages liés à l'alcool en réduisant la consommation. C'est tout l'enjeu de l'intervention brève dont l'objectif n'est pas l'abstinence mais l'abaissement du seuil de consommation en deçà des recommandations de l'OMS³¹.

2.3.5.3. La prévention tertiaire

Elle concerne les patients alcoolodépendants, afin de les aider à arrêter leur consommation, de maintenir l'abstinence le plus durablement possible pour limiter les séquelles imputables à l'alcool.

2.4. Les dommages sanitaires

2.4.1. Prévalence des consommations d'alcool

En France, la majorité (85%) des adultes n'a pas de problèmes avec l'alcool malgré une consommation plus ou moins régulière, ce mode de consommation s'apparentant à un usage social positif pour ses bénéfices gustatifs et sa convivialité³².

Les consommations problématiques d'alcool peuvent être appréciées par rapport au nombre maximal de verres standards d'alcool consommés quotidiennement sans risque pour la santé (3 verres/j pour les hommes et 2 verres/j pour les femmes). En 2002, 18% des hommes et 6% des femmes ont consommé la veille un nombre de verres supérieurs aux seuils recommandés³³.

Le baromètre santé de 2000 estime (test DETA) que **3 millions de personnes** (13% des hommes et 6% des femmes) sont des consommateurs à risque (actuel ou passé) de dépendance.

Les hommes sont trois fois plus concernés par la consommation excessive que les femmes (quel que soit l'indicateur utilisé), mais 15% des hommes et 7% des femmes déclarent vouloir modifier leurs habitudes de consommation pour des raisons médicales, familiales ou professionnelles.

La dépendance à l'alcool concerne **2,5 millions** de personnes. Le risque d'alcoolisation excessive concerne **20%** des patients ayant recours au système de soins un jour donné (médecine libérale ou structure de soins). En ville comme en établissement de santé, la proportion de patients diagnostiqués comme en situation à risque est plus élevée chez ceux qui connaissent une situation de chômage ou de précarité, chez ceux qui vivent seuls sans enfant et qui ont eu un arrêt de travail d'au moins un mois au cours des douze derniers mois³⁴.

2.4.2. Généralités sur la mortalité et la morbidité

L'intoxication alcoolique est responsable d'un excès de mortalité et de morbidité.

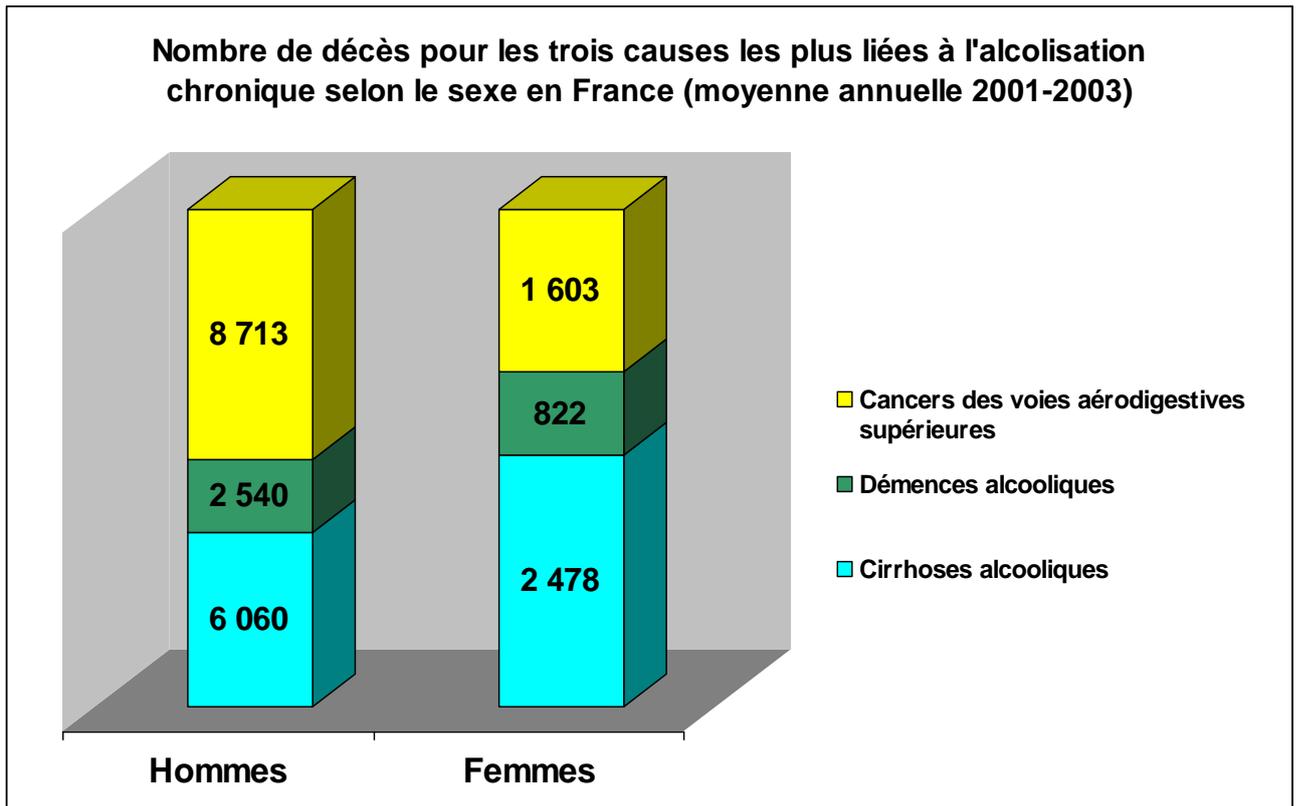
On estime entre **40 et 45 000** le nombre de décès imputables de façon directe ou indirecte à l'alcool soit 10% de l'ensemble des décès. Les hommes sont 4 fois plus touchés que les femmes.

L'alcool est donc la 3^{ème} cause de décès derrière les maladies cardiovasculaires et les cancers, et la 2^{ème} cause de mortalité évitable en France après le tabac (qui cause 65 000 décès par an)³⁵.

Les trois causes principales de décès directement liées à l'alcool sont :

- les cirrhoses du foie
- les démences alcooliques (nommées aussi psychoses alcooliques)
- les cancers des voies aérodigestives supérieures

qui entraînent **22 000** décès par an soit 4% des décès et 11% des décès prématurés avant 65 ans.



Source : Inserm CépiDc – Exploitation Fnors

Malgré la baisse sensible de la mortalité imputable à l'alcool en France (moins 40% en vingt ans) ces chiffres restent inquiétants³⁶.

L'alcool est un facteur déterminant de décès accidentels ou intentionnels mais est aussi un facteur aggravant dans un grand nombre de pathologies, causant **20 000 décès de façon indirecte**.

2.4.3. Les conséquences somatiques

2.4.3.1. Les cancers

La relation entre consommation d'alcool et cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) est reconnue de façon unanime par un consensus international.

Près de 60% des cancers des VADS (lèvres, bouche, pharynx, larynx et œsophage) sont imputables à l'alcool. Il faut noter que la consommation associée de tabac joue un rôle synergique avec multiplication du risque de néoplasie par 10.

En 2003, les cancers des VADS ont causé 10 000 décès en France.

Une consommation élevée d'alcool semble être un facteur de risque pour le carcinome hépatocellulaire, 90% de ces carcinomes se développant sur un foie cirrhotique¹⁹.

Il existe aussi une relation entre alcool et cancer du sein et du colon.

2.4.3.2. Les complications hépatiques

Le foie est l'une des cibles principales de l'éthanol, et une consommation excessive peut aboutir à quatre types d'atteinte³⁷.

➤ la stéatose

Il s'agit d'une accumulation de macrovésicules de triglycérides, c'est la plus commune et la plus précoce des lésions du foie dues à l'alcool. La stéatose est réversible après sevrage alcoolique.

➤ l'hépatite alcoolique

L'hépatite alcoolique associe une nécrose hépatocytaire, une inflammation à polynucléaires et une fibrose. Le classement se fait en trois degrés selon la sévérité histologique : mineure, modérée, majeure (Anonyme, 1981).

La forme mineure est la plus fréquente et elle est asymptomatique ou pauci symptomatique. La forme majeure se caractérise par des douleurs de l'hypocondre droit, de la fièvre, un ictère cutanéomuqueux et une hépatomégalie douloureuse. La mortalité à un mois est de 50% en l'absence de thérapeutique.

➤ la cirrhose alcoolique

La cirrhose est une maladie se constituant progressivement. Le temps nécessaire au développement d'une cirrhose est estimé à 20-25 ans : la cirrhose est donc un stade tardif et irréversible de la maladie alcoolique, le foie n'ayant plus la capacité de résister à la toxicité de l'éthanol.

Le risque de cirrhose s'accroît significativement pour une consommation supérieure à 20g/j chez les femmes et 30g/j chez les hommes.

Histologiquement, la cirrhose se traduit par des micronodules de régénération entourés de fibrose.

La survie à 5 ans, une fois la cirrhose constituée varie selon les séries de 20% à 60%.

En 2003, cette maladie a causé 7 800 décès.

➤ les pancréatites

L'alcool est la cause la plus fréquente des pancréatites aiguës et chroniques en Occident. Il semblerait que l'acétaldéhyde (métabolite toxique de l'éthanol), génère un stress oxydatif pour les acini aboutissant à une autodigestion de la glande et à une nécrose pancréatique. La survenue d'une pancréatite aiguë ou chronique est dépendante de la dose d'alcool consommée au cours de la vie.

Les pancréatites alcooliques aiguës :

En France, la lithiase biliaire et l'alcool sont chacun responsables de 40% des PA (pancréatites aiguës)³⁸.

Le diagnostic repose sur l'association de signes cliniques et biologiques³⁹ :

- **la douleur** est presque toujours présente. Elle est généralement de localisation épigastrique, d'intensité souvent majeure, transfixiante et s'installe de façon rapidement progressive.
- **les autres signes** pouvant coexister sont nombreux (fièvre, vomissements, iléus réflexe, état de choc...).
- **la biologie** retrouve une hyperlipasémie à au moins trois fois la normale.

L'imagerie n'a d'intérêt qu'en cas de doute diagnostique, avec réalisation d'un scanner abdominal sans injection de produit de contraste qui peut montrer une augmentation du volume pancréatique, une délobulation des contours de la glande, des signes inflammatoires,

des collections et des zones de nécrose. L'imagerie dans la pancréatite aiguë a essentiellement une valeur pronostique.

La mortalité des PA, toutes causes confondues, est de 10% mais celle des PA nécrosantes peut atteindre 25% en raison de l'infection de la nécrose et des complications systémiques.

Les pancréatites alcooliques chroniques⁴⁰ :

En Europe l'alcool est responsable d'environ 80% des pancréatites chroniques (PC) avec un fort gradient nord-sud. L'imputabilité de l'alcool est plus forte dans le Nord de l'Europe que dans le Sud. La durée moyenne de consommation d'alcool engendrant une PC est souvent supérieure à 10 ans avec une consommation quotidienne très importante d'au moins 150g/jour. Le parenchyme pancréatique est progressivement détruit et remplacé par de la fibrose. Le diagnostic repose sur :

- la présence de **fibrose**
- l'existence de **calcifications pancréatiques**
- des **anomalies canalaire**s à l'imagerie

La surveillance d'un malade atteint de pancréatite chronique, en l'absence de poussée aiguë, repose sur une surveillance clinique et la réalisation d'une glycémie à jeun afin de dépister précocement des complications à long terme comme un diabète ou une stéatorrhée.

➤ **autres pathologies**

Gastrites et oesophagites

2.4.3.3. Les complications neurologiques

La toxicité de l'éthanol sur le système nerveux central et/ou périphérique peut être fonctionnelle avec des effets aigus persistant tant que l'alcoolémie reste élevée, ou lésionnelle avec des effets chroniques témoins d'une consommation excessive prolongée⁴¹. Les atteintes lésionnelles peuvent laisser des séquelles définitives même après arrêt de l'intoxication.

➤ **les effets aigus**

L'intoxication éthylique aiguë provoque à faible dose des effets psychostimulants et désinhibiteurs, et à plus forte dose un effet sédatif altérant la vigilance et pouvant aller jusqu'au coma. L'éthanol a donc des effets antagonistes (excitant ou sédatif) sur le système nerveux selon la dose consommée. Les classiques troubles de la parole et de l'équilibre de "l'ivresse" sont dus à la toxicité de l'alcool sur le cervelet, organe particulièrement vulnérable⁴².

Les troubles cognitifs apparaissent dès que l'alcoolémie atteint 0,50g/l avec une augmentation du risque relatif d'accidents de la route. Le temps de réaction s'allonge, le champ visuel se rétrécit et les tests psychométriques sont perturbés par des erreurs dans la réalisation des tâches exécutives. L'augmentation du risque d'accident semble étroitement corrélée à l'effet désinhibiteur de l'alcool qui modifie le comportement de prise de risque et l'estimation de ses propres capacités³⁵.

➤ les effets chroniques

Le syndrome de sevrage survient habituellement dans les 24 heures qui suivent la consommation du dernier verre d'alcool et très rarement au-delà de 72 heures. Le syndrome de sevrage regroupe des signes peu spécifiques dont l'intensité variable peut être très rapidement progressive.

Les symptômes se regroupent dans 3 pôles syndromiques :

- un syndrome **adrénergique** associant des tremblements, une tachycardie et une hypertension artérielle
- des troubles **neurovégétatifs** comportant des sueurs, des nausées, des vomissements voire une hyperthermie
- des troubles **neuropsychiatriques** qui peuvent aller de la forme mineure (anxiété, insomnie, irritabilité, illusions transitoires) à la forme plus sévère (agitation, confusion, troubles de la perception, hallucinations sensorielles, visuelles et/ou auditives). En l'absence de prise en charge adaptée, peut survenir un *delirium tremens* où la composante délirante prédomine le tableau clinique⁴³.

Il faut garder en mémoire que l'alcool est le seul psychotrope dont le sevrage peut être mortel.

La polyneuropathie des membres inférieurs a une topologie distale et symétrique ; l'éthanol touche les axones de grand diamètre et de grande longueur qui conduisent la motricité et la sensibilité épicritique (tactile et thermique).

Le patient présente une anesthésie en chaussette qui laisse persister la douleur ainsi que des troubles moteurs. La réversibilité est lente à l'arrêt de la consommation.

Les neuropathies optiques débutent par une dyschromatopsie sur l'axe vert-rouge ou bleu-jaune et une baisse de l'acuité visuelle.

Le syndrome cérébelleux touche principalement le vermis et entraîne essentiellement des troubles de la marche à type d'élargissement du polygone de sustentation alors que la dysmétrie et l'adiadococinésie sont rarement présentes.

L'encéphalopathie de Wernicke est une complication fréquente de l'intoxication alcoolique chronique à la différence des autres encéphalopathies (maladie de Marchiafava-Bignami, myélinose centropontine, pellagre). Cette entité clinique a été décrite par Wernicke et en France par Gayet.

Sa gravité est qu'il survient souvent un syndrome de Korsakoff à son décours, qui fait que certains auteurs associent les deux pathologies en parlant de syndrome de Wernicke-Korsakoff.

L'encéphalopathie de Wernicke se caractérise par une triade clinique : paralysies oculomotrices, troubles cognitifs et ataxie-hypertonie.

Cette pathologie est due à un déficit en vitamine B1 dont le mécanisme est incomplètement élucidé et le traitement repose sur le sevrage et sur l'administration de thiamine (vitamine B1).

Le syndrome de Korsakoff succède souvent à l'encéphalopathie de Wernicke mais peut survenir de façon isolée.

Il associe une dégradation de la mémoire antérograde et une atteinte des fonctions exécutives. Les fabulations et les fausses reconnaissances sont plus rares. Les lésions anatomiques touchent les tubercules mamillaires, l'hippocampe et le thalamus.

L'évolution du syndrome de Korsakoff est en général péjorative.

Les troubles cognitifs touchent 50% des alcoolodépendants, y compris les jeunes exempts de toute autre pathologie. Ces troubles touchent la mémoire d'apprentissage, les capacités visiospatiales, l'abstraction, et la stratégie d'organisation des tâches. Des lésions d'atrophie cérébrale et/ou cérébelleuse sont retrouvées sur l'IRM. Contrairement au syndrome de Korsakoff, ces troubles cognitifs sont réversibles en quelques mois après le sevrage.

2.4.3.4. Les complications fœtales

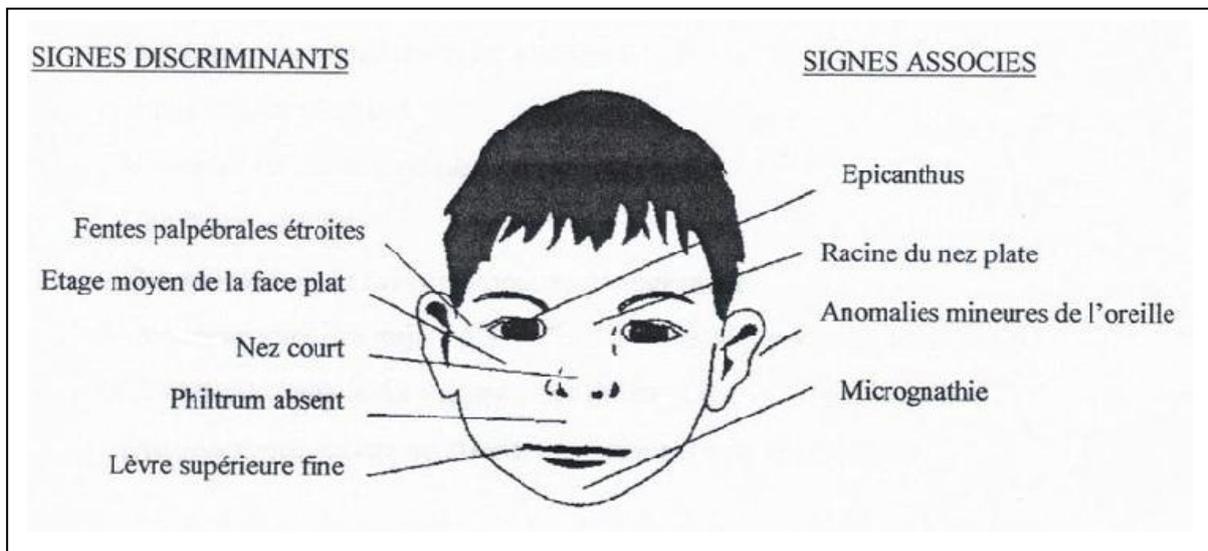
Le syndrome d'alcoolisation fœtal a été découvert et décrit en 1968 par un pédiatre nantais : le Pr Paul LEMOINE. En France, le syndrome d'alcoolisation fœtal est la 1^{ère} cause non génétique d'handicap mental chez l'enfant⁴⁴. L'alcool est une substance tératogène, qui provoque des malformations. On ne connaît pas le seuil minimal de consommation d'alcool sans risque pendant la grossesse ; cependant les recommandations actuelles sont "zéro alcool pendant la grossesse". Depuis octobre 2007, le conditionnement des boissons alcooliques (bières, vins et spiritueux) affiche obligatoirement un message sanitaire visuel ou écrit, destiné aux femmes enceintes. Ce message de prévention est délivré soit par un pictogramme représentant la silhouette barrée d'une femme enceinte qui porte un verre d'alcool à la bouche, soit par la phrase "la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse même en faible quantité peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant".



Pictogramme sur les bouteilles d'alcool

Le syndrome d'alcoolisation fœtal associe plusieurs signes cliniques :

- une dysmorphie crânio-faciale accompagnée de malformations osseuses et viscérales
- un retard de croissance pré et/ou post natal harmonieux touchant le poids, la taille et le périmètre crânien
- une atteinte du système nerveux central



Source : STEISSGUTH et LITTLE, 1994

2.4.3.5. Les complications cardiovasculaires

De nombreuses études épidémiologiques ont montré depuis 1979 qu'une consommation d'alcool faible et régulière (au maximum 20g/j pour l'homme et 10g/j pour la femme) a un effet protecteur des maladies cardiovasculaires ischémiques en raison de ses propriétés antithrombotiques. Ces faibles quantités d'alcool augmenteraient la synthèse du cholestérol HDL ("le bon cholestérol") qui est coronaroprotecteur. Cependant, une consommation excessive s'avère délétère, et il est inconcevable de penser à l'alcool comme un moyen de prévention des maladies cardiovasculaires ou comme un "alicament".

➤ **L'hypertension artérielle**

Au-delà de 20 g/jour d'alcool la pression artérielle s'élève de façon progressive.

➤ **Les cardiomyopathies non obstructives**

Elles sont aussi appelées cardiomyopathies dilatées primitives et aboutissent à une insuffisance cardiaque et des troubles du rythme cardiaque, tous deux facteurs de risque de mort subite.

➤ **Les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques**

Leur incidence est élevée chez les patients alcoolodépendants, essentiellement en raison des effets hypertenseurs de l'éthanol.

➤ **Les troubles du rythme**

Ce sont essentiellement des fibrillations ou flutters auriculaires et des tachycardies jonctionnelles. Les consommateurs de plus de 6 verres/jour ont un sur-risque de mort subite de 73% par rapport aux non-consommateurs.

2.4.4. Les complications psychosociales

En dehors du syndrome de Korsakoff, les troubles cognitifs touchent 50% des consommateurs excessifs d'alcool, et constituent la complication la plus fréquente de l'usage de l'alcool. L'effet désinhibiteur de l'alcool altère le comportement, le jugement et la vigilance avec pour conséquence une accidentologie importante (voir paragraphe sur le code de la route). Les accidents de la route sous l'influence de l'alcool causent **environ 1 200** décès par an.

L'alcool est impliqué dans 3 à 20% des accidents de la vie courante (domestiques, du sport et des loisirs), et dans 10 à 20% des accidents de travail.

L'alcool favorise la violence, et serait en cause dans la moitié des rixes et des actes criminels⁴⁵. Les conséquences de l'alcoolisation répétée sont une désagrégation familiale, un risque de licenciement pour faute professionnelle avec une marginalisation et une exclusion sociale relativement rapides.

Un tiers des auteurs de violences conjugales graves étaient sous l'emprise d'alcool⁴⁶. L'alcool serait un facteur favorisant dans 10 à 25% des suicides.

2.4.5. Les complications psychiatriques⁴⁷

La littérature montre une co-occurrence importante entre conduites d'alcoolisation et troubles psychiatriques, c'est-à-dire qu'il survient chez un même individu un trouble lié à sa consommation d'alcool et un autre trouble psychiatrique. Ces deux troubles ne surviennent pas obligatoirement de façon simultanée et n'ont pas forcément de lien de causalité. Les sujets ayant une dépendance à l'alcool ont un risque accru de troubles anxieux et dépressifs. L'étude NCS (National Comorbidity Survey) retrouve que 52% des sujets ayant une consommation abusive ou une dépendance à l'alcool ont un trouble psychiatrique co-occurrent avec la répartition suivante :

- 19% de troubles anxieux
- 14% de personnalité antisociale
- 13% de troubles de l'humeur
- 3,8% de schizophrénie

Les patients ayant un trouble mental ont une susceptibilité plus importante (risque relatif multiplié par 3) de souffrir également d'un trouble lié à l'alcool. Plus de 50% des patients pris en charge en milieu psychiatrique, ont à un moment donné, un diagnostic de trouble lié à une substance, l'alcool étant le plus fréquent. Environ ¼ des patients présentent les deux troubles de façon concomitante au moment de leur prise en charge psychiatrique. Le trouble bipolaire et la schizophrénie sont les troubles mentaux les plus rencontrés en co-occurrence avec l'abus ou la dépendance à l'alcool.

➤ **Polyconsommation**

Il existe une corrélation entre la consommation d'alcool et d'autres substances : plus de 80% des sujets alcoolodépendants sont aussi fumeurs, et 13% ont une dépendance ou à un abus à une autre substance (risque relatif x 7 par rapport à la population générale).

➤ **Distinction trouble induit et trouble indépendant**

Un trouble induit résulte des effets physiologiques de l'éthanol et doit intervenir pendant l'intoxication ou dans les 4 semaines suivant un sevrage. Ce trouble ne correspond pas un syndrome de sevrage ni à des manifestations aiguës d'intoxication. Il s'agit donc d'un trouble secondaire à la prise d'alcool.

On caractérise d'indépendant un trouble qui est survenu avant l'intoxication alcoolique ou qui persiste plus de 4 semaines après le sevrage.

➤ **Troubles dépressifs**

Le risque de dépression vie entière est de 1,6 en cas d'alcoolodépendance, mais identique à celui de la population générale en cas d'abus.

Chez la femme, la dépression précède dans 66% des cas l'alcoolodépendance tandis que, chez l'homme l'alcoolodépendance précède la dépression dans 50 à 78% des cas. Il est donc important pour le clinicien de différencier le type de dépression (induite ou indépendante) car la prise en charge ne sera pas la même.

Certaines dépressions induites régressent avec le sevrage et ne nécessiteront pas de traitement spécifique ultérieur.

La symptomatologie dépressive chez le sujet alcoolodépendant doit être un signe d'alerte car c'est un facteur de risque majeur de suicide.

➤ **Trouble bipolaire**

L'alcoolodépendance est **5** fois plus fréquente chez les patients bipolaires qu'en population générale, et la prévalence vie d'une alcoolodépendance chez les bipolaires de type 1 est de **40%**.

Helzer et Pryzbeck ont montré que l'abus et la dépendance étaient surtout liés aux épisodes maniaques.

➤ **Troubles anxieux**

Dans l'ECA (Epidemiologic Catchment Area), 20% des sujets abuseurs ou dépendants de l'alcool ont un trouble anxieux co-occurent avec par ordre décroissant de fréquence le trouble panique, les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) puis les troubles phobiques. Les patients évoquent souvent une automédication par l'alcool pour diminuer leur anxiété, même si à long terme l'alcool a des effets anxiogènes qui majorent les troubles.

Le trouble anxieux est souvent indépendant (70% des cas), surtout chez les femmes.

➤ **Schizophrénie**

Les données de la littérature rapportent que les patients schizophrènes sont particulièrement concernés par l'utilisation de substances psychoactives : la prévalence des addictions vie entière est de 47% chez les patients psychotiques contre 17% dans la population générale (ECA) (Laqueille, 2006).

La substance la plus utilisée reste l'alcool (17 à 51% des schizophrènes hospitalisés présentent un abus ou une dépendance à l'alcool), suivie par le cannabis (15 à 40%) et les opiacés (5 à 10%)⁴⁸.

2.5. Le cadre légal

2.5.1. Le code du travail¹⁷

Le nouveau code du travail est entré en vigueur le 1^{er} mai 2008. Les articles concernant l'alcool en entreprise, ont pour fonction de limiter l'introduction et la consommation d'alcool sur les lieux de travail, et d'écarter les salariés en état d'alcoolisation manifeste.

Les employeurs ont des obligations règlementaires mais aussi des droits pour mener une politique de prévention en entreprise.

A. Introduction et consommation d'alcool :

L'article R4228-20 (anciennement L.232-2) interdit d'introduire toute boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré sur le lieu de travail.

L'hydromel a été supprimé dans le nouveau code du travail.

La consommation d'alcool n'est donc pas interdite par la loi, elle est possible sous réserve qu'elle soit modérée. Le vin, la bière, le cidre et le poiré sont autorisés au cours des repas servis en entreprise.

L'OMS définit comme "faible" une consommation au plus égale à 2 unités d'alcool par jour pour les femmes, 3 pour les hommes, une journée au moins sans alcool par semaine, un maximum de 4 unités en une seule occasion et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

Cependant, l'employeur, s'il le juge nécessaire, a le pouvoir de proscrire toute consommation d'alcool pour les salariés dont le poste nécessite une vigilance parfaite.

L'article R4228-21 (anciennement L.232-2) interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse.

B. Obligations de l'employeur :

L'employeur a une obligation de sécurité à l'égard de ses salariés en raison des risques que font encourir les pratiques addictives, et il est responsable des dommages que ces derniers peuvent causer à des tiers (art.1384 du code civil). La consommation d'alcool est un risque (décret du 05/11/2001 sur l'évaluation des risques) à inscrire sur le document unique, l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs.

➤ La distribution de boissons non alcoolisées :

L'article R4225-2 (anciennement R.232-3) prévoit que l'employeur mette à la disposition des travailleurs de l'eau potable et fraîche pour la boisson.

L'eau de ville est tout à fait satisfaisante, si l'on veille à l'hygiène des lieux où elle est disponible et à l'état du circuit de distribution interne.

L'article R4225-3 (anciennement R.232-3-1) prévoit que l'employeur mette gratuitement une boisson non alcoolisée à la disposition des salariés travaillant dans des conditions particulières les amenant à se désaltérer fréquemment.

La liste des postes de travail concernés est établie par l'employeur, après avis du médecin du travail et du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ou, à défaut des délégués du personnel. Les boissons non alcoolisées et les aromatisants mis à disposition sont choisis en tenant compte des souhaits exprimés par les travailleurs et après avis du médecin du travail.

L'emplacement des postes de distribution d'eau est défini par l'article **R4225-4** et doit se faire dans un endroit remplissant toutes les conditions d'hygiène.

➤ **L'information et la formation des salariés sur le risque alcool :**

Le chef d'entreprise est le (seul) responsable de la sécurité et de la santé de ses salariés, il a l'**obligation** d'engager des **actions de prévention, d'information et de formation**, avec des moyens adaptés, axées non seulement sur le produit mais aussi sur la personne et sur l'environnement de travail. L'employeur doit favoriser l'action du médecin du travail, du CHSCT, des représentants du personnel et de l'encadrement. Il peut avoir recours à des associations spécialisées⁴⁹. (**Art. L4121-1**)

Lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, l'employeur, doit prendre en considération les capacités de l'intéressé à mettre en œuvre les précautions nécessaires pour la santé et la sécurité. (**Art. L4121-4**)

➤ **Les avantages en nature :**

L'article **R3231-16** (anciennement L.232-3) dispose que l'attribution de boissons alcoolisées au titre d'avantages en nature doit être proscrite et que le paiement du salaire ne peut pas avoir lieu dans les débits de boisson.

2.5.2. Le règlement intérieur

➤ **Contenu :**

Le règlement intérieur est un document écrit, qui traduit le pouvoir de l'employeur pour l'organisation et la direction de l'entreprise (circulaire DRT du 15 mars 1983) et par lequel le chef d'établissement fixe exclusivement :

- Les mesures d'application de la réglementation en matière **d'hygiène et de sécurité** dans l'entreprise ou l'établissement.
- Les règles générales et permanentes relatives à la **discipline**, en particulier la nature et l'échelle des **sanctions** que peut prendre l'employeur.
- Les dispositions relatives aux droits de la défense des salariés.

Le règlement intérieur peut aller **au-delà du Code du travail** en ce qui concerne la consommation des boissons alcooliques dans l'entreprise. Il peut définir des quantités à ne pas dépasser au cours des repas, il peut même aller jusqu'à l'**interdiction totale** de consommation des boissons du groupe II (boissons fermentées) bien qu'elles soient tolérées par le code du travail. Il peut par ailleurs stipuler dans quelles **conditions des contrôles d'alcoolémie** peuvent être mis en place pour les "postes de sécurité".

Le règlement intérieur est obligatoire dans les entreprises d'au moins 20 salariés.

Si les prescriptions du règlement intérieur ne sont pas respectées, le chef d'établissement peut être amené à user de son pouvoir disciplinaire.

➤ **Rédaction du règlement intérieur :**

Pour rédiger le règlement intérieur, des éléments doivent être pris en compte :

- **la sécurité : Articles L4121-1-3-4** (anciennement L.230-2)

Le règlement intérieur ne peut aborder d'autres thèmes que ceux concernant les mesures d'hygiène et de sécurité et la discipline.

- **les libertés individuelles : Article L4121-3** (anciennement L.122-35)

Le règlement intérieur ne peut pas contenir de clauses contraires aux lois et règlements, ni porter atteinte aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives.

La loi du 4 août 1982 relative aux libertés individuelles des travailleurs dans l'entreprise, fixe donc le cadre dans lequel, en vue de la sécurité, on peut recourir à des mesures mises en application par voie du règlement intérieur.

- **Le dialogue social et la concertation : Article L1312-4** (anciennement L.122-36)

L'élaboration d'un règlement intérieur est soumise au comité d'entreprise et au CHSCT. Le règlement est ensuite transmis à l'inspecteur du travail qui peut être amené à exiger le retrait ou la modification de points qui seraient contraires aux dispositions du Code du Travail⁵⁰.

➤ **Le contrôle de l'alcoolémie :**

Le contrôle de l'alcoolémie n'est possible **que s'il est prévu dans le règlement intérieur** (loi du 8 décembre 1983). Ces contrôles ne peuvent **pas être réalisés de façon systématique** sur l'ensemble du personnel, mais doivent être **réservés à des salariés affectés à un poste de sécurité**. (Arrêt CORONA du 1^{er} février 1980)

Le salarié doit être informé de la nature du test qu'il va subir. Les résultats du dépistage sont soumis au secret médical, et le médecin du travail ne doit pas divulguer un renseignement confidentiel (nature de l'inaptitude, diagnostic, existence d'une dépendance à l'alcool...).

Le journal officiel du 09 novembre 1987 précise "qu'il appartient donc à l'employeur de prévoir et d'organiser des contrôles suffisamment espacés et réservés à une catégorie bien déterminée de salariés, en fonction des risques auxquels ceux-ci exposent des tiers, pour ne pas apparaître sous le contrôle du juge, comme disproportionnés au regard de l'atteinte portée aux libertés publiques."

- le contrôle concerne une catégorie de salariés définie, et non un individu
- tout moyen de contrôle d'alcoolémie (non invasif) est possible
- les "tiers" ne sont pas qualifiés, ils peuvent être extérieurs à l'entreprise

➤ **Le contrôle de l'introduction et de la circulation de l'alcool :**

L'Article **R4828-20** interdit de laisser entrer dans l'entreprise des boissons alcoolisées autres que le vin, la bière, le cidre et le poiré. Le manquement à cette consigne constitue une faute professionnelle. Pour contrôler l'introduction et la circulation d'alcool, l'employeur peut recourir au contrôle vidéo et à la fouille sous réserve que ces moyens de contrôle soient prévus dans le règlement intérieur et qu'ils respectent les libertés fondamentales des salariés.

• **La fouille des vestiaires :**

- ne doit concerner que les salariés conduisant des machines ou des véhicules, ou effectuant des travaux dangereux
- doit se faire si possible en présence du salarié
- doit préserver la dignité et l'intimité de la personne
- le salarié doit être informé de son droit de s'opposer à ce contrôle et d'exiger la présence d'un tiers

• **La vidéo surveillance :**

- ne peut pas se faire à l'insu des salariés (Cour de Cassation)
- ne peut pas être invoquée comme motif de licenciement (jurisprudence)
- ne garantit pas une authenticité des faits (Cour d'appel d'Aix-en Provence)

2.5.3. Les contrôles d'alcoolémie

• **L'état d'ivresse**

La Cour de Cassation, dans son arrêt du **22 mai 2002**, admet l'alcootest dont les modalités sont prévues dans le règlement intérieur comme mode de preuve, pour :

- **Eviter un danger imminent** (obligation de l'employeur)
- **Sanctionner un salarié** dont l'état d'ébriété constitue un manquement et une faute grave au regard de l'Article **L4122-1** qui prévoit qu'il incombe à chaque salarié de prendre soin de sa santé et de celles des autres : **l'état d'ébriété est une faute disciplinaire.**

Le Code du Travail emploie le terme "d'ivresse" dans l'article **R4828-21**.

L'ivresse est un comportement non spécifique de l'alcool : les solvants et certaines pathologies médicales peuvent s'apparenter à une ivresse et être une source d'erreur (malaise hypoglycémique, médicaments psychotropes, intoxication par des solvants...)

Cependant, la constatation de troubles du comportement, d'excitation psychomotrice, de troubles de la concentration laissant **présager** une imprégnation alcoolique du salarié suffit pour ne pas le laisser entrer dans l'entreprise. Il n'y a pas nécessité de prouver que son état d'ivresse est en lien avec une imprégnation alcoolique.

• **Modalités de l'alcootest**

Le recours à l'alcootest doit être "justifié par la nature de la tâche à accomplir et proportionné au but recherché" **Art L1323-9** du Code du Travail.

L'alcootest²⁶ :

- **ne peut pas être systématique**
- **ne peut pas concerner l'ensemble du personnel**
- **doit être réservé aux salariés occupés à des travaux dangereux ou à des postes de sécurité**

Le règlement intérieur prévoit et délimite les modalités de contrôle.

L'arrêt CORONA du 1^{er} février 1980 et **l'arrêt RNUR** du 1^{er} juillet 1988 précisent les conditions de sa mise en œuvre :

- Le recours à l'alcootest sur les lieux de travail ne peut pas être systématique. Il n'est prévu qu'en cas où l'imprégnation alcoolique du salarié constitue un danger pour lui-même ou son environnement.
- L'alcootest ne peut être réalisé que pour prévenir ou faire cesser immédiatement une situation dangereuse. Il ne peut pas avoir pour unique but la mise en place d'une sanction disciplinaire.
- L'employeur n'a pas obligation de désigner nommément les personnes qui effectuent le contrôle de l'alcootest en son nom.
- L'information des délégués du personnel est souhaitable.
- Le contrôle est exclu pour tout salarié non affecté à un poste qui est listé comme dangereux ou à risque dans le règlement intérieur.

- **Qui réalise l'alcootest ?**

Le dépistage alcoolémique est un **acte non médical** qui doit être réalisé par toute personne ou organisme désigné par l'employeur⁵¹, à l'exception de l'infirmière ou du médecin du travail. Le contrôle peut néanmoins aboutir à une prise en charge médicale si l'état du salarié le nécessite.

Le dépistage peut être réalisé par :

- l'éthylotest (alcootest ou éthylotest électronique)
- l'éthylomètre
- l'alcoolémie par prise de sang par un médecin extérieur à l'entreprise

- **Comment ?**

- l'employeur doit informer le salarié de ses droits
- le salarié peut demander l'assistance d'un tiers lors du contrôle
- le salarié peut s'opposer au contrôle ou à ses modalités
- la liste des postes concernés par le contrôle doit être présente dans le règlement intérieur
- le salarié doit pouvoir bénéficier d'une contre-expertise

2.5.4. Le code de la santé publique

◆ Article L.3322-7 :

“Sans préjudice des dispositions de l'article R4828-21 du Code du Travail, les coopératives fonctionnant sur les lieux de travail ne peuvent vendre ni à crédit, ni à un prix inférieur à celui du commerce local, les boissons comprises dans les troisième, quatrième et cinquième groupes définis par l'article L. 3321-1.

Ces coopératives ne peuvent être assorties d'une licence de débits de boissons à consommer sur place de deuxième, troisième ou quatrième catégorie.

Toute infraction dûment constatée aux dispositions du présent article est sanctionnée par le retrait immédiat de la licence à emporter accordée à la coopérative en cause”.

2.5.5. Le code de la route

◆ Quelques chiffres :

➤ En 2007, 10,5% des accidents corporels et 29% des accidents mortels impliquaient un conducteur avec une alcoolémie positive⁵².

➤ En 2007, **1 031 décès** et **4 800 blessés** sont imputables à l'alcool. Grâce à la multiplication des contrôles routiers (11,4 millions de tests d'alcoolémie réalisés sur les routes), c'est la première fois en 10 ans que le taux des accidents mortels liés à l'alcool est inférieur à 30%⁵³.

➤ Depuis 2002, on note une diminution de 40% des tués et de 25% des blessés sur la route. Cependant, l'évolution des comportements des conducteurs français reste contrastée, en effet depuis 1997 il n'y a pas de progrès en matière d'alcool au volant : 18% des conducteurs impliqués dans un accident mortel ont une alcoolémie illégale et ce chiffre reste stable depuis 10 ans.

➤ Une alcoolémie supérieure à 0,5g/l multiplie le risque d'accident mortel

- par 20 le jour
- par 40 la nuit
- par 50 les nuits de week-end

◆ Règlementation :

➤ Le taux légal d'alcoolémie est de **0,2g/l de sang** (0,10mg/l d'air expiré) pour les conducteurs de transports en commun depuis le décret du 25/10/2004 et de **0,5g/l de sang** (0,25 mg/l d'air expiré) pour les autres conducteurs depuis le décret du 29/08/1995.

◆ **Dépistage :**

- Les contrôles d'alcoolémie sont prévus par la loi du 12/07/1978 même en l'absence d'infraction ou d'accident.

- Depuis la loi du 01/10/1990, ces contrôles peuvent être réalisés sur instruction du procureur de la république ou à l'initiative des officiers de la police judiciaire.

◆ **Sanctions :**

➤ **CONTRAVENTIONS DE 4^{ème} CLASSE**

- Conduite avec un taux d'alcoolémie compris entre **0,5 et 0,8g/l**
 - ✚ régie par l'Article R 234-1 du Code de la route
 - ✚ retrait de 6 points
 - ✚ suspension/annulation de 3 ans du permis de conduire
 - ✚ amende de 750 euros

➤ **DÉLITS**

- Conduite avec un taux d'alcoolémie **supérieur à 0,8g/l** ou état d'ivresse ou refus de vérification
 - ✚ régie par l'Article L 234-1 du Code de la route
 - ✚ retrait de 6 points
 - ✚ 2 ans de prison
 - ✚ suspension de 3 ans du permis de conduire (non assortie de sursis ni aménagée "permis blanc")
 - ✚ amende de 4 500 euros

- Récidive de conduite avec un taux d'alcoolémie **supérieur à 0,8g/l**
 - ✚ régie par l'Article L 234-1 du Code de la route
 - ✚ retrait de 6 points
 - ✚ 4 ans de prison
 - ✚ annulation de plein droit de 3 ans du permis
 - ✚ amende de 9 000 euros

2.5.6. Le code pénal

La responsabilité pénale de l'entreprise, en tant que "personne morale", peut également être mise en cause pour les fautes de sécurité, en particulier quand les dysfonctionnements à l'origine de l'accident sont nombreux et démontrent un défaut de surveillance, de contrôle ou d'organisation du travail (articles 221-7 et 221-21 du Code Pénal).

- ◆ Sanctions encourues par l'employeur pour manquement à une obligation de sécurité :

- pour **HOMICIDE INVOLONTAIRE** l'article 221-6-1 du Code Pénal prévoit une peine jusqu'à 45 000 € d'amende et 3 ans d'emprisonnement en cas de décès de la victime (article 221-6-1 du Code Pénal).
- en cas d'**ATTEINTE INVOLONTAIRE à L'INTEGRITE de la PERSONNE** :
 - ✚ si elle a entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois : elle est punie de 30 000 € d'amende et 2 ans d'emprisonnement (article 222-19-1 du Code Pénal).
 - ✚ si elle a entraîné une incapacité totale de travail d'une durée inférieure ou égale à trois mois : elle est punie par des contraventions de cinquième catégorie (article 222-20-1 du Code Pénal).

Le tribunal pourra retenir comme circonstance aggravante contre l'employeur le fait de confier un véhicule automobile à un de ses salariés qu'il sait vulnérable par rapport à l'alcool.

- la **MISE EN DANGER de la VIE D'AUTRUI** peut constituer un délit. Cette notion a été introduite dans le Code Pénal afin de "prévenir les accidents de travail en réprimant les manquements graves même en l'absence de dommages. En exposant un salarié de façon directe et inévitable à un risque immédiat de mort ou de blessures, son employeur viole son obligation de sécurité"⁵⁴.

La responsabilité pénale est mal connue ou méconnue par les responsables hiérarchiques d'autant qu'elle peut concerner un salarié alcoolisé qui n'est pas amené à conduire un véhicule. Plusieurs qualifications peuvent être données :

- **Le délaissement** qui concerne le fait d'abandonner une personne en un lieu quelconque, qui n'est pas en mesure de se protéger d'un éventuel danger vu son état physique. Exemple du salarié en état d'ébriété qui est raccompagné à son domicile où il restera seul.
- **L'omission de porter secours** suppose que l'on a conscience du danger et que l'on peut aider sans se mettre en danger. Cela concerne, par exemple, le fait de laisser travailler un salarié en état d'ébriété sur une machine.
- **La mise en danger de la vie d'autrui** qui est le fait "d'exposer directement un tiers à un risque immédiat de mort ou de blessures, par violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement"⁵³.

2.5.7. Les jugements des tribunaux

➤ **L'affaire Colas¹⁷**

Le mardi 15 octobre 2002, le Tribunal Correctionnel de Nevers condamne un cadre de l'entreprise COLAS (Travaux Publics), organisateur d'un pot à la suite duquel un salarié ivre a causé un accident mortel. Le chauffeur est condamné à quatre ans de prison dont deux avec sursis. Son responsable hiérarchique, est lui aussi condamné à une amende pénale de 2 000 euros ainsi qu'à payer un quart des dommages et intérêts à la famille de la victime.

Le parquet de la Nièvre a décidé de le poursuivre pour "introduction et distribution de boissons alcoolisées dans l'établissement". Sa fonction lui "donne obligation générale de surveillance des conditions d'hygiène et de sécurité à l'intérieur de l'entreprise".

Un magistrat commente "ces moments de convivialité existent dans toutes les entreprises (...) cette condamnation (...) est donc exceptionnelle. Elle a le mérite de poser la question de la consommation d'alcool au travail qui doit être débattue".

➤ **L'affaire Piani¹⁷**

Un salarié de l'entreprise PIANI est licencié pour faute grave le 19 juillet 1995 à la suite d'un contrôle d'alcoolémie réalisé sur un chantier par son supérieur hiérarchique alors que ce salarié, au volant d'un véhicule, transporte un autre salarié de l'entreprise. Le taux d'alcoolémie alors constaté est de 0,7g/l. Il est à noter que le règlement intérieur prévoit

- l'interdiction d'accéder aux lieux de travail en état d'ivresse
- le recours à l'alcootest pour les salariés conducteurs d'engin ou de véhicule automobile
- possibilité pour le salarié averti d'exiger la présence d'un tiers et de solliciter une contre-expertise

En 1999, la cour d'Appel de Bordeaux a jugé le licenciement abusif, faisant valoir que l'employeur n'était pas habilité à décider dans ce cadre, qu'un taux trop élevé constitue une faute disciplinaire.

La Cour de Cassation, en cassant cette décision en 2002, admet que l'état d'ébriété d'un salarié sur son lieu de travail peut constituer une faute grave et justifier une sanction disciplinaire, d'autant que les dispositions du règlement intérieur permettent d'établir sur le lieu de travail l'état d'ébriété grâce à un contrôle d'alcoolémie et de contester le contrôle. Pour la Cour de Cassation, la faute grave est justifiée du fait que, compte tenu de la nature du travail confié à ce salarié, un état d'ébriété est de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger.

3. OUTILS DE REPERAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Les plaintes fonctionnelles ou les symptômes physiques pouvant faire évoquer au médecin une consommation excessive d'alcool sont très peu spécifiques. Il apparaît difficile de repérer précocement le salarié en difficulté avec l'alcool d'autant plus que les signes physiques apparaissent tardivement, chez un consommateur qui a déjà un usage nocif.

La qualité d'un repérage tient à sa **sensibilité** et à sa **spécificité**. Aucun instrument de repérage n'est parfait mais le médecin dispose de plusieurs outils qui sont : la clinique, la biologie et les questionnaires.

Le risque alcool peut être abordé en fonction de signes d'appel (c'est l'approche opportuniste) ou sinon de façon systématique pour évaluer régulièrement la consommation si le salarié est d'accord.

3.1. L'examen clinique

3.1.1. L'entretien et la consommation déclarée d'alcool (CDA)

L'entretien avec le salarié est un moment privilégié de la consultation, c'est un colloque singulier d'échange et de mise en confiance. Un moyen simple est de poser des questions relatives à la fréquence et à la quantité d'alcool consommé. Ce moyen est simple en théorie, mais se heurte à des difficultés en pratique quotidienne. Le médecin du travail doit souvent expliquer, que comme tous les professionnels de santé, il est soumis au secret médical et que ni l'employeur ni les proches du salarié ne seront avertis.

Le médecin doit distinguer les consommations régulières, quotidiennes et les consommations fortuites, occasionnelles. Quand la consommation est hebdomadaire, on fait préciser la consommation déclarée d'alcool sur les 7 derniers jours en considérant qu'un verre standard équivaut à 10 grammes d'alcool pur¹⁹, et on peut proposer au salarié de remplir un support visuel (agenda de consommation) pour s'auto évaluer.

Rappel visuel sur le verre standard

Savez-vous que votre consommation d'alcool est dangereuse* lorsqu'elle dépasse :

- 2 verres par jour pour une femme
- 3 verres par jour pour un homme

* Source OMS

1 verre = 10 g d'alcool pur

| Boisson | Contenance (cl) | Alcool pur (g) |
|-----------|-----------------|----------------|
| Bière | 12 - 25 | 10 |
| Pastis | 45 - 2,5 cl | 10 |
| Champagne | 12 - 10 cl | 10 |
| Apéritif | 18 - 7 cl | 10 |
| Whisky | 45 - 2,5 cl | 10 |
| Vin | 12 - 10 cl | 10 |

Bristol-Myers Squibb

Envie de réduire votre consommation d'alcool ?
Demandez conseil à votre médecin.

B M C M
BIOLOGIE MOLECULAIRE
TESTING ANALYTIQUE
bmcm@laposte.fr

Support visuel : agenda de la consommation hebdomadaire

| | A quel moment de la journée ? | Ce que j'ai bu | Nombre d'unités d'alcool | Total de la journée |
|-----------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|---------------------|
| Lundi | Matinée | | | |
| | Déjeuner | | | |
| | Après-midi | | | |
| | Dîner | | | |
| | Soirée | | | |
| Mardi | Matinée | | | |
| | Déjeuner | | | |
| | Après-midi | | | |
| | Dîner | | | |
| | Soirée | | | |
| Mercredi | Matinée | | | |
| | Déjeuner | | | |
| | Après-midi | | | |
| | Dîner | | | |
| | Soirée | | | |
| Jeudi | Matinée | | | |
| | Déjeuner | | | |
| | Après-midi | | | |
| | Dîner | | | |
| | Soirée | | | |
| Vendredi | Matinée | | | |
| | Déjeuner | | | |
| | Après-midi | | | |
| | Dîner | | | |
| | Soirée | | | |
| Samedi | Matinée | | | |
| | Déjeuner | | | |
| | Après-midi | | | |
| | Dîner | | | |
| | Soirée | | | |
| Dimanche | Matinée | | | |
| | Déjeuner | | | |
| | Après-midi | | | |
| | Dîner | | | |
| | Soirée | | | |
| | | | Total de la semaine = | |

La consommation déclarée semble plus facile à réaliser si elle est faite dans un questionnaire global sur les habitudes de vie touchant l'alimentation, la consommation de tabac et la pratique sportive. On peut engager le dialogue par des questions ouvertes laissant un espace à la réflexion type "Buvez-vous de l'alcool au cours des repas ? Combien ? Du vin, de la bière, de l'alcool fort ? Consommez-vous de l'alcool entre les repas ? Vous arrive t-il de boire plus ? En quelles occasions ?...". Le médecin devrait poser la question de la consommation d'alcool de façon systématique, en la considérant comme un facteur de risque, au même titre que les autres antécédents.

Cette consommation déclarée est globalement sous-évaluée par les patients : la projection des chiffres déclarés dans les enquêtes sur la population générale amène à un résultat inférieur à la consommation réelle telle qu'elle peut être approchée à partir des données fiscales.

Il semble que la sous-déclaration de la consommation ne soit pas régulière et qu'elle soit plus marquée chez les alcoolodépendants que chez les consommateurs excessifs, ces derniers ne considérant pas que leur consommation puisse entraîner des problèmes.

3.1.2. Les signes fonctionnels

La liste des signes fonctionnels n'est pas exhaustive, nous rappelons que ces signes ne sont pas spécifiques ni pathognomoniques. Plus le repérage est précoce dans la vie du patient, moins le tableau sera significatif ; c'est donc l'association et/ou la répétition de plusieurs signes qui doit alerter le médecin.

3.1.2.1. Les plaintes somatiques

- troubles digestifs (anorexie, pituite matinale, soif au réveil)
- troubles du sommeil (cauchemars, fragmentation du sommeil)
- palpitations ...

3.1.2.2. Les troubles psychiques et comportementaux

- anxiété
- labilité de l'humeur
- irritabilité
- troubles des fonctions supérieures (difficultés mnésiques, labilité de l'attention, défaut de concentration)
- symptomatologie dépressive, perte de l'élan vital, sentiment d'incurabilité, idées suicidaires voire passage à l'acte
- chutes, accidents domestiques
- consommation associée : autres substances psychoactives

3.1.2.3. Les troubles relationnels et sociaux

- difficultés familiales
- absentéisme, conflits et réprimandes au travail, arrêts de travail à répétition
- tendance à la fuite des situations confrontantes
- délaissement de certaines activités
- condamnation pour conduite en état d'ébriété
- problèmes financiers

3.1.3. Les signes cliniques

L'examen clinique est lui aussi pauvre et peu spécifique, il reste normal pendant plusieurs années malgré une consommation excessive. Certains signes peuvent être retrouvés tels

- une HTA ou tension artérielle labile
- une arythmie cardiaque
- les signes de la grille de Le Go

Cette grille a été élaborée par un médecin du travail (Dr Le Go) en 1968, en s'appuyant sur la nécessité d'un dépistage précoce de l'alcoolisme. Le Dr Le Go partait du principe qu'il n'y avait pas de spécificité des signes de la consommation excessive d'alcool mais que la présence de plusieurs signes était très évocatrice. C'est un outil standardisé, facile, rapide, répétable et peu variable selon l'utilisateur regroupant 12 items. Il y a 6 critères d'inspection cotés de 1 à 5, 3 symptômes cotés de 1 à 3 croix et l'absence ou la présence d'alcoolopathies (hépatomégalie, HTA et surpoids).

Les signes d'inspection sont :

- **aspect** : du visage (cyanose, érythrose, rosacée...)
 - des conjonctives (hyperhémies, jaunes...)
 - de la langue (blanchâtre chez les buveurs de bière, saburrale, tannée par le vin rouge...)
- **localisation des tremblements** : buccale
 - linguale
 - des extrémités

Chaque critère est noté de 0 à 5, 0 montre l'absence du signe, les chiffres 1 ou 2 une anomalie modérée, et de 3 à 5 une anomalie d'intensité croissante.

Les signes cardinaux donnent un score global compris entre **0 et 30** : à partir d'un score de **12** on pourrait estimer qu'il s'agit déjà d'un stade d'alcoolodépendance.

La grille de Le Go peut être complétée par la notation de troubles subjectifs (nerveux, digestifs et moteurs) de 1 à 3 croix selon l'intensité, et par le relevé du poids du patient, de sa pression artérielle et du volume de son foie.

La grille de Le Go est cependant quasi abandonnée dans la pratique clinique des médecins.

| ASPECT | | | TREMBLEMENTS | | |
|---------------------|--------------|---------|--------------------|---------------------|-------------|
| visage | conjonctives | langue | bouche | langue | extrémités |
| de 1 à 5 points | | | de 1 à 5 points | | |
| TROUBLES SUBJECTIFS | | | CRITERES OBJECTIFS | | |
| nerveux | digestifs | moteurs | poids | pression artérielle | taille foie |
| de 1 à 3 croix | | | | | |

Les autres signes cliniques à rechercher sont :

- une érythrose et des télangiectasies de la face se concentrant principalement sur les ailes du nez, les pommettes et les téguments des oreilles
- un rhinophyma (hypertrophie nasale disgracieuse), rarement rencontré
- une parotidomégalie bilatérale donnant un aspect bouffi de la face
- une gynécomastie bilatérale
- une foetor hépatique
- un état buccodentaire précaire
- des troubles de l'équilibre avec ou sans élargissement du polygone de sustentation
- une circulation collatérale abdominale
- une hépatomégalie
- une polynévrite
- une maladie de Dupuytren
- des tremblements fins, non intentionnels, permanents et réguliers des extrémités

3.2. Les examens biologiques

Les praticiens peuvent être amenés à prescrire des marqueurs objectifs de repérage d'une alcoolisation excessive, souvent par rapport à un manque de confiance sur la consommation déclarée d'alcool. Les deux principaux marqueurs biologiques utilisés en pratique courante sont le Volume Globulaire Moyen (VGM) et la Gamma-Glutamyl-Transférase (GGT). Nous verrons que de nombreux marqueurs biologiques ont une utilité limitée pour le repérage des consommateurs à risque, leur sensibilité n'étant pas suffisante : ces marqueurs s'élèvent pour une consommation journalière d'éthanol dépassant largement le seuil de recommandation de l'OMS (30g d'éthanol/jour pour l'homme et 20g/jour pour la femme).

3.2.1. Le volume globulaire moyen (VGM)

La cause la plus fréquente de macrocytose ($VGM > 98\mu^3$) est l'alcoolisation chronique⁵⁵. La macrocytose, en l'absence d'anémie, a donc été proposée comme un moyen de repérage. Cet examen biologique est simple, fiable et peu coûteux.

Selon les auteurs, on attribue au VGM une sensibilité comprise entre 25% et 87% et une spécificité comprise entre 60% et 99%⁵⁶.

La Valeur Prédictive Positive (VPP) est faible (54%) pour une consommation de 80g d'éthanol par jour⁵⁷.

Le mécanisme le plus probable expliquant la macrocytose serait la toxicité directe de l'éthanol sur la maturation des érythroblastes.

Après sevrage, quand l'abstinence est réelle, la normalisation est lente, en 3 mois, correspondant à la durée de vie des hématies. Le VGM est donc peu sensible aux changements de la conduite d'alcoolisation.

Les autres causes de macrocytose sont : l'anémie, le tabac, la grossesse, l'âge, la réticulocytose, certains médicaments, un déficit en vitamine B12 et/ou folates.

Le VGM, utilisé seul, n'est pas un bon indicateur en raison de sa faible sensibilité. En revanche, **le couplage VGM-GGT a une sensibilité de 90% et une spécificité de 80%**.

3.2.2. La Gamma-Glutamyl-Transférase (GGT)

La GGT sérique est le marqueur biologique le plus prescrit en France dans le repérage des problèmes d'alcool⁵⁸.

Il s'agit d'une glycoprotéine enzymatique impliquée dans le passage transmembranaire d'acides aminés, présente dans de nombreux organes : les reins, le pancréas, le foie, le duodénum, et l'intestin grêle. La GGT plasmatique physiologique est d'origine hépatique. La GGT dépasse le seuil des valeurs normales des laboratoires pour une consommation minimale de **80g** d'éthanol par jour **pendant au moins 4 semaines**. Une telle consommation se rencontre chez des sujets déjà alcoolodépendants, et non pas chez les consommateurs à risque.

Le dosage est standardisé, et peu onéreux. L'inconvénient est la faible spécificité de ce marqueur, de multiples causes étant susceptibles d'augmenter le taux de GGT circulante : pathologies hépatiques non alcooliques, pathologies des voies biliaires, prise de médicaments inducteurs enzymatiques, diabète, hypertriglycéridémie, hyperthyroïdie, affections cardiaques et broncho-pulmonaires...

Il existe **25% de faux négatifs** dans les alcoolisations chroniques et 5% de GGT élevées sans cause retrouvée.

Gache en 1999, attribue à la GGT une sensibilité comprise entre 40% et 70% et une spécificité variant de 50% à 70%⁵⁹.

Dès 1982, C.Géraut, D.Dupas et R.Trarieux⁶⁰ insistaient sur la prudence que le médecin du travail devait prendre par rapport aux examens complémentaires en vue de décider d'une aptitude : bien qu'ils considéraient que le dosage de la GGT soit plus performant⁶¹ que celui du VGM, ils concluaient "qu'une anomalie biologique isolée ne doit pas conduire à des conclusions médicales en l'absence de tout symptôme clinique".

Bien que ce marqueur soit fortement prescrit en pratique quotidienne, son interprétation reste délicate en raison des nombreuses autres étiologies concourant à son augmentation.

La puissance diagnostique de la GGT est inférieure à celle des questionnaires standardisés de repérage.

3.2.3. L'aspartate aminotransférase (ASAT) et l'alanine aminotransférase (ALAT)

Les concentrations sériques des ASAT et ALAT augmentent en cas d'alcoolisation chronique et sont considérées comme un indice d'une cytolyse témoignant d'une souffrance hépatique. Un rapport ASAT/ALAT > 1 peut permettre de distinguer une hépatopathie alcoolique d'une autre hépatopathie.

Ces deux enzymes ne sont pas des moyens fiables de repérage d'une alcoolisation excessive, en témoignant déjà d'une souffrance hépatique.

3.2.4. Un nouvel indicateur : la transferrine désialylée (CDT : carbohydrate deficient transferrin)

L'introduction du dosage de la CDT en France est récente, bien que proposée depuis 1978. En 1978, Stibler et coll ont trouvé une bande protéique anormale dans le liquide céphalorachidien et dans le sérum de sujets alcooliques. Cette bande est une fraction de la

transferrine partiellement désialylée. C'est ainsi que le dosage de la transferrine désialylée a été proposé comme examen de repérage des alcoolisations.

Le taux sérique de CDT s'élève après une semaine de consommation d'au moins 6 boissons alcoolisées par jour. La CDT a un intérêt dans le repérage de l'usage à risque si l'on considère que son taux s'élève pour une consommation d'éthanol **dépassant 60g d'éthanol**

quotidiennement, consommation qui peut se rencontrer en dehors de toute dépendance⁶².

Trois études ont trouvé une sensibilité de 39% à 69% et une spécificité comprise entre 81% et 97% dans l'identification de l'usage à risque ou de l'usage nocif d'alcool. La sensibilité de 39% correspondait à un seuil bas d'usage à risque (280g d'éthanol par semaine pour les hommes), alors que la sensibilité de 69% était associée à une consommation plus forte (400g d'éthanol par semaine pour les hommes). L'utilisation conjointe CDT-GGT améliore la sensibilité du dépistage. L'élévation précoce de son taux permet le diagnostic des rechutes.

La diminution de la CDT au cours du sevrage est rapide (2 semaines), sa sensibilité au changement permet **de suivre la réduction d'un usage à risque** à une consommation modérée et **le maintien des abstinences**⁶³.

L'intérêt de la CDT repose sur sa meilleure spécificité pour le mésusage d'alcool, peu d'autres pathologies influençant sa cinétique. Cependant, il n'existe pas de recommandations claires pour le dépistage et le suivi du mésusage, la littérature scientifique comportant trop de résultats contradictoires. De plus, son coût élevé et sa technique de réalisation plus délicate sont un frein à une utilisation plus large.

Il a donc été proposé d'utiliser la CDT en **seconde intention**, en cas de doute chez des patients ayant un taux de GGT discordant avec l'impression clinique ou l'interrogatoire⁶⁴.

3.2.5. Récapitulatif

| | VGM | GGT | CDT | ASAT-ALAT |
|--|---|---|--|---|
| Consommation minimale pour élévation du taux sanguin | 150g/J | 80g/J | 60g/J | - |
| Durée minimale de consommation pour élévation du taux sanguin | 3 mois | 4 semaines | 1 semaine | - |
| Sensibilité | 25-87% | 40-70% | 39-69% | 15-69% |
| Spécificité | 60-99% | 50-70% | 81-97% | faible |
| Demi vie | 3 mois | 2-3 semaines | 15 jours | 2-3 semaines |
| Avantages | faible coût bonne acceptabilité | faible coût bonne acceptabilité sensibilité moyenne | sensibilité moyenne marqueur de rechute spécificité excellente ½ vie courte | dosage facile |
| Inconvénients | ½ vie longue sensibilité faible bcp faux positifs | ½ vie longue mauvais témoin de rechute | coût technique complexe | faible sensibilité bcp faux positifs |

Quels que soient les marqueurs biologiques choisis par le praticien, il y a un pré-requis nécessaire : qu'attend-on des dosages ?

Recherche-t-on le dépistage d'une alcoolisation excessive déniée par le patient ? La preuve d'une alcoolopathie constituée ? Un outil de prise en charge comme l'intervention brève ? Les deux indicateurs les plus utilisés restent le VGM et la GGT, mais pour les raisons évoquées ci-dessus leur interprétation doit rester prudente et toujours être corrélée à la clinique.

Il n'existe aucun marqueur de repérage idéal : l'interprétation d'une perturbation biologique peut apporter une présomption mais en aucun cas une certitude diagnostique.

De nouveaux marqueurs plus sensibles et plus spécifiques sont toujours à l'étude comme le dosage des auto-anticorps induits ou l'hémoglobine acétaldéhyde⁶⁵.

Etant donné que les perturbations biologiques sont toujours postérieures au début de la consommation, une des pistes de repérage précoce est le développement des questionnaires standardisés pour promouvoir le dialogue autour de la consommation et proposer une aide avant toute atteinte organique.

3.3. Les questionnaires

De nombreux questionnaires ont été établis afin de fournir des outils de repérage aux praticiens concernant la prévention secondaire de l'alcoolisme. Ces questionnaires, administrés par un tiers ou auto-administrés, aujourd'hui au nombre de 25, peuvent avoir 3 objectifs différents :

- diagnostiquer une alcoolodépendance
- évaluer la gravité de l'alcoolodépendance
- repérer les consommateurs à risque

Différentes études ont montré que les performances des questionnaires sont au moins égales voire supérieures à celles des examens biologiques.

Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéresserons principalement aux questionnaires visant au repérage des consommateurs à risque, l'intérêt étant d'identifier les personnes en amont de l'abus ou de la dépendance afin qu'elles puissent bénéficier d'interventions précoces.

3.3.1. Le MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

Ce questionnaire a été mis au point par Selzer en 1971. Il est basé sur 25 questions destinées à identifier une alcoolodépendance en milieu hospitalier. Il explore sur la vie entière les conséquences de l'alcoolisation sur l'individu, son entourage et son rôle social. Sa sensibilité et sa spécificité sont excellentes mais son utilisation reste difficile en raison de sa longueur, surtout en médecine ambulatoire.

Il a donné naissance à de nombreux questionnaires dérivés dont le short MAST (sMAST) en 13 questions. Un total supérieur ou égal à 5 suggère une alcoolodépendance.

| Questionnaire Smast | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| -Pensez-vous que vous consommez de l'alcool en quantité plus importante que la normale ? | 0 | 2 |
| -Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ? | 1 | 0 |
| -Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ? | 1 | 0 |
| -Est-ce que vos amis et proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ? | 0 | 2 |
| -Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ? | 0 | 2 |
| -Avez-vous déjà assisté à une réunion d'anciens buveurs pour un problème d'alcool ? | 5 | 0 |
| -Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint(e) ? | 2 | 0 |
| -Avez-vous déjà eu des problèmes professionnels à cause de votre consommation d'alcool ? | 2 | 0 |
| -Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail, pendant 2 jours de suite et plus à cause de votre consommation d'alcool ? | 2 | 0 |
| -Avez-vous demandé de l'aide ou conseil à autrui au sujet de votre consommation ? | 5 | 0 |
| -Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation ? | 5 | 0 |
| -Avez-vous déjà été arrêté en raison d'un état d'ivresse ? | 2 | 0 |
| -Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ? | 2 | 0 |
| TOTAL | | |

3.3.2. Le DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool)-CAGE

Le questionnaire DETA est une traduction française proposée par Rueff en 1989, du questionnaire anglo-saxon CAGE⁶⁶.

CAGE est un acronyme issu de: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener test.

Le DETA pose **4 questions**, destinées à identifier le mésusage d'alcool. C'est un **test simple, rapide**, qui peut être proposé en version écrite (auto-questionnaire) ou en version orale (hétéro-questionnaire)⁶⁷. Il reprend 4 questions du MAST et explore la vie entière du sujet.

Une consommation excessive est probable si le sujet répond positivement à au moins deux questions. Le DETA est le questionnaire de dépistage proposé en première intention dans les pays anglo-saxons en raison de sa bonne acceptabilité.

Le DETA est un bon outil pour l'identification de l'abus et de la dépendance avec une sensibilité de 70% et une spécificité de 91%, mais ses performances en médecine ambulatoire sont médiocres⁶⁸.

Questionnaire DETA-CAGE

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation d'alcool ?
2. Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

3.3.3. L'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Développé par l'OMS, cet auto-questionnaire vise à identifier précocement le mésusage. Il apparaît plus pertinent pour un dépistage précoce que le DETA car il est plus informatif et explore les 12 derniers mois de consommation. Il est constitué de 10 items, les trois premiers évaluant la consommation, les items 4 à 6 évaluant la dépendance et les items 7 à 10 s'intéressant au retentissement perçu par le patient.

Le point fort de l'AUDIT est de **reconnaître les consommateurs excessifs** sans dépendance à l'alcool.

Sa sensibilité et sa spécificité sont supérieures aux autres questionnaires, et l'OMS en a recommandé son utilisation. Malgré ses avantages indéniables, il est trop long à compléter en ambulatoire et les patients ne le remplissent pas spontanément, sans y être encouragés par une secrétaire, quand il est posé sur la table de la salle d'attente⁶⁹.

Deux versions plus courtes de l'AUDIT ont été développées l'AUDIT-C qui reprend les trois premières questions de l'AUDIT et l'AUDIT-PC qui reprend cinq questions de l'AUDIT.

Questionnaire AUDIT

Un verre standard représente une de ces boissons :



7 cl d'apéritif
à 18°



25 cl
de digestif à 45°



10 cl
de champagne
à 12°



25 cl de cidre
«sec» à 5°



2,5 cl de whisky
à 45°



25 cl de pastis
à 45°



25 cl de bière
à 5°



10 cl de vin
rouge ou blanc
à 12°

1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

jamais 1 fois par mois ou moins 2 à 4 fois par mois 2 à 3 fois par semaine 4 fois ou plus par semaine

2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

un ou deux trois ou quatre cinq ou six sept à neuf dix ou plus

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

4. Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

5. Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous-a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

6. Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

7. Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

8. Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

non oui mais pas dans les 12 derniers mois oui au cours des 12 derniers mois

10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de diminuer ?

non oui mais pas dans les 12 derniers mois oui au cours des 12 derniers mois

Comment se fait la cotation de l'AUDIT ?

Pour les huit premières questions, on compte 0 point pour la première réponse, 1 pour la deuxième, 2 pour la troisième, 3 pour la quatrième et 4 points pour la dernière.

Pour les deux dernières lignes, il faut respectivement attribuer 0, 2 et 4 points par réponse.

Le score maximal est de 40 points.

| Interprétation de l'AUDIT | Hommes | Femmes |
|--|------------------|------------------|
| Risque faible ou nul | < 7 | < 6 |
| Consommation excessive probable | de 7 à 12 inclus | de 6 à 12 inclus |
| Dépendance probable | > 12 | > 12 |

3.3.4. Le FACE (Formulaire pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien)

Le programme Boire Moins C'est Mieux (BMCM) s'adapte du programme OMS, et a cherché à instaurer un questionnaire de repérage des buveurs excessifs inspiré de l'AUDIT mais adapté à la pratique des médecins généralistes français. En effet, ces derniers ont rarement une secrétaire dans leur cabinet qui peut vérifier le remplissage systématique du questionnaire.

C'est donc dans la phase IV du programme de l'OMS, menée en France par l'équipe "Boire Moins C'est Mieux" et coordonnée par le docteur Michaud, que Sonia Arfaoui dans l'étude DAME a créé le questionnaire FACE⁷⁰.

Le travail de Sonia Arfaoui partait du constat suivant : l'AUDIT n'avait pas une bonne acceptabilité pour une utilisation systématique en médecine générale. Il fallait donc trouver un outil de repérage plus court gardant de bonnes qualités informationnelles.

L'étude DAME (Dépistage Au Moyen d'un Entretien standardisé) réalisée en 2001, a élaboré un questionnaire court en 5 questions, conduit par le médecin généraliste lui-même au cours de l'entretien. Le nouveau questionnaire devait être capable de **repérer les 3 groupes de consommateurs** : alcoolodépendants, consommateurs excessifs, et les autres (abstinents ou à faible risque).

Chaque question est notée de 0 à 4, le score total variant de 0 à 20.

Le questionnaire FACE a de meilleures sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative que tous les autres questionnaires et son acceptabilité est excellente.

Questionnaire FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation
Formule pour Approcher la Consommation par Entretien

| | |
|--|--|
| A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ? | |
| Jamais = 0 | |
| Une fois par mois ou moins = 1 | |
| Deux à quatre fois par mois = 2 | |
| Deux à trois fois par semaine = 3 | |
| Quatre fois par semaine ou plus = 4 | |
| Score : | |
| Combien de verres standards buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ? | |
| 1 ou 2 = 0 3 ou 4 = 1 5 ou 6 = 2 | |
| 7 à 9 = 3 10 ou plus = 4 | |
| Score : | |
| Votre entourage vous-a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ? | |
| Non = 0 Oui = 4 | |
| Score : | |
| Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ? | |
| Non = 0 Oui = 4 | |
| Score : | |
| Score total : | |

| Interprétation du questionnaire FACE | Hommes | Femmes |
|---|-----------------|-----------------|
| Risque faible ou nul | < 5 | < 4 |
| Consommation excessive probable | de 5 à 8 inclus | de 4 à 6 inclus |
| Dépendance probable | > 8 | > 8 |

3.3.5. En conclusion

Il existe de nombreux questionnaires de repérage dont beaucoup n'ont pas été traduits en français. Les plus couramment utilisés par les médecins français sont le DETA et l'AUDIT. Ces questionnaires sont destinés à des populations cibles différentes et identifient des groupes variables (alcoolodépendants, abuseurs, consommateurs à faible risque). Certains sont extrêmement chronophages, s'intégrant mal à la réalité de terrain des médecins du travail qui ont de plus en plus de salariés à surveiller en raison de la démographie médicale de cette spécialité.

Le **FACE** mérite tout particulièrement de retenir notre attention de médecin du travail, car le temps de passage est court lors de l'entretien médical (2 à 3 minutes), son acceptabilité est excellente et sa validité a été prouvée. Ce questionnaire apparaît comme un outil performant, applicable de façon systématique, sans contrainte démesurée pour le sujet ni pour le médecin et sans coût prohibitif⁷¹.

DEUXIEME PARTIE

1. OBJECTIFS

Cette enquête devrait nous aider à cerner les perceptions des médecins du travail face au risque alcool de leurs salariés lors des visites d'embauche et des visites périodiques. Nous avons cherché à savoir quels moyens diagnostiques (interrogatoire, examen clinique, examens biologiques, questionnaires standardisés) les médecins du travail utilisaient pour repérer les salariés à risque, et dans quelle mesure ils étaient capables de délivrer une intervention brève.

Nous avons essayé de savoir si les médecins rencontraient des obstacles au repérage précoce systématique dans leur pratique, l'objectif final étant de fournir aux médecins du travail un outil pratique de repérage qui permettrait d'améliorer la prévention des risques liés aux mésusages de l'alcool qui s'inscrit dans les priorités nationales (Plan Santé au Travail 2005-2009, Plan de prise en charge des addictions 2007-2011)⁷².

2. MATERIEL

2.1. Questionnaire

Les médecins du travail sont amenés à rencontrer de nombreux salariés présentant un risque vis-à-vis de l'alcool, et c'est à partir de ce constat que nous avons construit un questionnaire en réfléchissant à nos lacunes sur le sujet et à la façon dont on pourrait améliorer notre pratique.

Ce questionnaire que nous avons personnellement conçu de façon à ce qu'il soit simple et rapide (5 à 10 minutes) à remplir par les médecins, comportait 3 pages et 10 questions. (**Annexe n°1 : Questionnaire médecin**).

La plupart des questions (questions 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 et 10) sont des questions semi-ouvertes qui permettent au médecin d'apporter un commentaire ou une remarque, les questions 7 et 8 sur les questionnaires validés et l'intervention brève sont des questions fermées.

Les 10 questions peuvent se regrouper en quatre catégories principales :

- L'interrogatoire et l'examen clinique
- Les examens biologiques
- Les questionnaires validés et l'intervention brève
- Les données sociodémographiques du médecin

Outre les caractéristiques sociodémographiques des médecins (âge, sexe, mode d'exercice), le questionnaire interroge le médecin sur ses connaissances et sa pratique sur le risque alcool.

Le questionnaire a été envoyé par **messagerie électronique**, accompagné d'une lettre d'introduction, expliquant le contexte et l'objectif de cette étude (**Annexe n°2 : Lettre d'introduction**), aux médecins coordinateurs pour les services de santé au travail interentreprises ainsi que pour les services de médecine de prévention de la fonction publique et directement au médecin concerné dans les services autonomes. Les médecins coordinateurs

transféraient ensuite le questionnaire à l'ensemble des médecins du service par la messagerie interne.

La liste des adresses de messagerie électronique des médecins du travail nous a été fournie par la Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Nantes.

La réponse des médecins pouvait être envoyée par **messagerie** ou par **voie postale**. Bien qu'au départ le questionnaire soit anonyme, les médecins ayant répondu par leur messagerie professionnelle peuvent être identifiés, ce qui a pu être une source de réticence à répondre au questionnaire.

Une fois le questionnaire établi, nous l'avons fait tester par 4 médecins du service interentreprises de Saint-Nazaire afin de nous assurer de la faisabilité.

2.2. Population cible

Le questionnaire et la lettre d'explication ont été envoyés par messagerie électronique dans la deuxième quinzaine d'octobre 2008 laissant un **délai de réponse de 6 semaines** aux médecins du travail. Tous les questionnaires nous sont parvenus avant la date butoir fixée au **15 décembre 2008**. Certains médecins n'ont pas pu être contactés en raison d'une affectation dans un autre service, d'un départ à la retraite, ou d'adresses électroniques erronées.

Au départ, nous souhaitions interroger exclusivement les médecins du travail de Loire-Atlantique ; cependant vu le manque de réponses on a étendu le questionnaire au service interentreprises de Redon.

En Loire-Atlantique, département de choix pour notre enquête, nous avons ciblé les services interentreprises, la fonction publique et les services autonomes, tandis que pour l'Ille et Vilaine, notre département de rattrapage, nous n'avons inclus que le service interentreprises de Redon.

2.2.1. Les services interentreprises

132 médecins exerçant en service interentreprises dans les 2 départements concernés (le 44 et le 35) ont reçu le questionnaire. La répartition géographique des services est la suivante :

- S.S.T.R.N = Service de Santé au Travail de la Région Nantaise
- G.I.S.T = Groupement InterEntreprises de Saint-Nazaire
- S.M.I.E = Service Médical InterEntreprises de Chateaubriant
- AMEBAT = Service InterEntreprises du Bâtiment de la Région Nantaise
- A.M.I.E.M = Association Médicale InterEntreprises du Morbihan secteur de Redon

| | Loire Atlantique (44) | Ille et Vilaine (35) |
|---|--|-----------------------------|
| Services avec nombre de médecins concernés | S.S.T.R.N (86) G.I.S.T (20) S.M.I.E (4) AMEBAT (10) | A.M.I.E.M (12) |
| Total des médecins | 120 | 12 |

2.2.2. La fonction publique

Seuls les médecins dont l'adresse électronique était correcte ont été mis dans le tableau et contactés.

| | Loire Atlantique (44) |
|---|--|
| Services avec nombre de médecins concernés | Direction Départementale de l'Équipement (1) Laboratoire Central des Ponts et Chaussées (1) Ministère des finances (1) Ministère des affaires étrangères (1) Tribunal de Nantes (1) Médecine Préventive du Personnel Universitaire (2) Rectorat (2) Centre De Gestion (8) Mairie de Nantes (3) Communauté Urbaine de Nantes (1) Mairie de Saint-Nazaire (1) U.F.R de Médecine (2) C.H.U de Nantes (8) C.H.R de Saint-Nazaire (2) C.H de Chateaubriant (1) C.H.S de Blain (1) Maison Départementale de Mindin (1) C.H.S de Montbert (1) |
| Total des médecins | 31 |

2.2.3. Les services autonomes

Seuls les médecins dont l'adresse électronique était correcte ont été mis dans le tableau et contactés.

| | Loire Atlantique (44) |
|---|---|
| Services avec nombre de médecins concernés | ALTADIS (1) TOTAL FINA ELF (1) AIRBUS Saint-Nazaire (3) FAMAT (1) MAN DIESEL (1) EDF de Cordemais, de Nantes (3) M.S.A (8) SNCF (4) LA POSTE (4) FRANCE TELECOM (2) CHARIER (1) |
| Total des médecins | 29 |

2.2.4. Récapitulatif

Les questionnaires ont été adressés à **192** médecins dont :

- 132 exercent en service interentreprises soit **68,7%**
- 29 exercent en service autonome soit **15,1%**
- 31 exercent dans la fonction publique soit **16,2%**

3. METHODE

3.1. Généralités

Cette étude doit permettre d'établir **un état des lieux de la pratique** des médecins du travail de Loire-Atlantique et de leur **proposer un outil de travail**. Notre enquête a donc été menée sur un petit échantillon, en vue d'une exploitation basique des résultats puisque nous ne disposons pas d'un appui statistique. On a utilisé la liste établie par la DRTEFP de Nantes pour envoyer les questionnaires aux médecins de Loire-Atlantique et du service de Redon. On a choisi le mode d'envoi du questionnaire par messagerie électronique en raison de la simplicité logistique et de la gratuité (pas de nécessité d'affranchir 192 questionnaires, ni d'adresser des enveloppes timbrées pour le retour).

Face au faible taux de répondants dans les services interentreprises de Loire-Atlantique nous avons élargi le questionnaire au service interentreprises de Redon.

Aucune rétribution n'a été proposée aux médecins en échange de leur participation volontaire au questionnaire.

3.2. Inclusion dans l'enquête

Le critère d'inclusion dans cette étude était le renvoi dans le temps imparti du questionnaire dûment rempli. Certaines adresses électroniques étaient erronées sur notre listing mais nous avons choisi de ne pas contacter ces médecins par téléphone afin de ne pas modifier le mode de recrutement.

Nous avons adressé 192 questionnaires et nous avons reçu **61 questionnaires complétés** soit un pourcentage de participation de **31,7%**. Malgré ce taux de réponse décevant, bien que supérieur à celui de nombreuses études prospectives, nous n'avons entrepris aucune relance. Les données ont été recueillies du 01/11/2008 au 15/12/2008, 90% des médecins ayant choisi de répondre par messagerie électronique et 10% par voie postale.

3.3. Méthode d'analyse

Pour chaque question, nous avons proposé comme choix de réponse **des items de fréquence** (jamais, rarement, souvent, toujours) et l'**item "selon le poste de travail"**. Nous n'avons pas pensé à inclure au questionnaire un guide de bon remplissage où nous aurions expliqué qu'il ne fallait cocher qu'un seul item. Ainsi, de nombreux médecins ont coché 2 réponses avec un item de fréquence et l'item "selon le poste de travail" ce qui perturbait considérablement l'analyse des questionnaires. Nous avons alors rencontré l'équipe du Dr ZARROUCK au Département d'Information Médicale (DIM) du centre hospitalier de Saint-Nazaire qui nous a conseillé de "lisser les résultats", ce qui revenait à analyser chaque question en deux parties :

- En premier on regarde si le poste de travail influence ou non la réponse
- Puis, parmi les médecins qui n'ont pas coché "selon le poste de travail" on a classé les résultats selon "jamais, rarement, souvent, toujours"

En excluant de la seconde analyse les médecins qui ont coché "selon le poste de travail", on calcule les résultats sur un plus petit nombre de médecins ce qui peut induire un biais, cependant cette méthode semblait la plus juste.

4. RESULTATS

4.1. Données sociodémographiques (question 10)

4.1.1. Age des médecins

Un médecin a oublié de répondre à cette question, les pourcentages sont donc calculés sur 60 médecins au lieu de 61 :

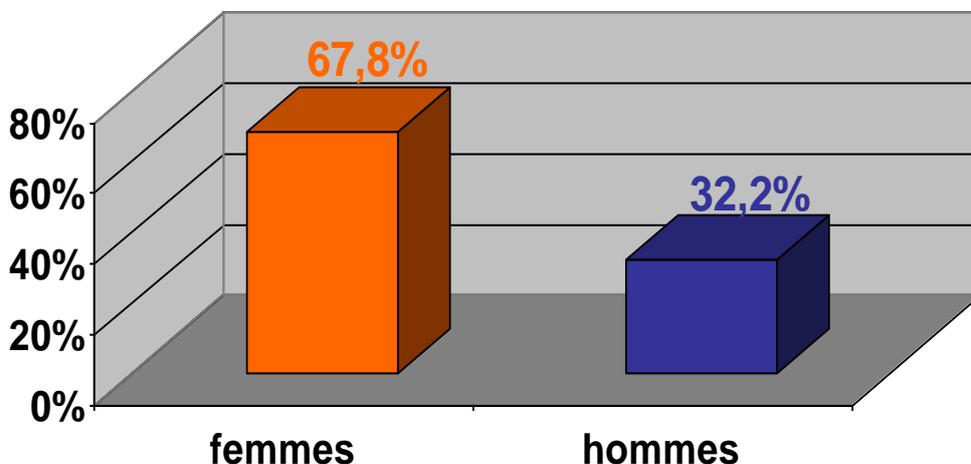
- **58,7%** des médecins du travail appartiennent à la classe d'âge des **50-60 ans**
- **28,3%** des médecins appartiennent à la classe d'âges des **40-50 ans**
- **8,3%** des médecins ont **moins de 40 ans** et **5%** ont **plus de 60 ans**

4.1.2. Sexe des médecins

Deux médecins ont oublié de répondre à cette question, la répartition est la suivante :

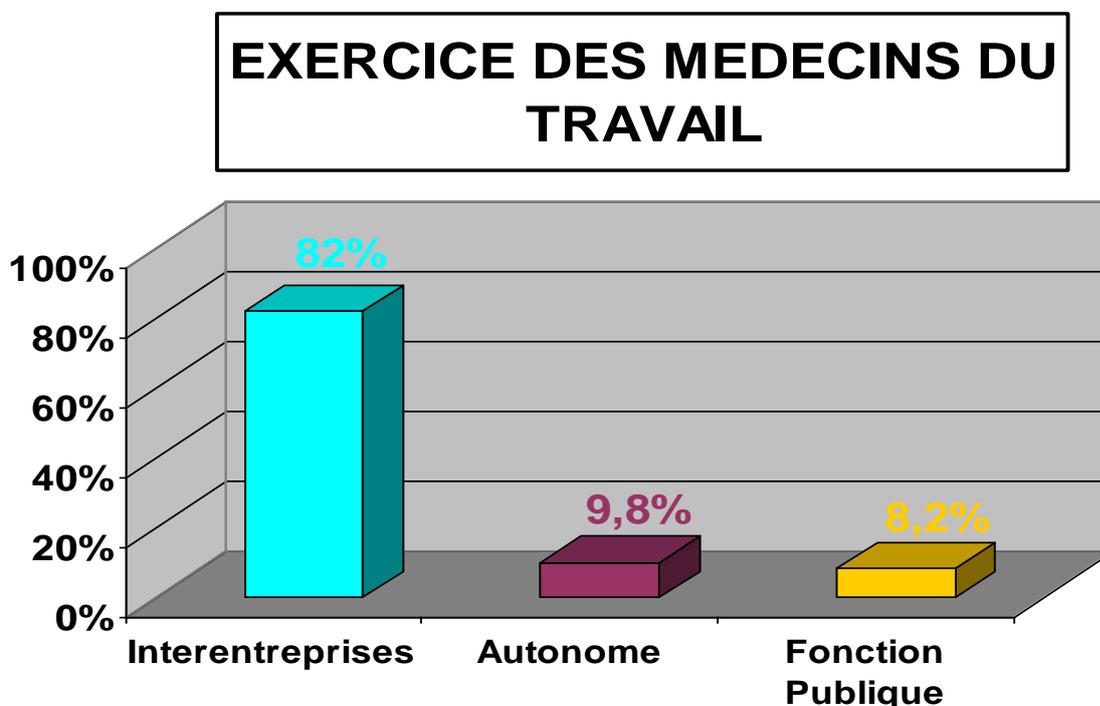
- **67,8%** de femmes (40 sur 59)
- **32,2%** d'hommes (19 sur 59)

REPARTITION DES MEDECINS SELON LE SEXE



4.1.3. Mode d'exercice des médecins du travail

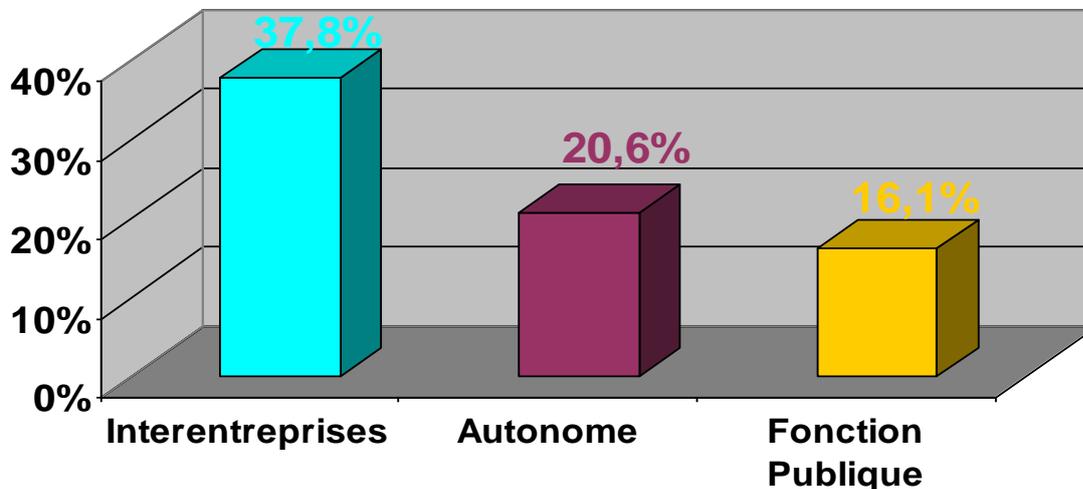
Tous les médecins ont répondu à cette question : 50 médecins exercent en service interentreprises, 6 dans un service autonome et 5 dans la fonction publique.



Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire **82%** exercent en **service interentreprises**, **9,8%** en **service autonome** et **8,2%** dans la **fonction publique**.

Si l'on considère que l'échantillon de médecins sélectionnés pour l'envoi du questionnaire par mail est représentatif de l'exercice de la médecine du travail sur le territoire national, on peut s'interroger sur le **taux de participation**. En effet, les médecins en service interentreprises ont un pourcentage de participation à l'enquête de **37,8%** (50 médecins répondus sur 132), de **20,6%** en service autonome (6 médecins répondus sur 29) et de **16,1%** dans la fonction publique (5 médecins répondus sur 31).

TAUX DE PARTICIPATION SELON L'EXERCICE



Il est intéressant de se pencher sur les raisons d'une telle disparité de participation selon le type d'exercice. Les agents de la fonction publique seraient-ils moins à risque par rapport à l'alcool que les salariés suivis en service interentreprises? On peut émettre un doute sur cette hypothèse qui est contraire aux données de la littérature, où le risque de consommation excessive n'épargne ni les grosses entreprises ni la fonction publique. Il paraît plus raisonnable de penser qu'un médecin, exerçant en service interentreprises et suivant plusieurs centaines de petites ou moyennes entreprises, est plus souvent sollicité sur le risque alcool par les chefs d'entreprises ou les CHSCT suscitant alors un intérêt et une adhésion plus importants à notre étude.

La situation géographique de notre enquête peut avoir induit un biais dans la participation des médecins des services interentreprises : la région des Pays de la Loire se place en 2^{ème} position derrière la Bretagne, pour la proportion de patients suivis en médecine de ville qui ont un profil à risque sans dépendance⁷³, ce qui peut expliquer l'implication des médecins et leur motivation pour remplir le questionnaire.

La visite systématique (embauche et périodique) dure de 15 à 20 minutes par salarié, pendant laquelle le médecin interroge sur les conditions de travail, les risques professionnels et fait un examen clinique. On peut donc penser que les médecins du travail de la fonction publique et des services autonomes privilégient d'autres registres de prévention comme les gestes et postures, les risques psychosociaux, le bruit ou les produits Cancérogènes Mutagènes et Reprotoxiques (CMR).

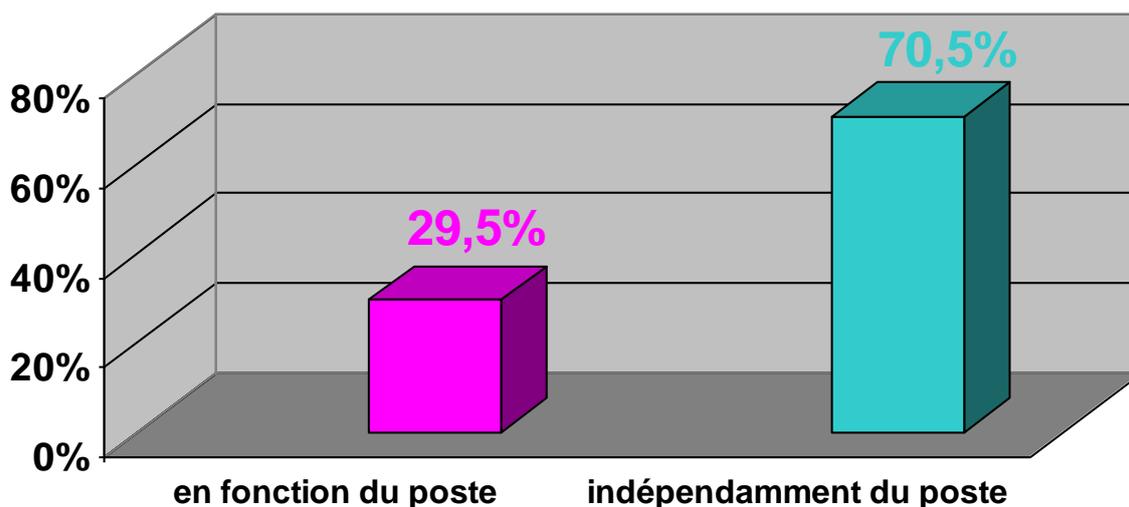
4.2. Interrogatoire et examen clinique

4.2.1. Evaluation de la consommation d'alcool lors de l'interrogatoire et utilisation du verre standard (question 1)

Tous les médecins ont répondu à cette question.

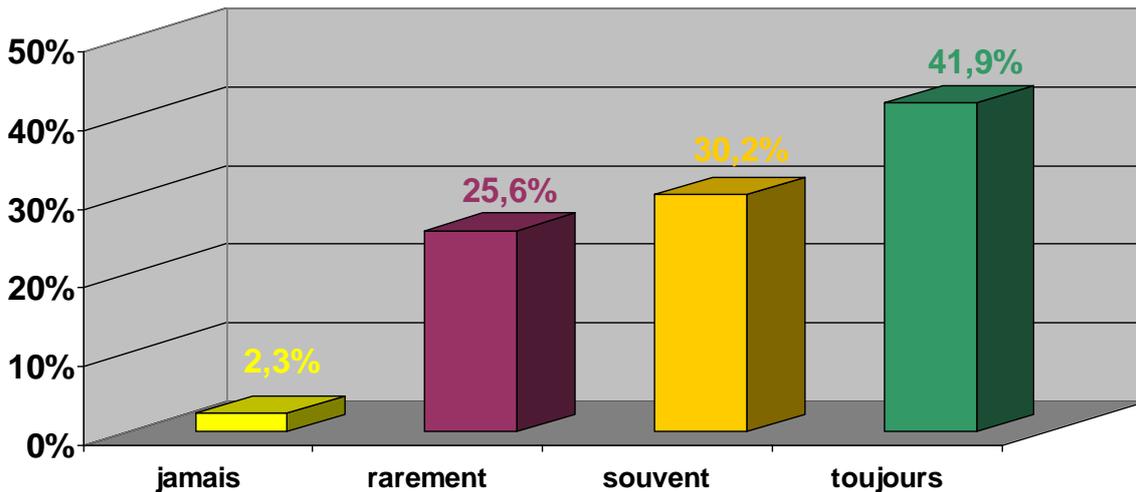
18 médecins soit 29,5% évaluent la consommation d'alcool selon le poste de travail occupé, et 43 médecins soit 70,5% l'évaluent indépendamment du poste de travail.

% DE MEDECINS EVALUANT LA CONSOMMATION EN FONCTION DU POSTE DE TRAVAIL



Parmi les médecins qui interrogent leurs salariés sur la consommation indépendamment de leur poste de travail, 72% (31 médecins sur 43) posent souvent ou toujours la question en visite médicale : il apparaît donc que l'évaluation de la consommation d'alcool est intégrée dans la pratique des médecins du travail au même titre que la consommation de tabac ou la pratique d'un sport, 25,6% (11 médecins sur 43) posent rarement la question et un seul confrère soit 2,3% n'interroge jamais ses salariés sur le risque alcool.

% DE MEDECINS EVALUANT jamais, rarement, souvent ou toujours LA CONSOMMATION D'ALCOOL



Le poste du salarié oriente souvent l'interrogatoire du médecin sur la consommation d'alcool : **29,5%** des médecins abordent la question alcool si le poste de travail est un poste de sécurité : dans les commentaires libres les médecins disent poser la question de l'alcool si le salarié occupe un poste de sécurité (notamment la conduite d'engins ou de machines dangereuses). Le poste de travail guide donc de façon significative l'interrogatoire du médecin sur la consommation d'alcool en raison de l'accidentologie qui peut en découler.

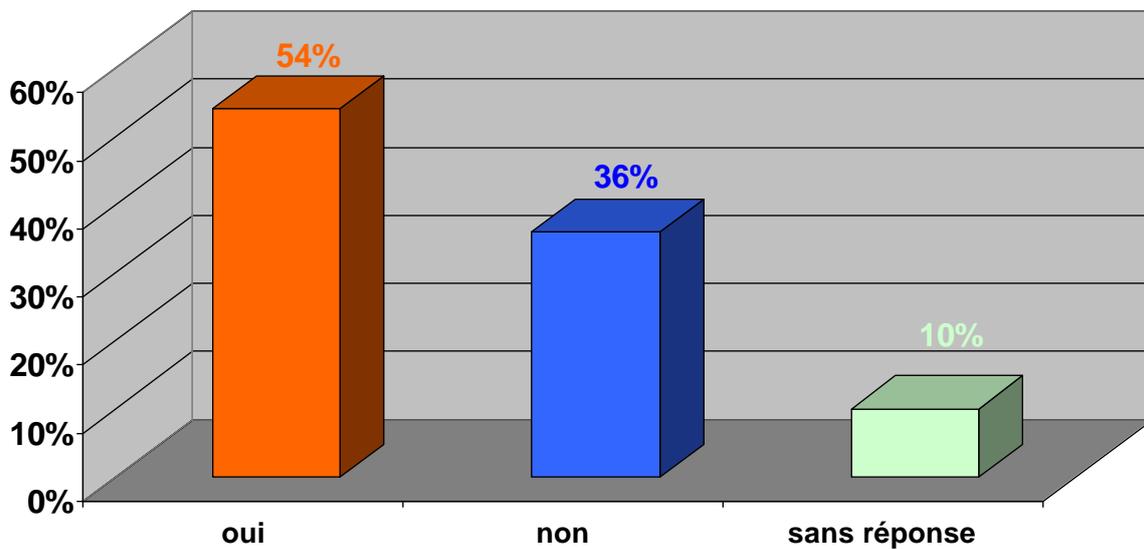
On peut estimer que l'évaluation de la consommation d'alcool n'est pas encore ancrée dans un interrogatoire systématique de santé au travail puisque le poste de travail oriente 29,5% des médecins dans leur interrogatoire. En effet, on interroge plus facilement sur la consommation d'alcool un pontier, de plus de 40 ans plutôt qu'une secrétaire de 25 ans.

Les stéréotypes socioprofessionnels persistent et amènent à un tri inconscient des salariés au détriment du repérage systématique par questionnaire. On retrouve dans cette question que la porte d'entrée pour l'évaluation du risque alcool par les médecins du travail se fait essentiellement par le poste de travail du salarié plutôt que sur la présence de signes cliniques ou biologiques évocateurs.

C'est la connaissance approfondie des conditions et des postes de travail qui fonde la pratique et la spécificité de la médecine du travail par rapport à la médecine libérale : nous ne sommes donc pas surpris que l'approche de la question de l'alcool se fasse par le biais du poste de travail.

Nous avons interrogé les médecins sur l'utilisation du verre standard dans la même question.

% DE MEDECINS UTILISANT LE VERRE STANDARD



Si la majorité des médecins évaluent la consommation d'alcool lors de l'interrogatoire, seuls **54%** (33 médecins sur 61) utilisent la notion de verre standard. (Nous noterons que 6 médecins sur 61 n'ont pas répondu ce qui induit un fort pourcentage de non réponse soit 10% et nous incite à la prudence dans l'interprétation des résultats).

Le verre standard est la référence internationale servant de base pour quantifier la consommation d'alcool, c'est un outil simple qui est disponible sous forme de réglette visuelle. Si 36% des médecins interrogés ne l'utilisent pas est-ce parce qu'ils manquent de connaissance sur le verre standard ? Qu'ils ne trouvent pas cette notion utile ?

Seule une quantification en verres standards permet au médecin de différencier un usage d'un mésusage, ce qui laisse présager d'un manque de connaissance pour différencier le consommateur à risque ou à problèmes du consommateur alcoolodépendant.

Le verre standard n'est pas d'usage courant en visite de médecine du travail. Nous avons constaté que les dossiers médicaux contiennent rarement la consommation d'alcool du salarié en grammes/j ou en verres/j ; les médecins notent plus souvent alcool+ ou alcool- ce qui reste très approximatif et peu exploitable lors des passations de dossiers entre médecins.

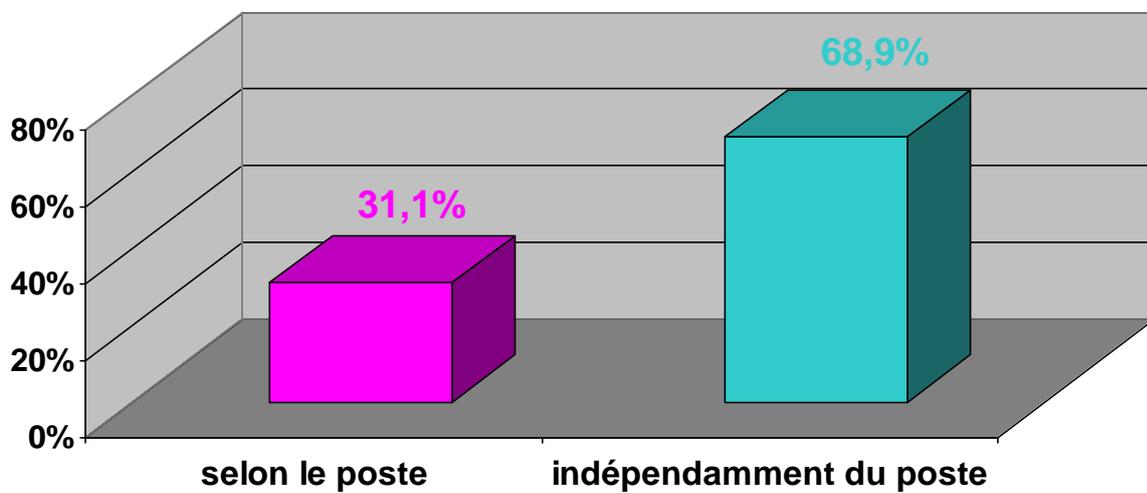
Dans les commentaires libres plusieurs médecins disent ne pas utiliser le verre standard car leur expérience clinique leur a montré que les salariés sous-estimaient souvent leur consommation.

Il semble pourtant facile de quantifier précisément la consommation dans les dossiers, afin **d'avoir une référence de base** et de **faire un suivi de la consommation** à chaque visite chez un salarié à risque. La mise par écrit de "cet agenda de la consommation" au même titre qu'un suivi des plombémies ou des chromuries est envisageable dans la tenue des dossiers médicaux. Ce suivi régulier peut inciter et encourager le salarié dans la diminution de sa consommation "Monsieur X, quand nous nous sommes vus il y a 3 mois, vous consommiez 60g d'alcool pur par jour, aujourd'hui si nous récapitulons vous en êtes à 40g par jour, vous allez bientôt atteindre l'objectif que vous vous étiez fixé.....je vous propose de nous revoir dans ...mois pour refaire le point ou plus précocement si vous en ressentez le besoin".

4.2.2. Recherche de signes fonctionnels liés à la consommation (questions 2 et 3)

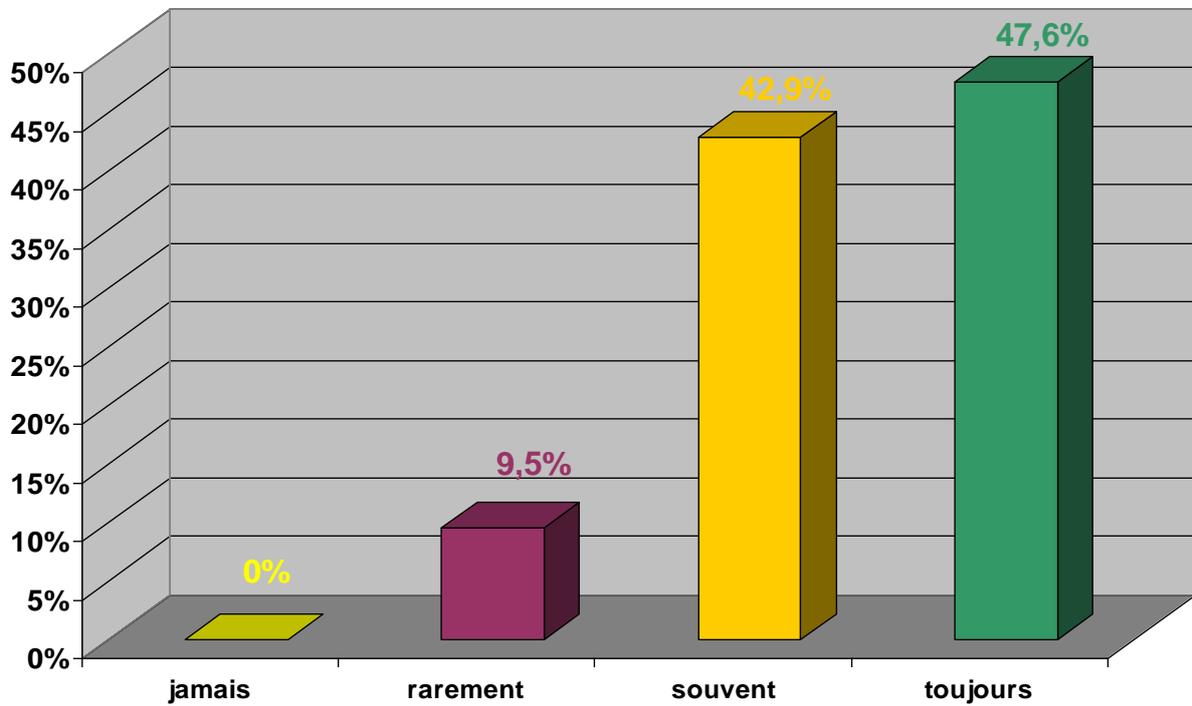
19 médecins sur 61 (31,1%) recherchent des signes fonctionnels en fonction du poste de travail et 42 sur 61 (68,9%) recherchent des signes quel que soit le poste occupé par le salarié..

% DE MEDECINS RECHERCHANT DES SIGNES FONCTIONNELS EN FONCTION DU POSTE DE TRAVAIL



Parmi les 42 médecins qui recherchent des signes fonctionnels indépendamment du poste de travail, 20 médecins soit 47,6% interrogent systématiquement les salariés sur l'existence de signes fonctionnels et 18 médecins soit 42,9% recherchent souvent des signes fonctionnels

% DE MEDECINS RECHERCHANT jamais, rarement, souvent ou toujours DES SIGNES FONCTIONNELS

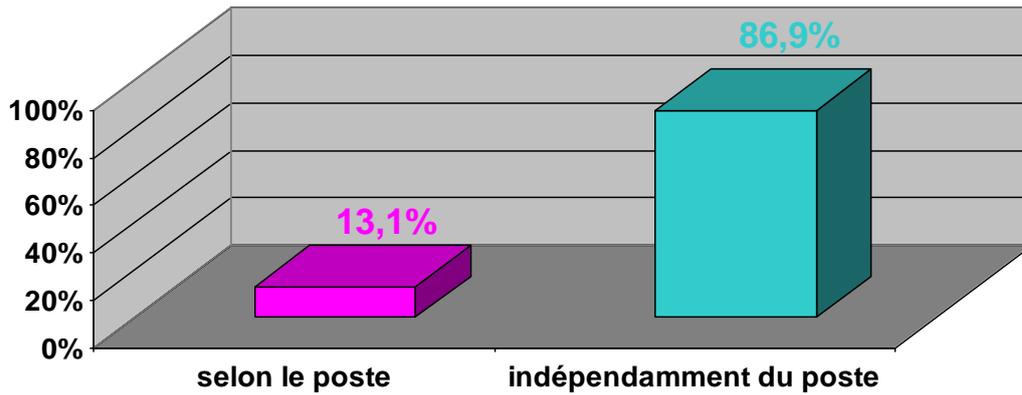


On demandait ensuite aux médecins quels étaient les signes fonctionnels recherchés sachant qu'on les avait différenciés selon 3 catégories :

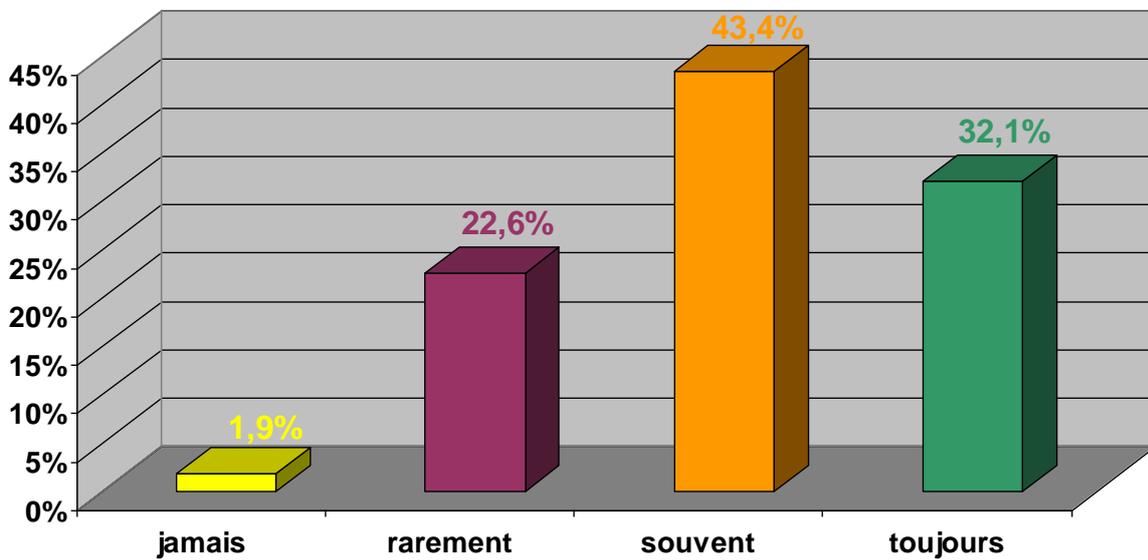
- troubles psychiques et comportementaux
- plaintes somatiques
- troubles sociaux et relationnels

➤ Troubles psychiques

% DE MEDECINS RECHERCHANT DES TROUBLES PSYCHIQUES EN FONCTION DU POSTE DE TRAVAIL

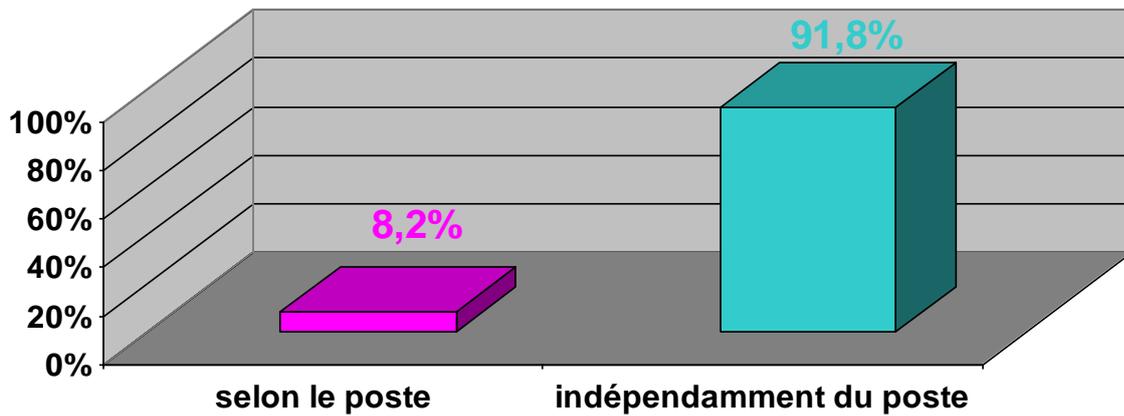


% DE MEDECINS RECHERCHANT jamais, rarement, souvent ou toujours DES TROUBLES PSYCHIQUES

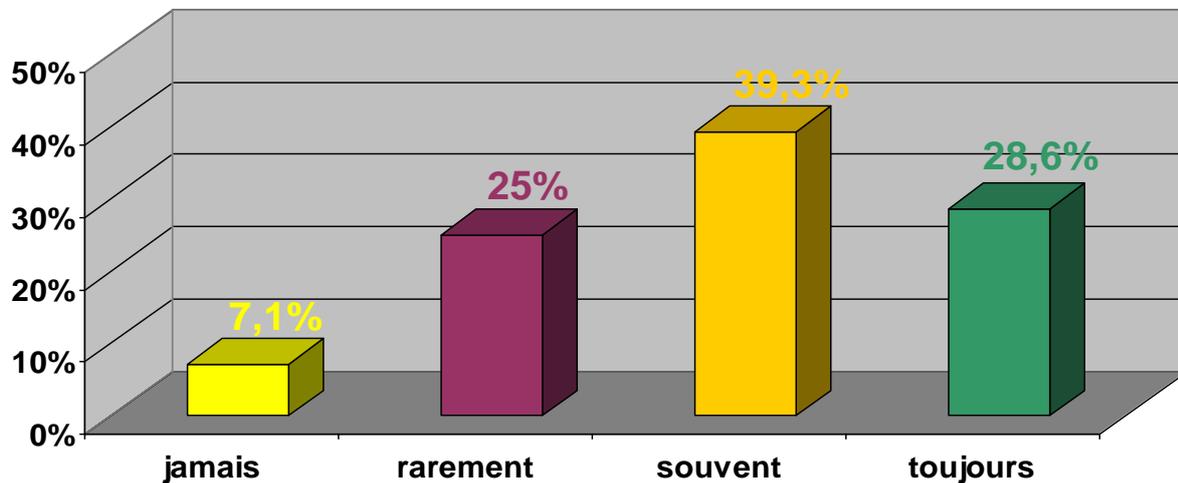


➤ **Plaintes somatiques**

% DE MEDECINS RECHERCHANT DES PLAINTES SOMATIQUES EN FONCTION DU POSTE DE TRAVAIL

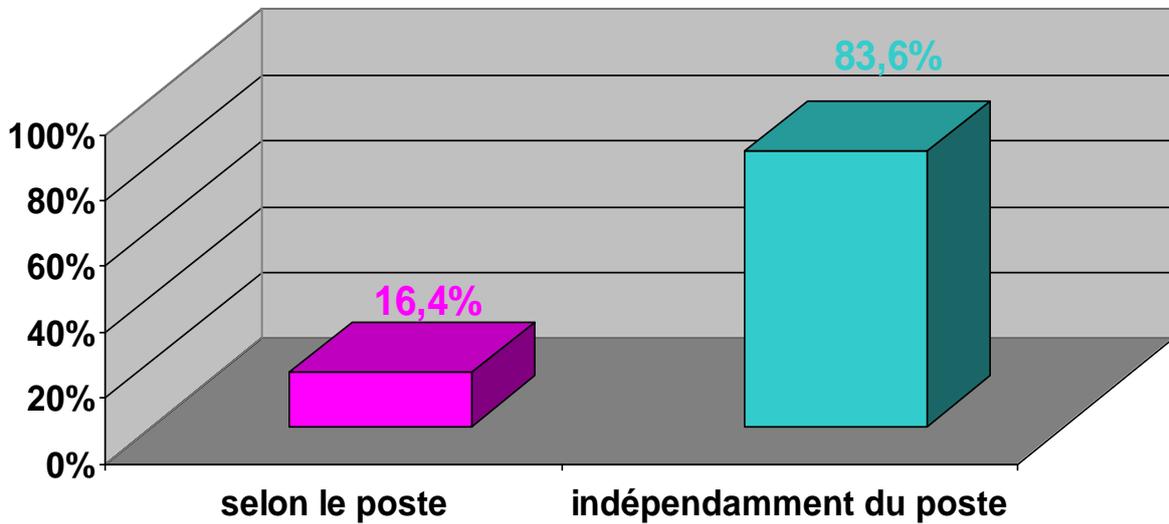


% DE MEDECINS RECHERCHANT jamais, rarement, souvent ou toujours des PLAINTES SOMATIQUES

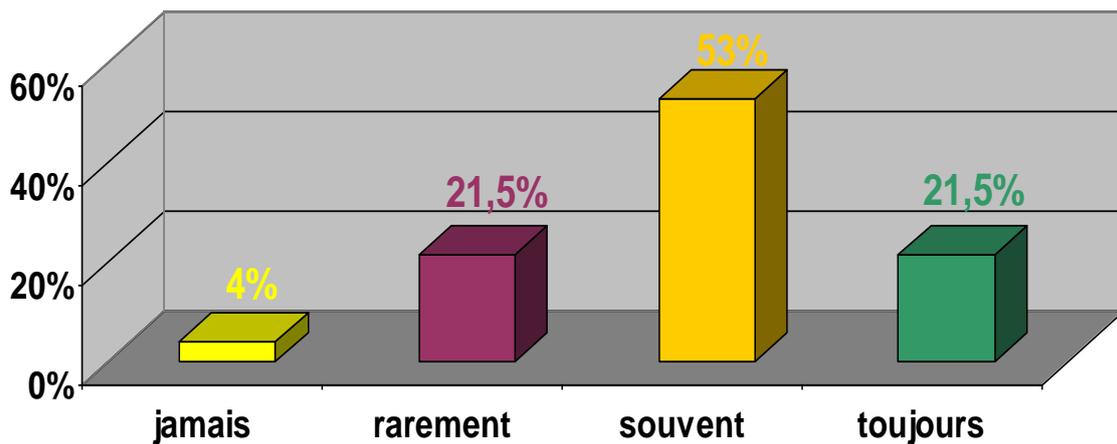


➤ Troubles socio-relationnels

% DE MEDECINS RECHERCHANT DES TROUBLES SOCIO-RELATIONNELS EN FONCTION DU POSTE



% DE MEDECINS RECHERCHANT jamais, rarement, souvent ou toujours DES TROUBLES SOCIO-RELATIONNELS



Il est surprenant de voir que les médecins du travail ne privilégient pas la recherche de signes somatiques par rapport à des plaintes psychiques et relationnelles, comme nous l'avions présagé en élaborant le questionnaire. 2/3 des médecins interrogent souvent ou toujours les salariés sur les 3 types de troubles, ce qui démontre une prise en charge globale de l'état de santé des salariés. En commentaires libres, de nombreux confrères expliquent attacher une importance particulière au "ressenti dans le travail", et dès qu'un salarié est en difficulté avec l'alcool ils recherchent une dégradation dans les relations avec les supérieurs hiérarchiques et les collègues afin de maintenir les salariés dans l'emploi quitte à faire un aménagement du poste de travail.

La médecine du travail joue là son rôle médico-social, où le savoir faire relationnel est primordial. Face à un consommateur à risque occupant un poste de sécurité, le médecin doit parfois trancher entre une inaptitude temporaire et le maintien au poste malgré un risque potentiel d'accident : si l'exclusion temporaire du poste de travail, la perte du lien social aggravent la consommation d'alcool n'est-il pas légitime de privilégier l'aptitude en reconvoquant le salarié régulièrement ? C'est là que le médecin engage toute sa responsabilité et que sa décision dépendra des conceptions qu'il a dans son approche du risque alcool.

10 médecins sur 61 (**16,4%**) recherchent lors de l'interrogatoire d'autres signes fonctionnels qui sont directement en lien avec le travail. Ils recherchent si le salarié présente :

- des difficultés à son poste de travail
- des accidents de travail itératifs
- un absentéisme ou des retards
- un isolement par rapport aux collègues.

Beaucoup disent qu'ils évoquent à ce stade une consommation problématique d'alcool sur un faisceau d'arguments.

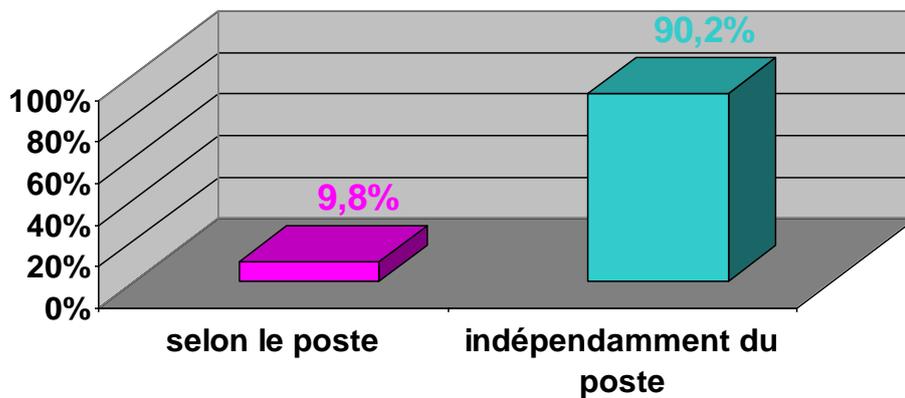
4.2.3. Recherche de signes cliniques liés à la consommation

(question 4)

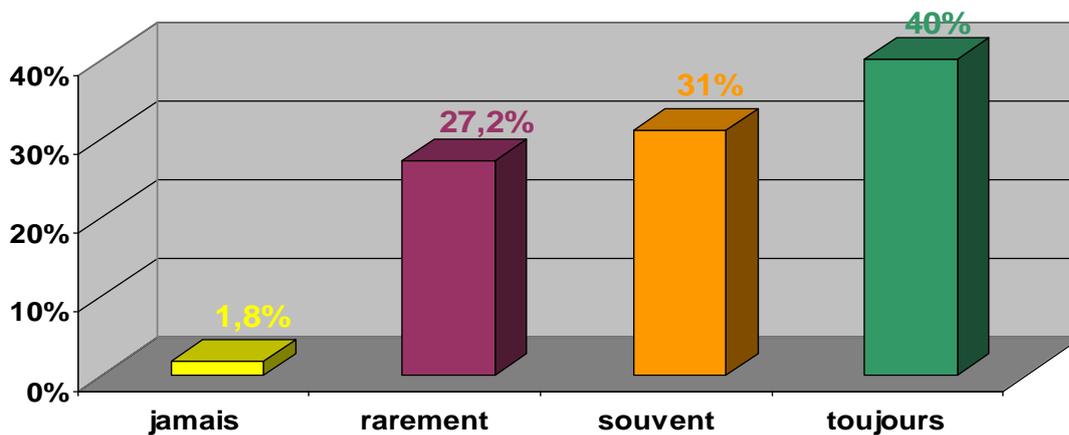
On demandait aux médecins s'ils cherchaient une haleine alcoolisée, une HTA, des troubles du rythme, une hépatomégalie ou des troubles neurologiques.

➤ Haleine alcoolisée

% DE MEDECINS RECHERCHANT UNE HALEINE ALCOOLISEE EN FONCTION DU POSTE

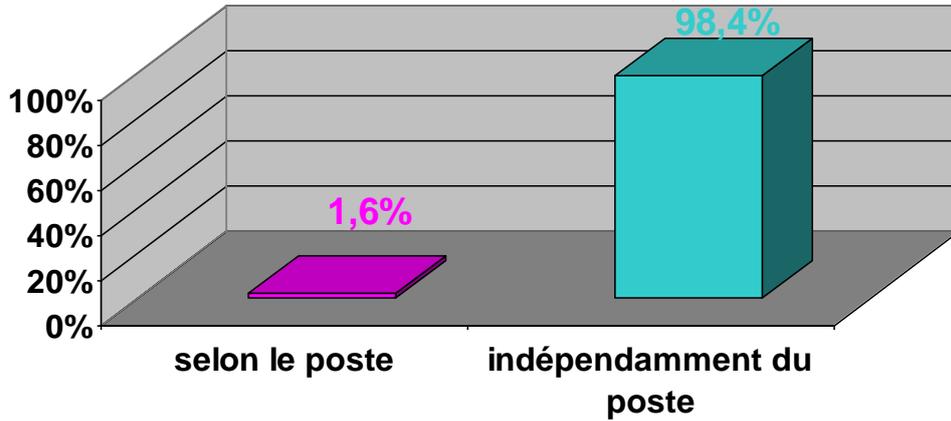


% DE MEDECINS RECHERCHANT jamais, rarement, souvent ou toujours UNE HALEINE ALCOOLISEE

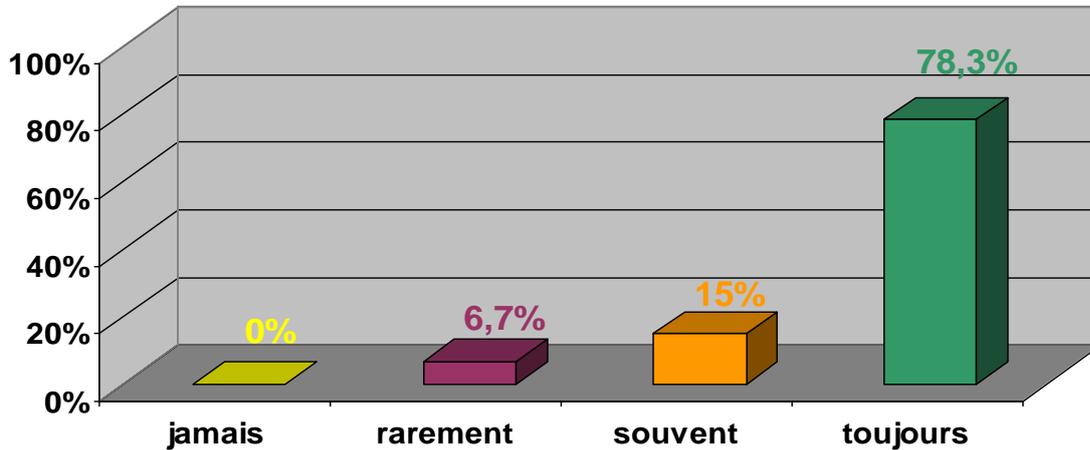


➤ HTA

% DE MEDECINS RECHERCHANT UNE HTA EN FONCTION DU POSTE DE TRAVAIL

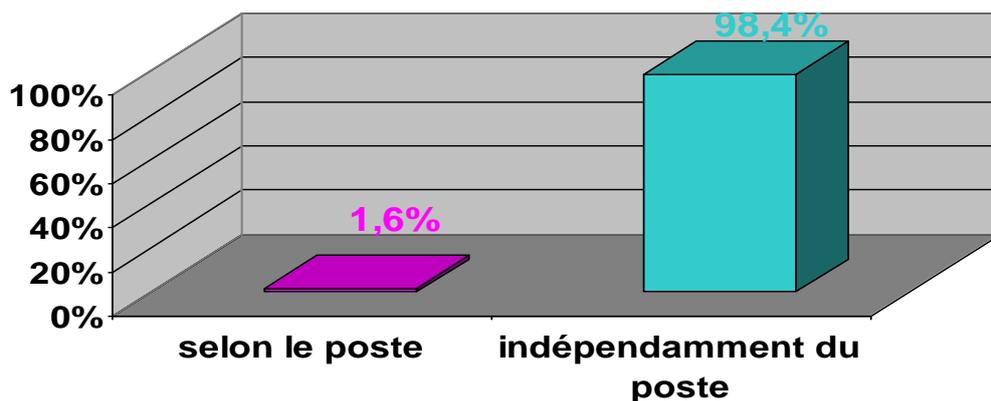


% DE MEDECINS RECHERCHANT jamais, rarement, souvent ou toujours UNE HTA

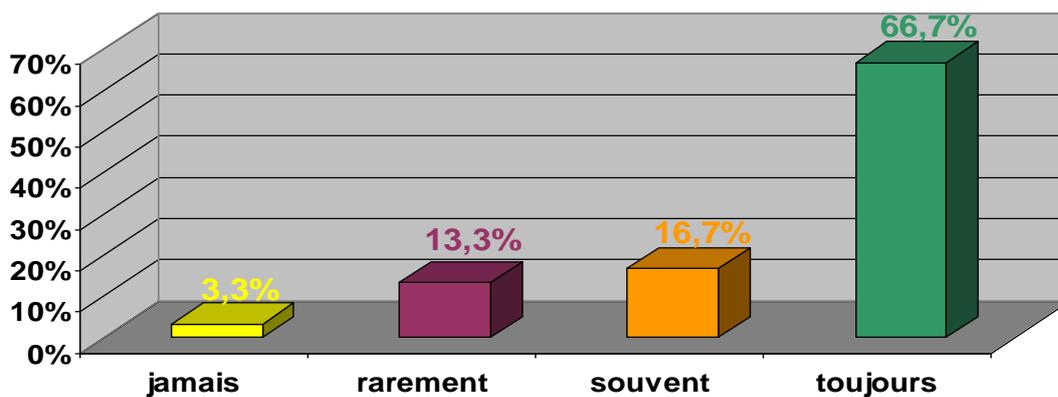


➤ Troubles du rythme

% DE MEDECINS RECHERCHANT DES Troubles Du Rythme EN FONCTION DU POSTE DE TRAVAIL

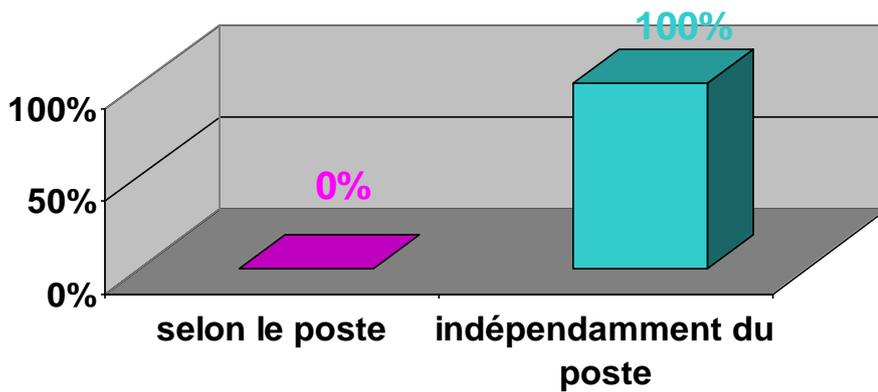


% DE MEDECINS RECHERCHANT jamais, rarement, souvent ou toujours DES Troubles Du Rythme

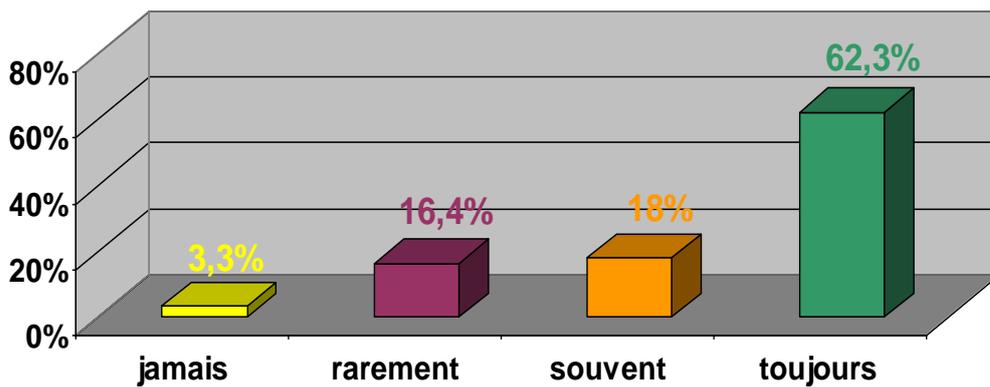


➤ Hépatomégalie

% DE MEDECINS RECHERCHANT UNE HEPATOMEGALIE EN FONCTION DU POSTE DE TRAVAIL

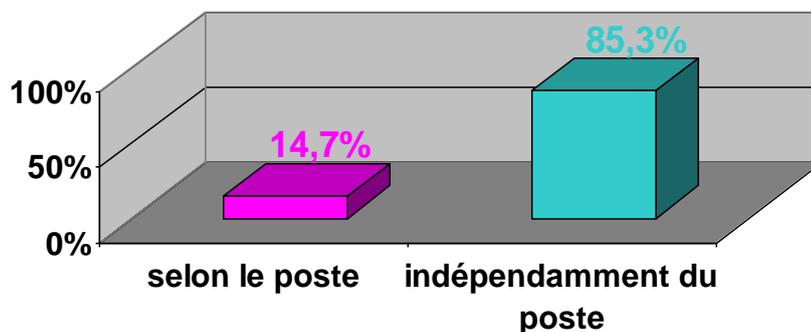


% DE MEDECINS RECHERCHANT jamais, rarement, souvent ou toujours UNE HEPATOMEGALIE

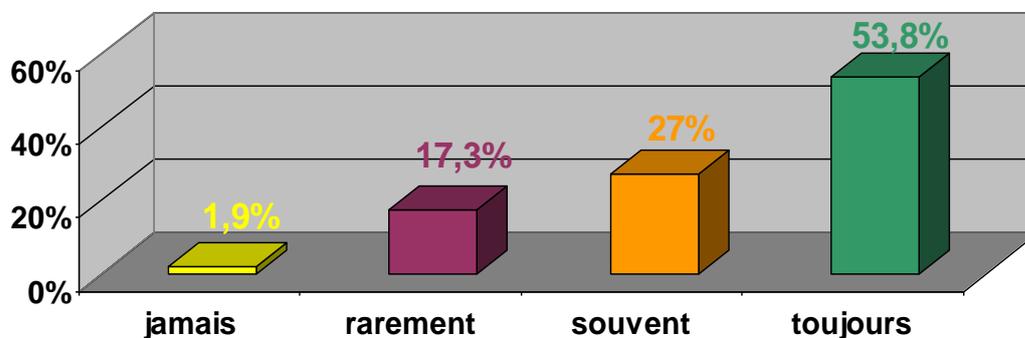


➤ **Troubles neurologiques**

% DE MEDECINS RECHERCHANT DES TROUBLES NEUROLOGIQUES EN FONCTION DU POSTE DE TRAVAIL



% DE MEDECINS RECHERCHANT jamais, rarement, souvent ou toujours DES TROUBLES NEUROLOGIQUES



La recherche de signes cliniques en lien avec la consommation d'alcool est peu influencée par le poste de travail : plus de 85% des médecins du travail recherchent indépendamment du poste occupé une haleine alcoolisée, une HTA, des troubles du rythme cardiaque, une hépatomégalie ou des troubles neurologiques.

La recherche d'une haleine alcoolisée, la mesure de la pression artérielle, l'auscultation cardiaque, la palpation abdominale et l'examen neurologique font partie de l'examen standard de la visite systématique.

Le signe clinique le plus fréquemment recherché est l'hypertension artérielle puisque 93,3% des médecins interrogés la recherchent souvent ou toujours, puis par ordre décroissant les médecins recherchent souvent ou toujours des troubles du rythme cardiaque (83,4%), des troubles neurologiques (80,8%), une hépatomégalie (80,3%), et enfin l'haleine alcoolisée (71%).

42,6% des médecins (26 sur 61) recherchent d'autres signes cliniques que nous n'avions pas cités dans le questionnaire essentiellement des signes neurologiques et trophiques :

- 18 médecins recherchent des **tremblements** des extrémités et de la langue
- 6 testent **l'équilibre**
- 7 médecins inspectent les **conjonctives** à la recherche d'une hyperhémie, palpent les **parotides**, et recherchent des **angiomes stellaires**.

La plupart de ces signes appartiennent à la grille de Le Go, bien que les médecins ne la mentionnent pas spécifiquement.

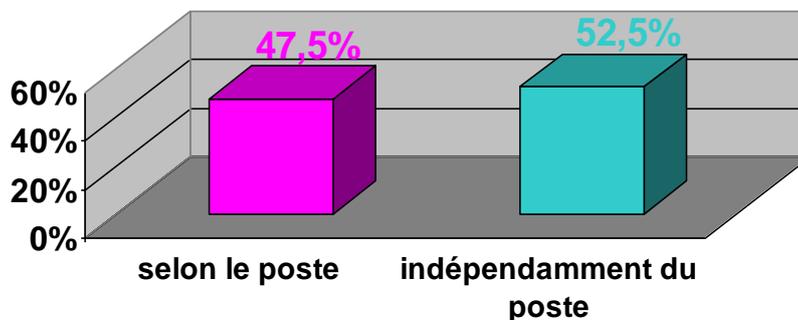
4.3. Examens complémentaires

4.3.1. La prescription d'examens complémentaires (question 5)

On a demandé aux médecins à quelle fréquence ils prescrivaient des bilans biologiques pour la consommation d'alcool lors des visites.

Les médecins ne prescrivent pas d'examens complémentaires de façon systématique : leur prescription est orientée pour près de la moitié (29 médecins sur 61 soit 47,5%) par le poste occupé.

% DE MEDECINS PRESCRIVANT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES EN FONCTION DU POSTE DE TRAVAIL

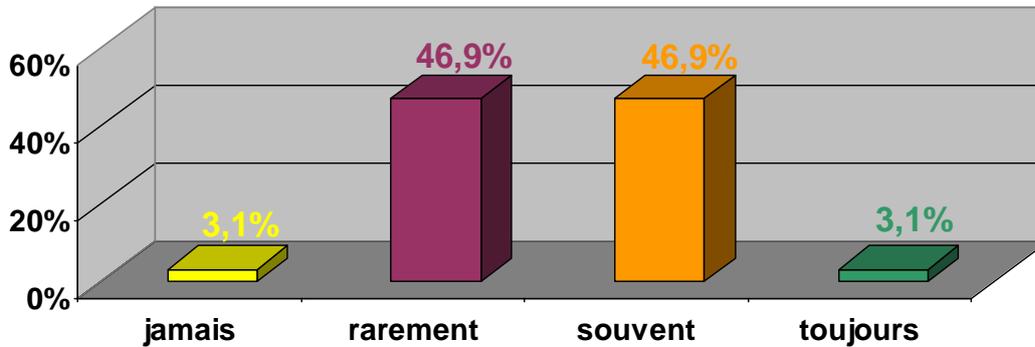


L'interrogatoire et l'examen clinique apparaissent donc la priorité des médecins dans l'approche du risque alcool, les examens biologiques étant prescrits en 2nde intention. Les médecins ont connaissance des faibles sensibilité et spécificité de ces examens, de leur élévation tardive. Le mode de financement des examens complémentaires, spécifique aux services de santé au travail, peut en partie expliquer la non-prescription de masse. Nous aborderons les modalités de financement au 6.1.4.

Parmi les médecins qui prescrivent les examens complémentaires indépendamment du poste de travail on a analysé à quelle fréquence ils demandent un bilan biologique.

46,9% des médecins (15 sur 32) prescrivent rarement ou souvent des examens.

% DE MEDECINS PRESCRIVANT jamais, rarement, souvent ou toujours DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES



On peut supposer que les 46,9% de médecins qui prescrivent rarement des examens complémentaires sont des confrères qui suivent peu de salariés occupant des postes de sécurité, ou qui préfèrent adresser le salarié à son médecin traitant pour le bilan complémentaire.

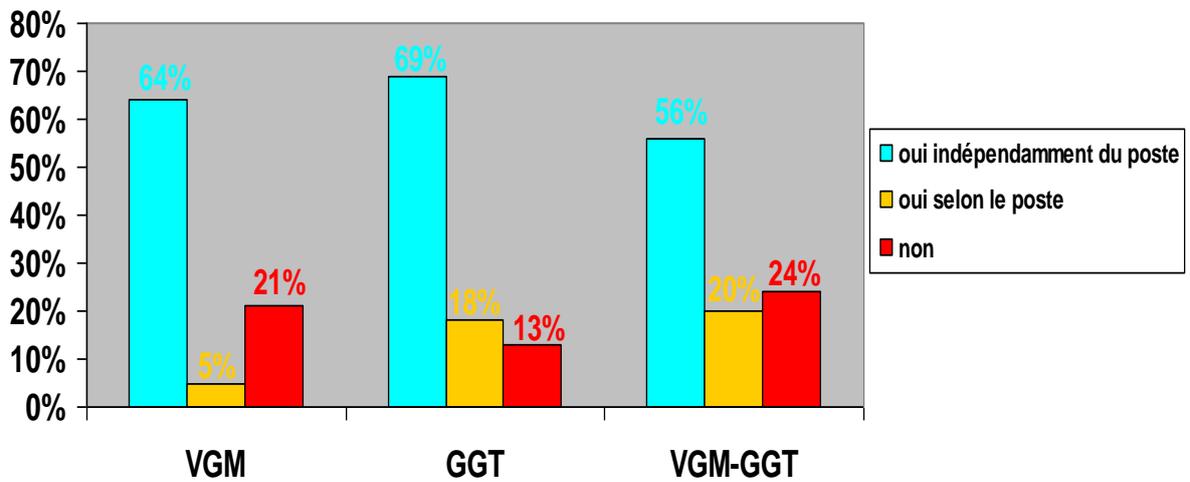
En commentaires libres les médecins expliquent que pour certaines professions (notamment les postes où la conduite d'un véhicule d'entreprise est nécessaire) ils prescrivent de façon standardisée pour tous les salariés de la même entreprise un bilan sanguin même en l'absence de signes cliniques évocateurs pour avoir une référence biologique dans le dossier médical.

4.3.2. Les examens biologiques (question 6)

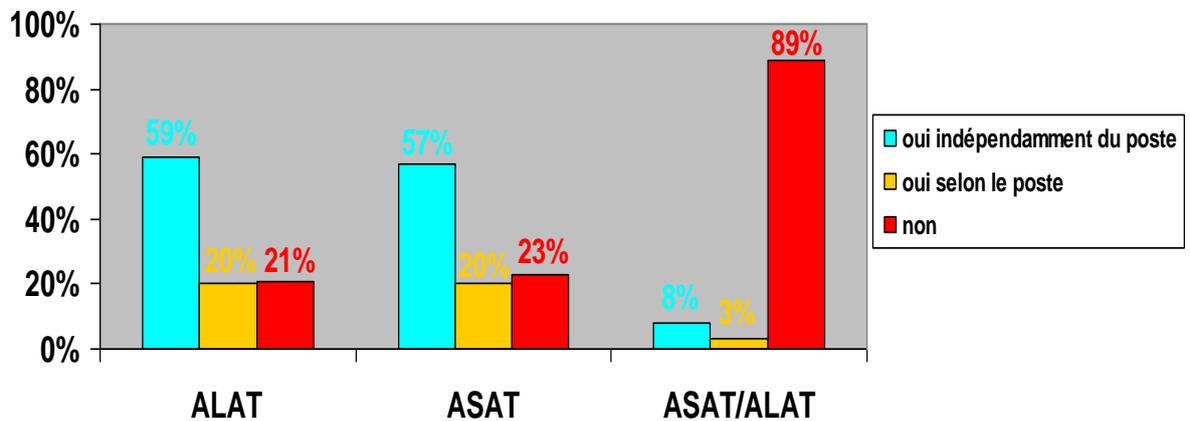
On a ensuite demandé aux médecins quels examens complémentaires ils avaient l'habitude de prescrire en leur proposant les VGM, GGT, VGM + GGT, ASAT, ALAT, ASAT/ALAT, TG et CDT.

| | Oui indépendamment du poste | Oui selon le poste de travail | Non | Pas de connaissance |
|------------------|--|--|---------------------------|--------------------------------|
| VGM | 39 médecins 64% | 9 médecins 5% | 13 médecins 21% | |
| GGT | 42 médecins 69% | 11 médecins 18% | 8 médecins 13% | |
| VGM-GGT | 34 médecins 56% | 12 médecins 20% | 15 médecins 24% | |
| ALAT | 36 médecins 59% | 12 médecins 20% | 13 médecins 21% | |
| ASAT | 35 médecins 57% | 12 médecins 20% | 14 médecins 23% | |
| ASAT/ALAT | 5 médecins 8% | 2 médecins 3% | 54 médecins 89% | |
| TG | 21 médecins 35% | 8 médecins 13% | 32 médecins 52% | |
| CDT | 13 médecins 21% | 15 médecins 25% | 28 médecins 46% | 5 médecins 8% |

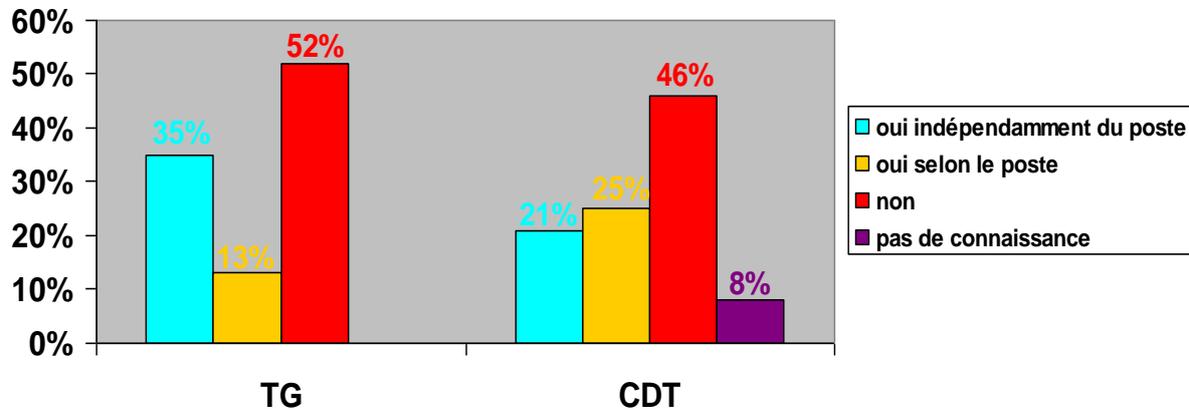
% DE MEDECINS PRESCRIVANT les VGM et GGT



% DE MEDECINS PRESCRIVANT les ALAT et ALAT



% DE MEDECINS PRESCRIVANT les TG et la CDT



Les examens biologiques les plus prescrits sont, comme en médecine générale, les VGM, les GGT et l'association VGM-GGT. **76%** des médecins interrogés prescrivent **l'association VGM-GGT ce qui améliore la sensibilité et la spécificité** d'un dosage seul. En deuxième intention, la prescription s'oriente vers les transaminases ASAT-ALAT. Alors que les médecins affirment demander simultanément les ASAT et les ALAT, il est surprenant de constater que seulement 11% utilisent le rapport ASAT/ALAT qui peut orienter vers une consommation d'alcool excessive (ASAT/ALAT>1), d'autant que ce rapport ne nécessite aucune prescription supplémentaire.

92% des médecins du travail ont connaissance d'un indicateur biologique relativement récent : la transferrine désialylée (CDT). C'est souvent par la Formation Médicale Continue qu'ils suivent avec leurs confrères généralistes, que les médecins du travail ont connu ce marqueur. La CDT reste malgré toute peu prescrite (46% des praticiens ne l'intègrent jamais dans les examens complémentaires) et est plus influencée (dans 25% des cas) que les autres marqueurs par le poste occupé. Les médecins rapportent que la CDT est un examen encore très onéreux, que tous les laboratoires de ville ne sont pas habilités à faire le dosage et que les résultats sont extrêmement longs à revenir. Ils préfèrent donc utiliser la CDT dans le but de motiver un salarié à diminuer sa consommation, la CDT étant le premier indicateur biologique à se normaliser. Quelques médecins l'utilisent dans les cas où ils craignent une rechute, la CDT s'élevant de façon très précoce.

Le poste de travail influence la prescription des examens complémentaires essentiellement pour les transaminases et la CDT, alors que les VGM et GGT sont plus facilement prescrits quel que soit le poste occupé.

Les triglycérides sont peu prescrits en médecine du travail (48% des médecins les prescrivent) et ils entrent plus facilement dans un **bilan de dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires** chez des salariés qui n'ont pas de suivi par un médecin généraliste. Dans le colloque singulier avec un maçon en surpoids, de 50 ans, fumeur, dyspnéique qui n'a jamais vu de médecin généraliste les médecins du travail prescrivent facilement un bilan de routine

avec cholestérolémie, glycémie et triglycéridémie. En effet, malgré nos recommandations ce maçon n'ira pas forcément demander une ordonnance à un généraliste, et c'est ici que se joue tout l'enjeu médico-social de l'exercice des médecins du travail où se confrontent parfois la protection de l'emploi avec la protection de la santé. Les décisions d'aptitude peuvent s'avérer complexes...Préserver la santé mais à quel prix ? Ce maçon, que l'on pourrait mettre inapte à son poste en raison de gros risques cardiovasculaires, va devoir retrouver à 50 ans une nouvelle formation, alors qu'il adore son métier, et va se retrouver en précarité financière avec une famille à charge...Les conséquences psychosociales seront lourdes de conséquences mais une aptitude avec restriction "apte au métier de maçon sans port de charges" est utopique. La détermination de l'aptitude est une responsabilité importante qui trouve sa légitimité dans des dimensions médicales, sociales et juridiques.

Nous avons enfin demandé aux médecins s'ils prescrivaient d'autres examens que ceux proposés dans le questionnaire (VGM, GGT, ASAT, ALAT, TG, CDT) et 8 médecins (13%) ont répondu oui. La répartition est la suivante :

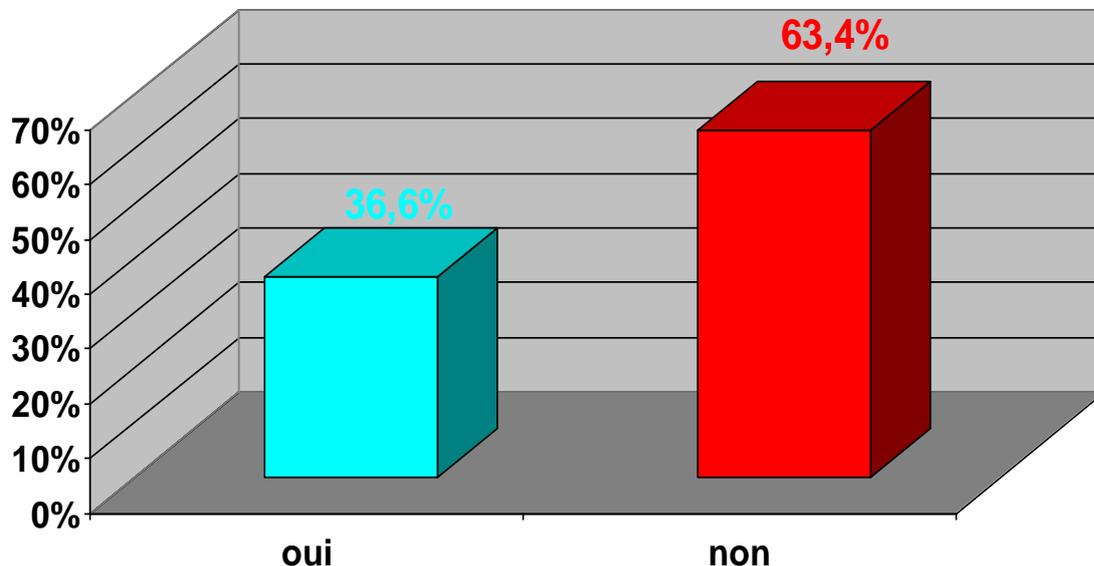
- 3 médecins demandent un dosage NFS-plaquettes
- 2 dosent l'alcoolémie
- 1 fait souffler le salarié dans un éthylomètre dans son cabinet en expliquant que le résultat ne sera pas communiqué
- 1 demande un dosage de la glycémie et de l'uricémie
- 1 seul médecin peut demander une consultation dans un centre d'alcoologie ce qui présage du manque de connaissance des réseaux d'alcoologie de proximité.

4.4. Les questionnaires validés

4.4.1. Connaissance des questionnaires validés (question 7)

Nous avons vu dans la première partie de ce travail que les performances des questionnaires pour le repérage des sujets en difficulté avec l'alcool étaient égales voire supérieures à celles des examens biologiques, et **près de 2/3** des médecins du travail (63,4%) ne connaissent aucun questionnaire existant. Un médecin ayant oublié de répondre à cette question, nous avons fait le total sur 60 au lieu de 61.

% DE MEDECINS CONNAISSANT UN QUESTIONNAIRE VALIDE



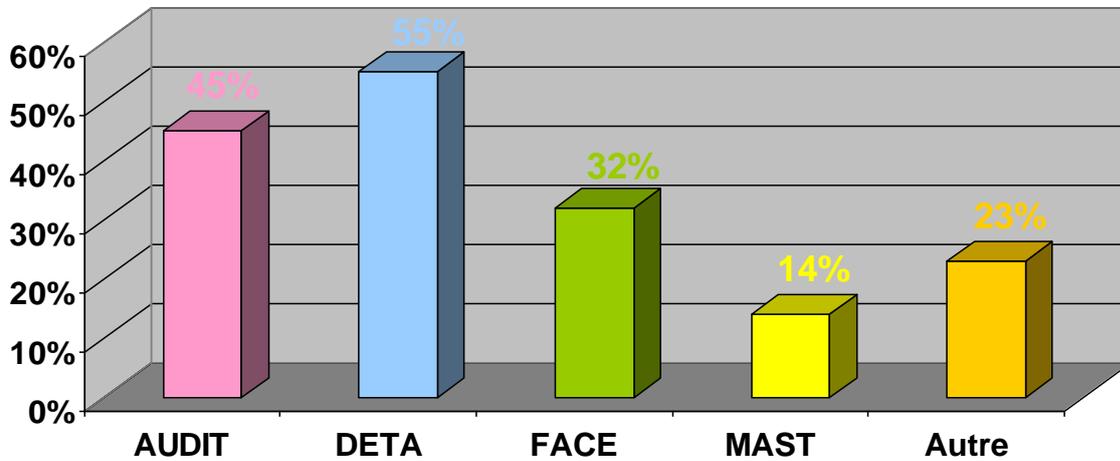
Dans les commentaires libres de nombreux médecins sont demandeurs d'une formation sur le risque alcool et notamment sur les questionnaires validés, près de 2/3 d'entre eux ne connaissant pas d'outil de repérage précoce des consommateurs excessifs.

Ensuite, on a recherché quels étaient les questionnaires connus des médecins du travail. Vu que 22 médecins soit 36,6% avaient répondu qu'ils connaissaient un questionnaire, on a calculé les résultats sur un total de 22. Il faut être prudent dans l'interprétation de cette question, car le fait d'avoir nommé les questionnaires dans la question posée a pu induire un biais.

Chaque médecin a pu cocher plusieurs réponses s'il connaissait plusieurs questionnaires validés, le total des résultats est donc supérieur à 100%.

| | AUDIT | DETA | FACE | MAST | Autre |
|--------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Nombre de réponses | 10 | 12 | 7 | 3 | 5 |
| Pourcentage | 45% | 55% | 32% | 14% | 23% |

CONNAISSANCE DES QUESTIONNAIRES VALIDES

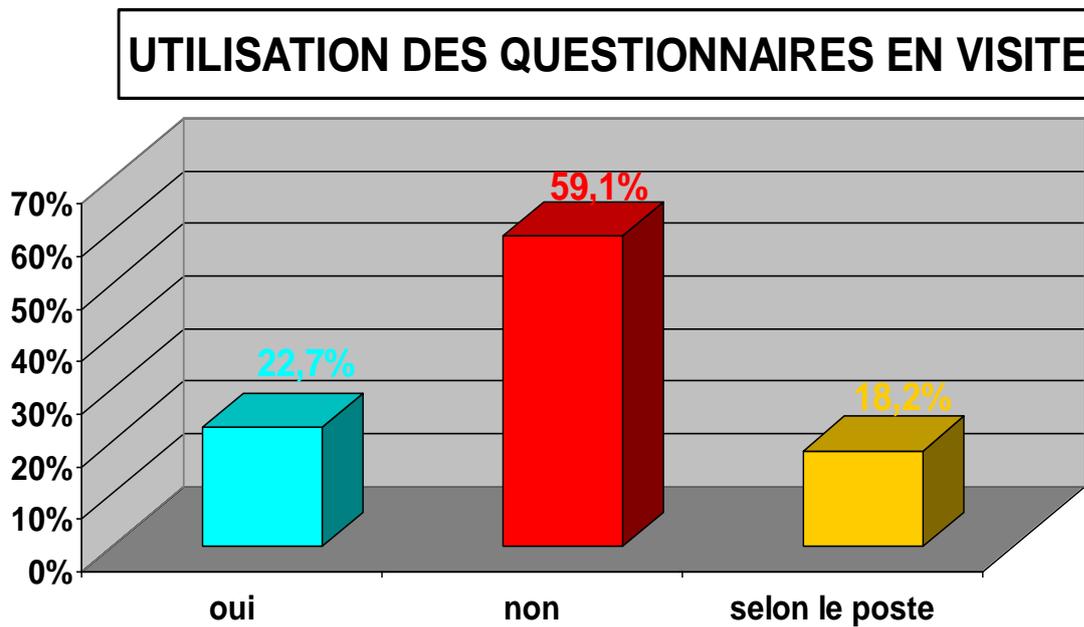


Les deux questionnaires les plus connus sont le DETA (55% des médecins le connaissent) et l'AUDIT. Le DETA est facile d'utilisation car il ne comporte que 4 questions, en revanche il est surprenant de voir que l'AUDIT est aussi bien connu (45% des médecins l'ont cité) alors qu'il est presque inutilisable lors des visites en raison de sa complexité et de sa longueur ; mais connaître un questionnaire ne veut pas forcément dire l'utiliser en pratique courante. 1/3 des médecins connaissent le **FACE** qui est le dernier questionnaire validé après l'étude DAME de 2001 et qui permet d'identifier les 3 groupes de consommateurs (faible risque, consommateur excessif et sujets alcoolodépendants). Le MAST arrive loin derrière.

Enfin, près d'1/4 (23%) des médecins connaissent d'autres questionnaires mais nous avons perdu une information importante en ne leur demandant pas de les nommer...

4.4.2. Utilisation en visite médicale (question 7)

On a ensuite analysé si les médecins qui connaissaient des questionnaires validés les utilisaient en visite.

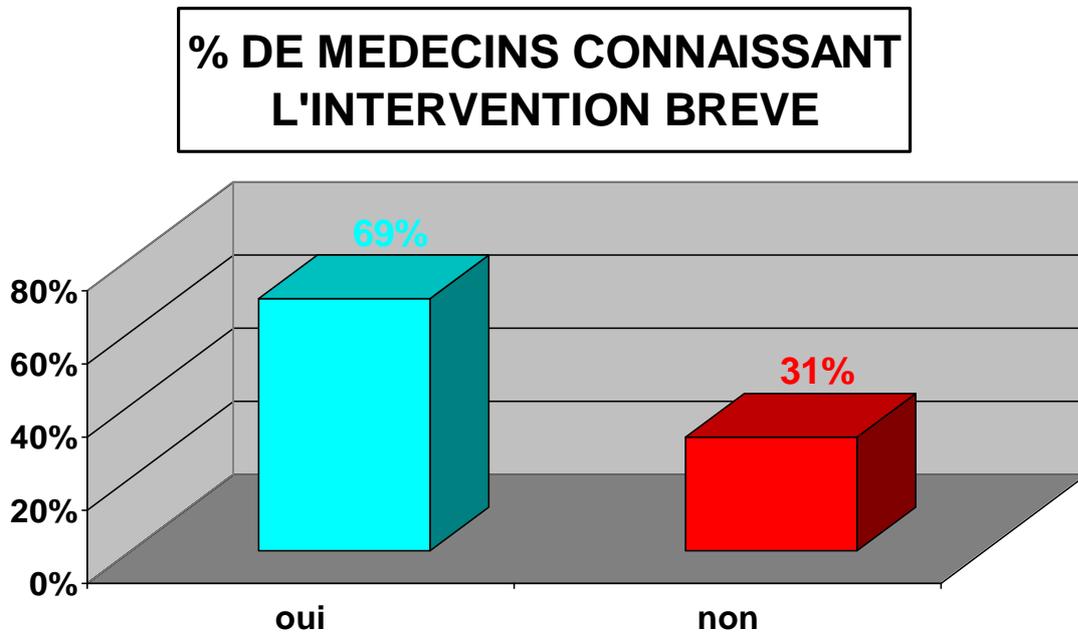


Bien que 36,6% des médecins connaissent un ou des questionnaires validés, ils les utilisent peu en visite pour le repérage systématique des consommateurs excessifs. On peut penser que les médecins ne s'estiment pas assez formés à l'utilisation de cet outil de repérage pour le considérer comme fiable et efficace, ou que le questionnaire s'intègre mal dans leur contrainte d'exercice (peu de temps, nombreux autres risques professionnels à aborder en consultation). Il aurait été intéressant d'interroger les médecins sur les freins ou réticences à utiliser les questionnaires lors des visites.

4.5. L'intervention brève (question 8)

4.5.1. Connaissance de l'intervention brève

Tous les médecins ont répondu à la question 8, et il apparaît que seulement 19 médecins sur 61 (31%) n'ont pas de connaissance sur l'intervention brève.



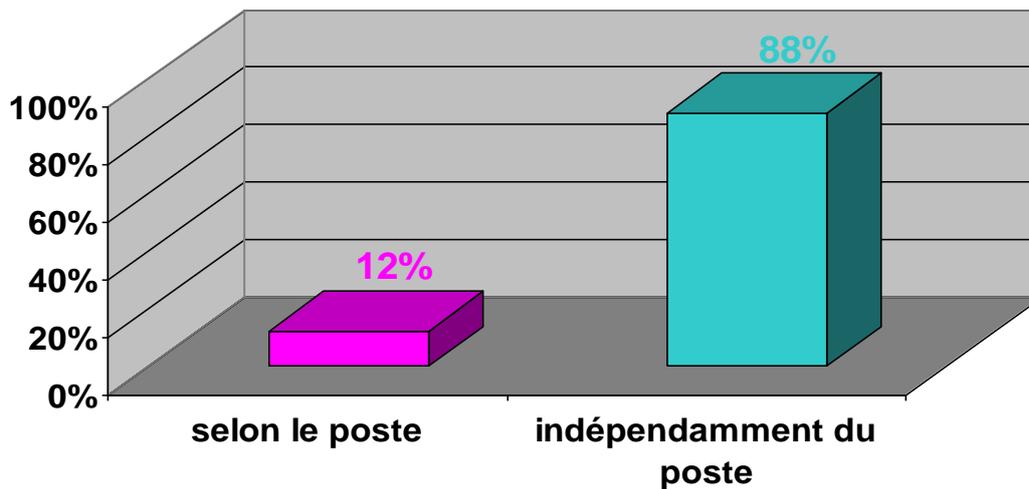
69% des médecins ont donc des notions sur l'intervention brève, acquises dans les revues médicales notamment le Quotidien du Médecin et le Concours Médical. Quatre médecins disent avoir bénéficié d'une formation médicale continue ouverte aux généralistes et dispensée par un médecin alcoologue.

Il apparaît de façon indéniable, bien que les questionnaires de repérage soient mal connus, que l'intervention brève se développe non seulement chez les généralistes mais aussi chez les médecins du travail visant ainsi un enjeu de santé publique : mener des actions ciblées auprès des consommateurs excessifs (consommateurs à risque et à problèmes).

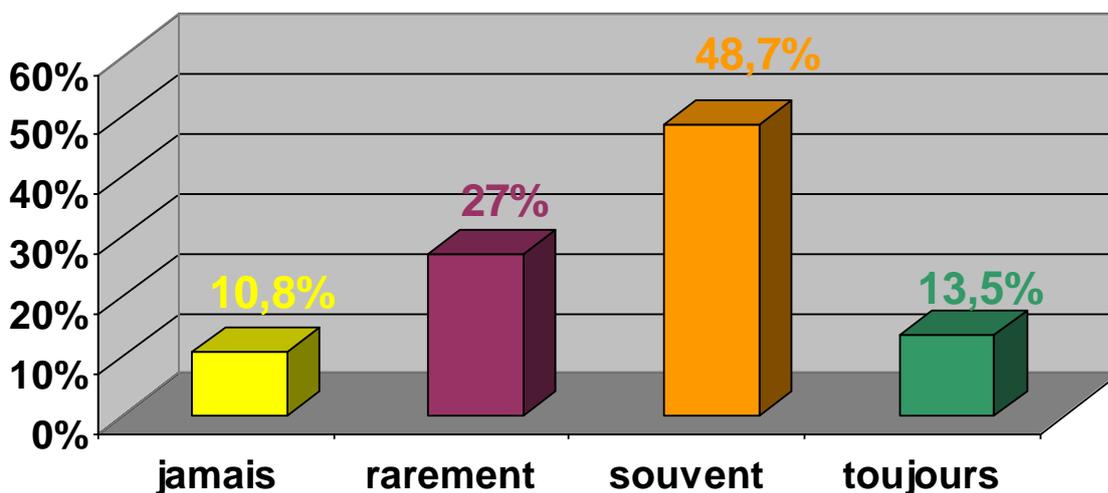
4.5.2. Utilisation en visite médicale

Parmi les 42 médecins ayant des notions sur l'intervention brève 37 (88%) l'utilisent en visite indépendamment du poste et 5 (12%) délivrent un conseil en fonction du poste.

% DE MEDECINS UTILISANT L'IB EN FONCTION DU POSTE DE TRAVAIL



% DE MEDECINS UTILISANT jamais, rarement, souvent ou toujours L'IB



Parmi les 37 médecins utilisant l'intervention brève indépendamment du poste de travail **61,8% délivrent toujours ou souvent un conseil** sur la réduction de la consommation ou sur les risques engendrés par l'alcool, ce qui prouve la faisabilité en visite systématique de routine.

4.6. Pourquoi la question alcool n'est-elle pas abordée? (question 9)

Nous nous sommes penchés sur les raisons qui faisaient que les médecins n'interrogeaient pas leurs salariés sur le risque alcool, en leur proposant 5 items qui nous semblaient les plus probables à savoir :

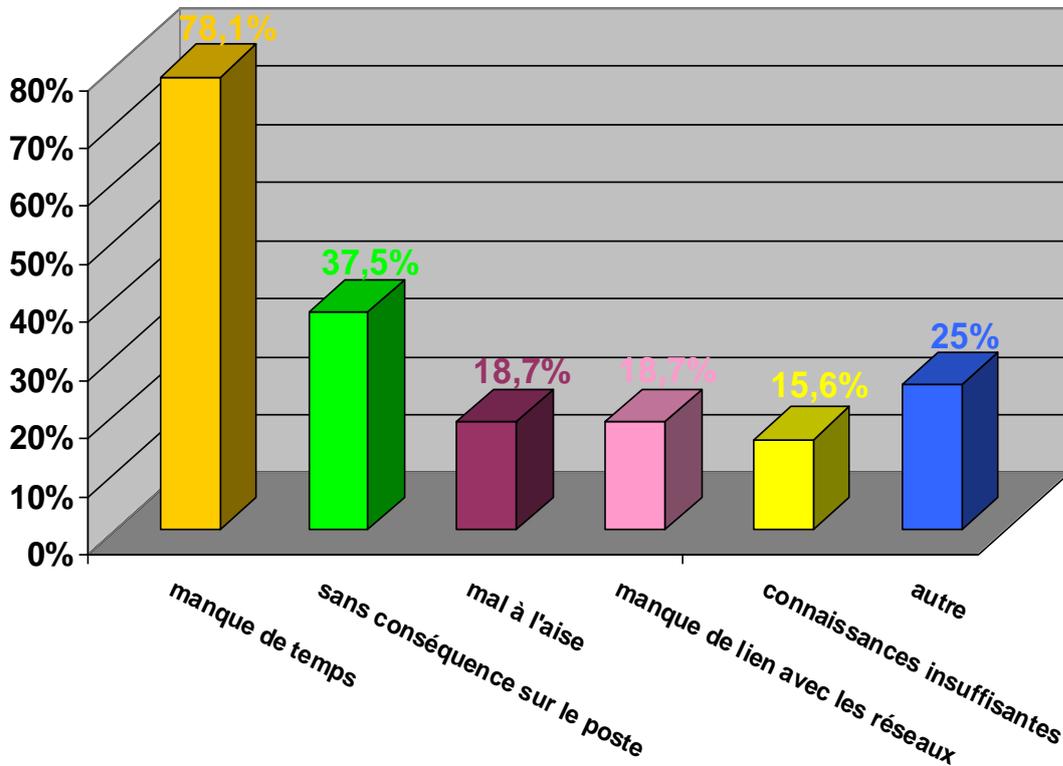
- l'alcool est difficilement abordable en consultation
- le sujet a peu d'utilité dans votre spécialité
- vos connaissances sont insuffisantes sur le sujet
- vous manquez de lien avec les réseaux alcool
- vous ne disposez pas d'assez de temps

On interprétera de façon extrêmement prudente les résultats de cette question, en raison d'un très fort taux de données manquantes soit 47,5% (29 médecins sur 61 n'ont pas répondu).

Deux causes pourraient expliquer la perte de données :

- la question a été mal formulée donc mal interprétée ; nous aurions dû demander "si vous n'évaluez pas de façon systématique le sujet alcool...". En effet, alors que dans toutes les questions précédentes on interrogeait les médecins sur leur pratique, les médecins semblent avoir été déroutés par la négation dans la question n° 9 "si vous n'abordez pas le sujet...".
- peu de médecins se sont sentis concernés, estimant qu'ils évaluaient de façon assez systématique le risque alcool avec leurs salariés.

Causes de non-évaluation du risque alcool



On a calculé les résultats sur les 32 médecins ayant répondu, le total des réponses dépasse 100% chaque médecin pouvant cocher plusieurs items.

Le principal obstacle à l'évocation du risque alcool en visite est le **manque de temps** (25 médecins sur 32 soit 78,1% ne disposent pas d'un créneau horaire suffisant pour repérer les consommateurs excessifs), suivi par le **non retentissement sur l'aptitude** (37,5%). Plusieurs médecins disent ne pas aborder le sujet de la consommation d'alcool si le poste du salarié n'est pas un poste de sécurité, considérant qu'ils n'ont alors que peu d'impact si l'aptitude n'est pas "menacée" : ils établissent ainsi une sorte de contrat moral avec les salariés les avertissant qu'ils mettent en jeu leur aptitude. Le poste de travail est donc discriminant dans le repérage des problèmes d'alcool.

18,7% des médecins avouent **se sentir mal à l'aise** pour évoquer le sujet de l'alcool, certains se sentant moins légitimes que le médecin de famille et trouvant déplacé que le salarié entende parler d'alcool alors qu'il n'est pas venu pour cela. Le sujet alcool reste encore tabou et l'on perçoit des réticences dans les pratiques professionnelles. Peu de médecins (15,6%) se considèrent mal ou pas assez formés dans le domaine de l'alcoologie. Aucun médecin n'a évoqué la peur du conflit avec le salarié qui se retrouve pourtant dans de nombreuses enquêtes réalisées auprès des médecins généralistes.

18,7% des médecins manquent de lien avec les réseaux d'alcoologie, ne sachant pas toujours où adresser les salariés en difficulté avec l'alcool.

Trois confrères avouent regretter le manque de communication entre médecins du travail et médecin traitant qui est dommageable dans le suivi ultérieur : on peut craindre que le salarié soit réticent au transfert d'informations entre son médecin généraliste et son médecin du

travail par peur d'être mis inapte ou reclassé or l'accord du salarié est indispensable à ce transfert d'informations.

En commentaires libres, on a relevé qu'il était difficile d'être systématique dans l'approche du risque alcool, plusieurs médecins n'abordant ce thème délicat qu'avec des salariés présentant déjà des stigmates cliniques, biologiques ou professionnels : ces pratiques professionnelles ne permettent au médecin ni de repérer de nouveaux salariés concernés par le risque alcool, ni d'être efficaces dans les conseils de réduction de la consommation (l'intervention brève étant décevante chez les sujets déjà alcoolodépendants).

Enfin, deux médecins sur 32 se sentent démotivés par une prise en charge qu'ils trouvent vouée à l'échec "au début de mon exercice je me battais avec mes salariés pour les aider à réduire leur consommation, mais souvent ils rechutaient et certains ont perdu leur emploi, je me suis dit que ça ne servait à rien de mobiliser tant de temps et d'énergie".

5. DISCUSSION

5.1. Rappel de l'objectif initial

Les médecins du travail suivent chaque année 18 millions de salariés dont 28% n'ont vu que leur médecin du travail comme professionnel de santé dans les 12 derniers mois. Le médecin du travail est souvent amené à rencontrer des salariés dont la consommation d'alcool est excessive, qui n'ont pas encore basculé dans la dépendance, mais dont l'insertion socioprofessionnelle risque d'être menacée ultérieurement si rien n'est entrepris ; il est donc en première ligne pour repérer précocement ces salariés et les encourager à diminuer leur consommation en dessous des seuils de risque définis par l'OMS.

Notre questionnaire visait à étudier les perceptions, les pratiques et les connaissances des médecins du travail sur le risque alcool et à leur proposer un outil simple de repérage précoce en consultation afin de les encourager ensuite à pratiquer l'intervention brève.

5.2. Validité des données

5.2.1. Ecart au protocole

La mobilisation des médecins du travail de Loire-Atlantique pour participer à ce questionnaire n'a pas rencontré d'obstacle majeur hormis des adresses électroniques erronées. Un second envoi de questionnaire s'est étendu au service interentreprises de Redon devant le faible de taux de participation.

5.2.2. Qualité des données

5.2.2.1. Biais de sélection

Notre échantillon de médecins ne semble pas représentatif car il est basé sur le volontariat. Malgré le choix de retour du questionnaire par mail ou voie postale qui entraîne le plus souvent un faible taux de réponses, le pourcentage de réponse est de **31,7%** ce qui peut sembler satisfaisant (on considère qu'un pourcentage de réponse inférieur à 25% induit un biais de sélection hautement probable).

5.2.2.2. Biais de représentativité

Avec **68,7%** de médecins exerçant en service **interentreprises**, **16,1%** dans la **fonction publique** et **15,1%** en **service autonome**, l'échantillon de notre étude peut être considéré comme représentatif du type d'exercice dominant au niveau national. Aucune donnée sur la répartition nationale n'inclut le nombre de médecins du travail dans la fonction publique, raison pour laquelle les pourcentages de notre étude divergent de ceux de la Direction Générale du Travail (DGT) alors qu'ils concordent avec ceux de la Direction Régionale du travail (DRT).

Nous avons comparé nos chiffres à ceux de la DRT de janvier 2009 sur la répartition des médecins du travail dans les Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Vendée, Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne) et ceux de la DGT de 2008⁷⁴ :

| | % de médecins en service interentreprises | % de médecins dans la fonction publique | % de médecins en service autonome |
|---|---|---|-----------------------------------|
| Dans l'échantillon interrogé | 68,7% | 16,1% | 15,1% |
| Dans les Pays de la Loire (DRT) | 69% | 17% | 14% |
| Sur le territoire National (DGT) | 87,7% | Pas de données | 12,3% |

Notre échantillon de médecins est limité géographiquement, nous utiliserons les résultats de notre enquête en gardant à l'esprit notre probable biais de représentativité.

5.2.2.3. Biais dus aux valeurs manquantes

Sur le questionnaire, le taux de non réponse aux questions est faible de l'ordre de 1,5%, ce qui n'introduit pas de biais dans notre interprétation des résultats.

Deux questions ont donné des taux de non réponse plus importants :

- **2^{ème} item de la question 1 “Utilisez-vous la notion de verre standard ?”** auquel 55 des 61 médecins ont répondu.

Le pourcentage de non réponse s'élève à **9%**.

- **Question 9 “Si vous n'abordez pas le sujet de l'alcool en visite est-ce parce que...”** pour laquelle on obtient **47,5% de données manquantes** (29 médecins n'ont pas répondu).

Nous avons mal posé cette question et elle a donc mal été comprise, ce qui est dommageable car la question 9 était l'une des plus informatives sur les obstacles et réticences que rencontraient les médecins du travail à aborder ce sujet en consultation.

Nous aurions dû formuler la question 9 ainsi “Si vous n'abordez pas **de façon systématique** le sujet de l'alcool en visite est-ce parce que...”, ce qui nous impose d'être extrêmement prudents dans l'interprétation de cette question.

On peut aussi penser que les médecins non répondants ne se sont pas sentis concernés par cette question, estimant qu'ils évaluaient de façon adéquate le risque alcool de leurs salariés.

5.2.3. Représentativité de l'échantillon de médecins

Dans notre étude **67,2%** des médecins répondants sont des **femmes** et **32,7%** sont des **hommes**, ce qui est conforme à la démographie nationale des médecins du travail avec une forte prédominance féminine, mais moins conséquente que dans les autres spécialités médicales. En janvier 2008, 6 003 médecins du travail étaient inscrits au conseil national de l'ordre des médecins avec 71% de femmes et 29% d'hommes.

Selon les données du conseil national de l'ordre des médecins, les médecins du travail de Loire-Atlantique ayant répondu à notre enquête sont sensiblement plus jeunes que la moyenne nationale.

| | enquête | données du conseil de l'ordre (2008) |
|------------------------------------|---------|--------------------------------------|
| % de médecins du travail < 40 ans | 8,3% | 9,1% |
| % de médecins du travail 40-50 ans | 28,3% | 20,1% |
| % de médecins du travail 50-60 ans | 58,3% | 60,3% |
| % de médecins du travail > 60 ans | 5% | 10,5% |

58% des médecins appartiennent à la classe d'âge des 50-60 ans, leur approche du risque alcool a dû s'étayer et se modifier au cours de leur expérience professionnelle. Les médecins du travail en fin de carrière seraient-ils prêts à recevoir une formation en addictologie et à intégrer le repérage par questionnaire dans leur visite, sachant qu'ils sont sollicités pour de nombreuses autres formations (toxicologie industrielle, risques psychosociaux...)?

5.3. Validité des résultats

5.3.1. Impression générale sur nos résultats

Avec un taux de participation de 31,7%, nous considérons que les médecins du travail sont facilement mobilisables sur la question du risque alcool et que cette problématique capte leur intérêt. Bien que le questionnaire ne puisse pas être considéré comme réellement anonyme quand il a été renvoyé par mail professionnel, les réponses des médecins apparaissent sincères : ces derniers évoquent sans difficulté leur manque de connaissance sur les questionnaires validés ou sur la transferrine désialylée et nous n'avons pas observé de réponses contradictoires

5.3.2. Nos résultats permettent-ils de répondre à nos questions ?

Les médecins du travail s'intéressent à la consommation d'alcool de leurs salariés puisqu'ils sont 68% à leur poser (toujours ou souvent) la question lors de la visite périodique ou d'embauche. Cependant, on ne peut pas considérer que l'approche de la consommation soit systématique puisque dans 29,5% des cas, l'approche est influencée par le poste occupé par le salarié.

Les médecins ont une excellente connaissance des signes fonctionnels et cliniques liés à la consommation d'alcool, et 69% d'entre eux les recherchent lors de la visite selon le poste de travail occupé.

Il semble que la plupart des médecins du travail manquent de repères pour différencier les consommateurs à risque des sujets alcoolodépendants : le verre standard est peu utilisé (54% des médecins) et les questionnaires validés de repérage sont mal ou pas connus.

On peut penser que le meilleur moyen de repérage est l'utilisation du questionnaire FACE, qui est sensible très précocement, rapide à faire passer et peu onéreux. En revanche, les examens biologiques, facilement prescrits par les médecins, ont plusieurs inconvénients : les anomalies apparaissent tardivement, leur sensibilité et leur spécificité sont faibles et le coût de ces examens est élevé.

6. PROPOSITION D'UN OUTIL

6.1. Spécificité de la médecine du travail

Le médecin du travail est souvent amené à rencontrer des salariés dont la consommation d'alcool est excessive, sans avoir encore basculé dans la dépendance, mais dont l'insertion socioprofessionnelle risque d'être menacée ultérieurement si rien n'est entrepris ; il est donc en première ligne pour repérer précocement ces salariés et les encourager à diminuer leur consommation en dessous des seuils de risque définis par l'OMS.

Notre questionnaire visait à étudier les perceptions, les pratiques et les connaissances des médecins du travail sur le risque alcool et à leur proposer un outil simple de repérage précoce en consultation afin de les encourager ensuite à pratiquer l'intervention brève.

6.1.1. Rôle et statut du médecin du travail

Le médecin du travail a un rôle exclusivement **préventif** en dehors des premiers secours, visant à **éviter toute altération de la santé** physique et mentale des travailleurs du fait ou à l'occasion du travail (loi du 17 janvier 2002 et décret du 24 juillet 2004) en effectuant :

- des examens médicaux
- des actions en milieu de travail

La médecine du travail n'est ni une médecine de soins ni une médecine de contrôle, elle vise à l'adaptation du travail à l'homme et non à la sélection des travailleurs les plus performants. Le médecin du travail est soumis comme tout docteur en médecine au secret médical mais aussi au secret industriel de fabrication.

6.1.2. Missions réglementaires du médecin du travail⁷⁵

Le médecin du travail est le **conseiller** du chef d'entreprise et des salariés notamment sur les points qui concernent :

- l'amélioration des conditions de travail
- l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail
- la protection des salariés contre les nuisances, les risques d'accidents du travail, et les produits dangereux
- l'hygiène de l'entreprise et des services de restauration
- la prévention et l'éducation sanitaire en rapport avec l'activité professionnelle

La prévention des conduites addictives s'inscrit pleinement au niveau de chacune de ces missions.

Depuis le décret du 28 juillet 2004, l'activité du médecin du travail est encadrée par des plafonds :

- le médecin suit au maximum 450 établissements ou entreprises

- le médecin peut réaliser jusqu'à 3 200 visites par an, ou suivre 3 300 salariés en surveillance médicale

La surveillance médicale se traduit par **une visite tous les 2 ans** et concerne tous les salariés qui ne font pas l'objet d'une Surveillance Médicale Renforcée (SMR). Les salariés soumis à une SMR sont : les travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les femmes dans les 6 mois suivant l'accouchement ou les femmes allaitant, les salariés dans les 18 mois qui suivent un changement d'activité et les salariés d'un secteur où il existe un risque particulier défini par dispositions réglementaires.

Le temps de travail du médecin se répartit réglementairement :

- en visites médicales
- et en actions sur le milieu de travail auxquelles le médecin consacre un tiers de son temps de travail. C'est ce qu'on appelle le **tiers-temps**.

Le tiers temps correspond à au moins **150 demi journées** par an réparties mensuellement pour un médecin à temps plein. Ce tiers-temps se répartit en réunions de travail (notamment les CHSCT) et les visites des postes de travail en entreprises. La présence en entreprise est un axe prioritaire qui a été renforcé depuis le décret de 2004. Le médecin bénéficie d'une indépendance technique et d'un libre accès aux lieux de travail pour accomplir son tiers-temps.

Le tiers-temps doit permettre au médecin du travail d'établir :

- **une fiche d'entreprise** pour chaque établissement surveillé où sont notés les risques professionnels et le nombre de salariés exposés.
- **un plan d'activité en milieu de travail** qui détermine les études à mener ainsi que le nombre et la fréquence minimaux des visites des lieux de travail par le médecin, en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés.
- **un rapport annuel** qui résume l'ensemble de l'activité du médecin du travail (effectif de salariés suivis, nombre et taille des entreprises, examens complémentaires prescrits, nombre d'inaptitudes prononcées, actions réalisées en milieu de travail...).

6.1.3. Particularités de l'aptitude

Les visites d'aptitude sont la base du financement des services de santé au travail et justifient les cotisations des entreprises.

A l'issue de la visite médicale et parfois d'examens complémentaires, le médecin vérifie que le salarié est médicalement apte au poste de travail ; dans le cas contraire, il peut proposer des adaptations de poste : il s'agit alors d'une aptitude avec restrictions. La détermination de l'aptitude au poste de travail nécessite une bonne connaissance du monde de l'entreprise que le médecin acquiert lors du tiers-temps. La procédure d'aptitude suscite un malaise au sein de la communauté scientifique, en particulier en cas d'exposition potentielle à des substances classées cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (substances CMR) ; comment en effet de façon éthique peut-on déclarer qu'un salarié est apte ou ne présente pas de contre indication à être exposé à un tel agent?

Les salariés résument souvent l'activité du médecin du travail à cette fiche d'aptitude, compromettant la relation de confiance du colloque singulier entre le salarié et le médecin.

Dans une conjoncture économique difficile, l'avis médical peut présenter un risque pour l'emploi, le salarié percevant la fiche d'aptitude comme un moyen de sélection. Pour obtenir la fiche d'aptitude les autorisant à poursuivre leur activité professionnelle, le fameux sésame comme disent certains salariés, on peut craindre que la consommation d'alcool soit minimisée

voire niée ne permettant pas d'instaurer une discussion ou une prise en charge. Si le médecin du travail émet un avis d'aptitude avec restriction (exemple d'une aptitude au sol pour un salarié travaillant habituellement en hauteur et confronté à un problème d'alcool) il peut y avoir un licenciement du salarié.

De plus, le salarié est **convoqué** à cette visite médicale qui est **obligatoire**, il n'a pas le libre choix de son médecin du travail, et il s'expose à des sanctions s'il ne se rend pas à la visite ou s'il refuse de se soumettre à des examens complémentaires prescrits.

La notion d'aptitude est en débat dans la réforme de la médecine du travail. Serait-il envisageable de "renverser la logique de l'aptitude au travail qui concerne l'individu pour déterminer des aménagements susceptibles de rendre un poste apte à être occupé par un salarié"?⁷⁶ et de substituer à la fiche d'aptitude une attestation de visite médico-professionnelle de prévention en santé au travail?

6.1.4. Les examens complémentaires en médecine du travail⁷⁷

Le rôle du médecin du travail consiste à "éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail", il doit donc pouvoir recourir à des examens complémentaires s'il le juge nécessaire.

On entendra par examens complémentaires en santé au travail des examens para-cliniques ou des avis spécialisés. La prescription des examens complémentaires est règlementée par le Code du Travail (article R4624-25) qui précise que "le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires :

- à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail
- au dépistage des maladies à caractère professionnel [...] et des maladies professionnelles [...]
- au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage"

Les modalités :

Lors de certaines expositions (radiations ionisantes, benzène...) la nature et la fréquence de certains examens complémentaires sont fixées par arrêté du ministre chargé du travail : dans les autres cas, qui représentent la majorité des examens complémentaires, la prescription est laissée à l'appréciation du médecin du travail. Le médecin "choisit l'organisme chargé de pratiquer les examens complémentaires" (article R4624-26).

Lorsqu'il y a désaccord entre l'employeur et le médecin sur la nature et la fréquence des examens complémentaires, le différend est soumis au médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre qui décide (article R4624-27).

Le financement :

En médecine de soins, les examens complémentaires sont généralement financés par des organismes mutualistes comme la sécurité sociale et les mutuelles : en revanche en médecine du travail le financement incombe "soit à l'employeur, soit au service de santé au travail interentreprises" (article R4624-26 du Code du Travail).

Ainsi, le service interentreprises peut choisir de laisser supporter la charge des examens complémentaires à ses adhérents (chaque employeur adhérent paie les examens de ses salariés), ou bien mutualiser la charge de l'ensemble des examens complémentaires sur l'ensemble de ses adhérents. Il semble plus logique de mutualiser la charge financière sur l'ensemble des entreprises qui paient une adhésion au service de santé au travail en évitant de pénaliser certains employeurs ayant de faibles revenus.

Actuellement, la plupart des services interentreprises disposent d'un budget spécial réservé aux examens complémentaires prescrits par les médecins du travail dans le cadre du dépistage des maladies professionnelles ou des maladies dangereuses.

Difficultés rencontrées :

L'action du médecin du travail est basée sur la confrontation systématique de l'état de santé du salarié et de son poste de travail, on peut donc penser que les examens complémentaires doivent être directement ou indirectement en lien avec le poste de travail occupé.

Qu'advient-il alors, lorsqu'un médecin du travail envisage de prescrire un bilan hépatique chez un salarié en difficulté avec l'alcool sans que son aptitude ne soit mise en jeu? Peut-on imposer le financement à l'employeur ou au service interentreprises lorsque ces examens ne sont pas obligatoires? Doit-on passer par le médecin traitant afin que ces examens soient payés par l'assurance maladie pour contrecarrer le manque de moyens des services de santé au travail?

La prescription des examens complémentaires en santé au travail est donc soumise :

- au budget des services interentreprises
- “au lien direct qui existe entre le médecin prescripteur et l'employeur payeur qui conduit très souvent à une autocensure quand ces examens ne sont pas obligatoires en vertu d'un texte mais devraient être demandés sur des signes d'appel clinique ou en raison des caractéristiques du poste de travail. On peut alors se demander si le médecin du travail a une véritable indépendance dans l'exercice de ses fonctions”⁷⁸.

On a vu précédemment que la médecine du travail joue un rôle primordial en prévention d'autant plus qu'elle n'est pas une médecine de soins, on peut donc considérer que les examens complémentaires prescrits participent à la promotion de la santé en général et donc à une économie des dépenses de soins.

On peut donc estimer qu'il est plus judicieux de proposer un outil de dépistage du risque alcool par un questionnaire de repérage qui ne grève pas le budget des services plutôt que par un panel de bilans biologiques, et d'envisager dans un deuxième temps une intervention brève sous réserve que le salarié adhère à ce projet et que le médecin du travail ait été formé.

6.2. L'intervention brève

6.2.1. Rappel du projet OMS

Depuis plus de 25 ans l'OMS se mobilise pour développer la prévention secondaire du risque alcool. L'historique de cet ambitieux programme est le suivant :

- 1983-1989 : développement et validation du questionnaire AUDIT
- 1985-1992 : études contrôlées et randomisées pour valider l'intervention brève
- 1992-1998 : formations au **Repérage Précoce** et à l'**Intervention Brève (RPIB)** dans les soins de santé primaire
- 1998-2004 : programme de large diffusion du RPIB
- Depuis : intégration dans les politiques publiques

La France s'est inscrite dès 1998 dans le projet de l'OMS :

- 1998 : programme "Boire moins c'est mieux" et ANPAA jusqu'en 2006
- 2004 : validation du questionnaire FACE avec étude de faisabilité en France en médecine générale
- 2005 : bilan par l'**Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT)**
- 2006 : circulaire pour le développement du RPIB en France

Il faut se rappeler que 50% de la morbidité et 50% des morts prématurées liées à la consommation d'alcool concernent des patients non alcoolodépendants⁷⁹.

Ces chiffres inquiétants devraient encourager les médecins à rechercher systématiquement une consommation excessive. Si l'on considère que 15% de la population française est à risque, alors chaque médecin du travail pourra poser ce diagnostic 1 à 2 fois par vacation...

6.2.2. Définition

L'intervention brève (IB) est un conseil court et efficace délivré par le médecin à un sujet en danger avec l'alcool afin d'induire un changement durable de comportement. L'intervention brève vise à réduire la consommation d'alcool en dessous des seuils de risque définis par l'OMS, sans vouloir obtenir une abstinence. L'IB s'adresse donc exclusivement aux consommateurs à risque, en effet ils évoquent assez facilement leur consommation sans la minimiser et sont plus enclins à recevoir une information que les alcoolodépendants parce que l'alcool ne leur a jamais causé de problème et qu'ils ne perçoivent pas leur consommation comme un problème potentiel⁸⁰.

On qualifie l'intervention de "brève" pour la distinguer des prises en charge des alcoolodépendants qui le plus souvent nécessitent la mise en route d'un traitement et d'un suivi sur le long terme.

La brièveté de l'intervention est imposée par une triple préoccupation⁸¹ :

- la clarté du message
- l'acceptabilité du contenu pour le soignant et pour le soigné
- l'application pratique d'une démarche systématique dans les conditions d'exercice habituelles de la médecine en respectant le choix du patient, en évitant tout discours normatif ou jugement.

La diminution de la consommation d'alcool ne peut s'envisager qu'avec un patient motivé, acteur de cette démarche, même si la motivation est un facteur que le médecin peut influencer⁸².

6.2.3. Modalités

S.Rollnick écrivait “ce que l’on dit et la manière de le dire est déterminant pour permettre au patient d’accepter de parler de sa consommation d’alcool”.

L’entretien motivationnel est la clé de voûte de la réussite pour évoquer la question de la consommation d’alcool, car c’est un échange dénué de jugement, basé sur l’empathie qui doit éviter toute confrontation permettant ainsi de réduire la réticence du patient à aborder un thème délicat.

Tableau : l’entretien motivationnel : les choses à faire et à ne pas faire⁵

| NE PAS FAIRE | FAIRE |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Emettre un jugement “Vous ne semblez vraiment pas prendre votre consommation au sérieux” ● Poser des questions fermées (réponse oui ou non) “Avez-vous un problème d’alcool ?” ● Etiqueter, utiliser un langage stigmatisant “Votre consommation fait penser que vous êtes alcoolique” ● Confronter ou faire la morale “Vous avez un sérieux problème d’alcool que vous ne voulez pas admettre” ● Menacer “Si vous n’arrêtez pas de boire, je mets fin au traitement” “Qu’allez vous faire à propos de votre problème d’alcool ?” | <ul style="list-style-type: none"> ● Etre empathique et compréhensif “Donc, vous vous inquiétez de l’effet de votre consommation sur votre pression artérielle” ● Poser des questions ouvertes “Parlez-moi des avantages et des inconvénients de votre consommation” ● Pratiquer l’écoute réflexive “J’ai l’impression que vous n’êtes pas content que l’on vous ait envoyé ici” ● Développer les discordances “Si vous continuez à boire comme vous l’avez fait dans l’année écoulée, comment pensez-vous que vous serez dans deux ou trois ans ? ” ● Accompagner la résistance “Vous ne considérez pas votre consommation comme un problème, mais vous êtes prêt à envisager de la diminuer si cela doit améliorer votre état de santé” ● Poser des questions non menaçantes pour motiver le patient au changement et éviter de susciter de la résistance “Parlez-moi de votre consommation” “Il me semble que vous êtes ambivalent par rapport à un changement” ● Susciter des déclarations de motivation personnelle ● Valoriser ● Laisser le patient développer les arguments “A votre avis, pourquoi votre entourage est-il inquiet à propos de votre consommation ?” |

Même si les IB visent toujours le même public (consommateurs excessifs), avec le même objectif (réduction de la consommation), on constate des variantes sur leur contenu, leur durée et leur modalité de réalisation allant du conseil ultra court à plusieurs séances :

- le conseil simple (intervention ultra-brève) est une information rapide et unique durant de 1 à 20 minutes sur la consommation d'alcool, ce que les anglo-saxons définissent comme "*very brief intervention*". Même minimale, une intervention de 5 minutes a permis une réduction significative de 30% de la consommation d'alcool⁸³.
- la bibliothérapie consiste à fournir au patient des informations écrites sous forme de documents ou de plaquettes, la bibliothérapie peut être isolée ou accompagnée d'explications et de conseils oraux.
- le nombre de séances nécessaires à l'intervention brève varie selon les auteurs, mais l'efficacité est optimale pour une prise en charge comprenant de 1 à 4 sessions.

Modalités d'une intervention brève alcool selon BMCM¹

1. Restituer les résultats du test de repérage au patient :

Votre score au questionnaire semble vous situer dans une consommation à risque.
Etes-vous d'accord pour que nous en discutions? Cela permet d'ouvrir le dialogue.

2. Expliquer les effets de l'alcool sur la santé :

Les études montrent que la consommation d'alcool, au-delà de 2 verres pour les femmes ou 3 verres pour les hommes par jour en moyenne, a des effets délétères sur la santé qui se traduisent par une réduction de l'espérance de vie.

3. Expliquer le verre standard :

Visualiser le verre standard et les correspondances en bouteilles, importance du support visuel, insister sur le fait qu'il n'y a pas d'alcool moins dangereux que les autres.

4. Recherche d'une motivation personnelle pour le changement

A votre avis, quels bénéfices pourriez-vous tirer d'une réduction de votre consommation ? Rechercher avec le patient les bénéfices physiques, psychologiques, sociaux, financiers... de la réduction.

5. Donner des suggestions et des conseils pour réduire la consommation :

Réduire les occasions, les fréquences, les quantités. Proposer une alternative aux boissons alcoolisées (eaux, jus de fruits, jus de tomates).

6. Proposer des objectifs clairs et réalistes, vérifier l'adhésion du patient :

Nous venons de voir pourquoi, comment vous pourriez réduire votre consommation d'alcool, pour essayer de la ramener dans les semaines qui suivent en dessous du seuil de risque, dans le but de préserver votre santé. Est-ce que j'ai bien résumé notre discussion ? Avez-vous envie de tenter cette démarche?

7. Proposer de réévaluer la situation lors d'une prochaine consultation

Fixer une prochaine consultation permet que le patient ait une échéance pour diminuer sa consommation.

8. Remettre de la documentation écrite pour l'aide au changement :

Un outil est proposé sous la forme de deux livrets par l'INPES et le programme BMCM "Ouvrons le dialogue : Pour faire le point" ou "Ouvrons le dialogue : Pour réduire sa consommation"

FRAMES ... ou recommandations pour une attitude adaptée dans une intervention brève⁸⁴.

Feedback : Restituer au patient le questionnaire de repérage concernant la fréquence et la quantité de sa consommation d'alcool.

Responsability : La responsabilité de changement de comportement appartient exclusivement au patient et non au médecin, rien ne peut se faire sans une décision personnelle du patient.

Advice : Un conseil de modération est donné au patient.

Menu : Un choix ou menu offrant différentes stratégies de réduction de consommation et de suivi est proposé au patient.

Empathy : Le médecin fait preuve d'empathie, il évite les jugements et la condescendance pour valoriser la décision du patient.

Self-efficacy : Insister sur les capacités personnelles du patient pour renforcer sa motivation à changer de comportement.

6.2.4. Expériences en médecine générale

Plusieurs essais cliniques randomisés ont prouvé l'efficacité de l'IB sur la réduction de la consommation chez les patients présentant un usage à risque ou un usage nocif d'alcool : un effet positif avec une réduction de **20 à 40%** de la consommation initiale est constaté sur une période allant de **6 à 12 mois** dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle. La plupart des essais cliniques randomisés contrôlés montre aussi une réduction de la consommation dans le groupe témoin.

Le projet TREAT, débuté en 1992 auprès de 64 médecins généralistes a suivi des consommateurs à risque et ayant bénéficié d'une IB à 6, 12, 24, 36 et 48 mois. Il en ressort que le groupe expérimental a davantage réduit sa consommation que le groupe contrôle, de manière statistiquement significative jusqu'au 36^{ème} mois⁸⁵.

Cependant malgré des méthodes d'analyse discutables, la dernière méta-analyse menée par Anders Beich en 2003, si elle ne conteste pas l'efficacité de l'IB, remet en question l'intérêt du repérage systématique en médecine générale, en raison du grand nombre de personnes qu'il faut repérer pour qu'une seule d'entre elles tire bénéfice d'une intervention brève.

Malgré la validation de l'efficacité des interventions brèves, le rapport de la Cour des Comptes de janvier 2004 montre que le dépistage médical est considéré "comme le maillon faible". Les médecins généralistes adhèrent peu à la pratique de l'intervention brève par manque de temps, de formation sur le risque alcool et de valorisation des actes de prévention. 75% des généralistes sont réticents à poser des questions sur l'alcool et craignent que leurs patients ne trouvent leurs questions trop intrusives. Même si la plupart des médecins estiment que le risque alcool est un problème important dans leur exercice, leurs connaissances sur la consommation excessive restent imparfaites. L'intérêt que les médecins portent à cette problématique est réel, et 89% d'entre eux s'estiment compétents et légitimes pour aborder cette question avec leurs patients⁸⁶ mais seuls 35% pensent que leur intervention est efficace.

La politique nationale vise à former les professionnels de santé à la pratique de l'intervention brève pour diminuer la mortalité et la morbidité liées à l'alcool, encore faut-il que les généralistes soient formés, qu'ils soient convaincus de l'efficacité de l'IB et que cette intervention soit acceptable dans un cadre d'une activité déjà surchargée.

6.2.5. Expérience en santé au travail : étude EIST

En France, nous manquons d'études sur la prévention de la consommation excessive d'alcool en santé au travail, cependant les rares statistiques dont nous disposons révèlent des chiffres inquiétants.

Alors que les services de santé au travail assurent le suivi médical de 18 millions de salariés, et que pour 28% de ces salariés le médecin du travail est le seul intervenant de santé vu dans l'année⁸⁷, les médecins du travail s'investissent faiblement dans l'évaluation du risque alcool. Seuls 5% des dossiers médicaux comportent le mot "alcool" à l'issue de la visite d'embauche¹, et seulement 21% des médecins du travail évoquent systématiquement la question de l'alcool en visite périodique contre 98% pour la question du tabac².

En 1999, 68 médecins du travail d'Ile-de-France ont proposé de façon systématique à 1176 salariés vus en visite annuelle un auto-questionnaire et une évaluation alcoologique constitués de 3 parties : la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA), et deux questionnaires (le DETA et l'AUDIT).

La fréquence des salariés ayant une consommation à risque et/ou DETA \geq 2 et/ou AUDIT \geq 8 est de 8,2% soit un salarié sur 12, résultat comparable à celui retrouvé dans l'enquête du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) en 1995-1996. La majorité (94%) des médecins du travail a estimé que la faisabilité de l'auto-questionnaire était bonne et qu'il s'intégrait facilement dans leur exercice⁸.

Le programme BMCM en collaboration avec l'INPES, dans le cadre de la préparation à l'étude nationale sur l'Efficacité de l'Intervention brève en Santé au Travail (EIST), a réalisé une étude de faisabilité (EIST f) en 2004 par 32 médecins du travail et leurs 38 assistantes. L'étude préalable de faisabilité a permis d'évaluer le risque alcool par le questionnaire AUDIT chez 2060 salariés. L'étude EIST avait pour but de voir si l'IB était aussi efficace en santé au travail qu'en médecine de soins primaires.

Les médecins du travail ont été formés en une journée au repérage et à l'intervention brève, et leurs assistantes ont été formées en une demi-journée au repérage. Afin d'être inclus dans l'étude le salarié devait :

- être convoqué pour une visite obligatoire
- avoir rempli un questionnaire AUDIT dont le score le classait dans usage nocif sans dépendance
- accepter une visite à un an ainsi qu'une prise de sang à l'inclusion et à la visite à 12 mois

Dans le groupe contrôle, dont le score AUDIT était inférieur à 6 ou 7 selon le sexe, l'assistante remettait un document d'information et de conseil sur la réduction du risque alcool ; dans le "groupe traité" le médecin du travail délivrait une IB lors de la consultation.

DISCUSSION :

Seuls 1,8% des salariés ont refusé de remplir le questionnaire AUDIT, ce qui tend à prouver qu'il est adapté au repérage en santé au travail.

Les assistantes ont été satisfaites d'être associées au médecin du travail dans cette action de prévention.

L'intervention brève délivrée par le médecin du travail dure en moyenne 9 minutes. Les tests biologiques sont de mauvais moyens de repérage : 2/3 des consommateurs à risques repérés par l'AUDIT ne l'auraient pas été par les examens biologiques (VGM et GGT).

Les effets des IB sont supérieurs à ceux des livrets : l'intervention permet de diminuer le risque global en agissant sur la baisse de la consommation, sur la réduction de la pression artérielle et de la dépressivité⁸⁸.

Le médecin du travail est souvent placé en amont de l'alcoolopathie, le salarié est inséré professionnellement et il ne se présente pas à la visite de santé au travail avec un ou des symptômes. La prévalence des consommations excessives des salariés mesurée dans l'étude EIST est bien inférieure à celle retrouvée en médecine générale : 8,2% contre 20%. Les salariés boivent aussi mais en moindre quantité que la population non intégrée professionnellement, ce qui tend à prouver que le travail joue un rôle protecteur assurant un meilleur état de santé ou "*healthy worker effect*"⁸⁹.

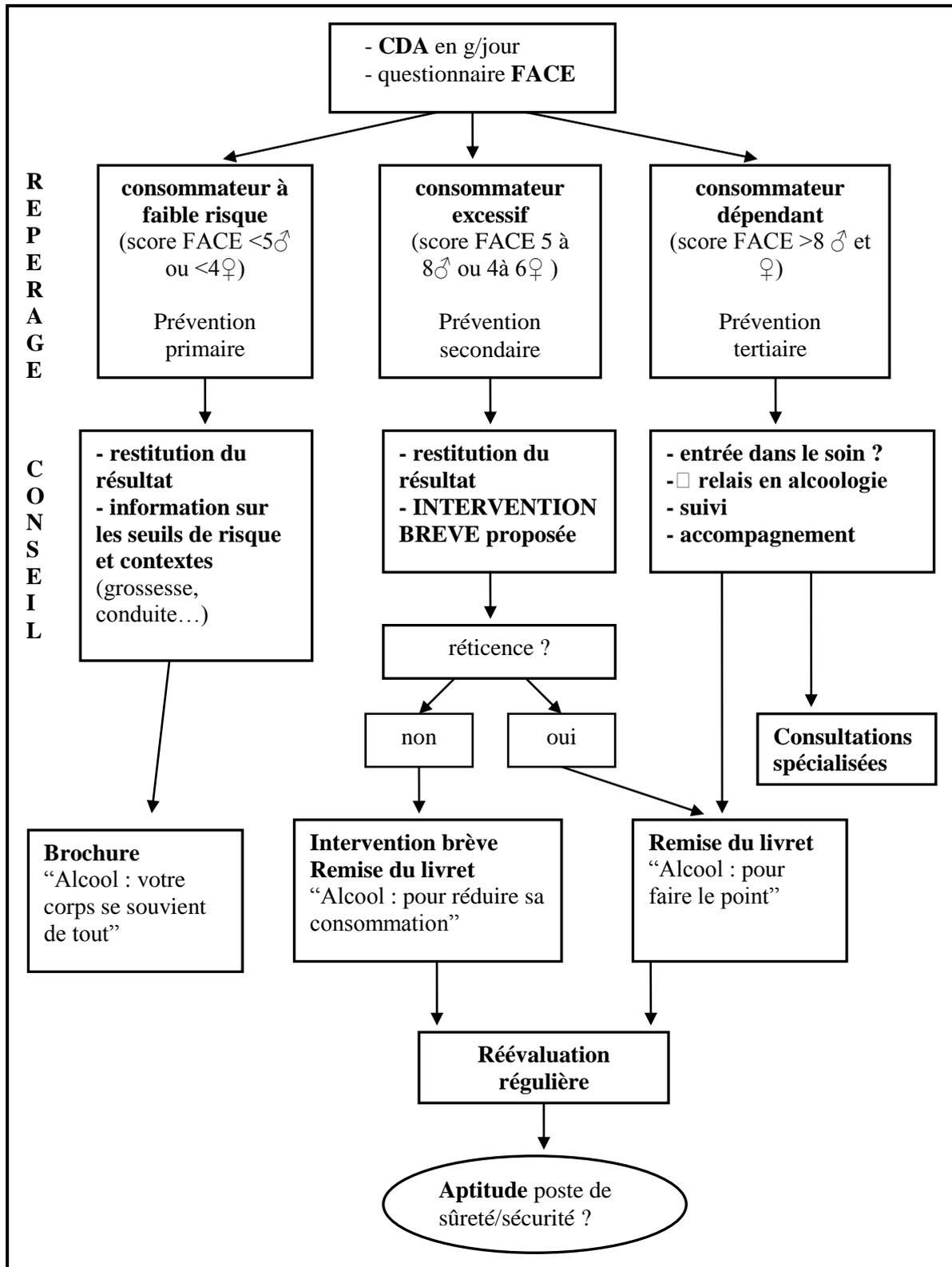
Les médecins du travail suivent une population plus jeune qu'en médecine générale et 28% des salariés ne voient que leur médecin du travail comme professionnel de santé dans l'année, ce qui légitime la prévention systématique du risque alcool en santé au travail.

6.3. Aide au repérage en médecine du travail : proposition d'un outil

A l'issue de notre travail on peut essayer de proposer un outil aux médecins du travail pour développer un repérage plus systématique des salariés présentant un risque alcool. La liste proposée n'est pas exhaustive mais on l'a imaginée comme une sorte d'algorithme décisionnel après un repérage par questionnaire, de façon à ce qu'il soit reproductible lors des visites systématiques.

L'évaluation de la consommation déclarée d'alcool (CDA) en verres standards ou en g d'alcool/jour devrait faire partie de notre interrogatoire systématique au même titre que la consommation de tabac et être notée dans les dossiers médicaux. Le questionnaire qui nous semble le plus adapté est le FACE qui a le mérite d'être rapide à faire passer (4 questions) et qui fait le repérage des 3 catégories de consommateurs (à faible risque, excessif et dépendant). Au terme de ce repérage, le médecin peut proposer trois types de prévention.

6.3.1. Algorithme décisionnel



Algorithme décisionnel inspiré de Substances addictives et travail⁹⁰

6.3.2. Livrets et brochures

Pour que les médecins adoptent en pratique courante l'IB, l'INPES a élaboré des livrets intitulés "Alcool, ouvrons le dialogue" sous forme de pack d'intervention contenant un livret pour le médecin et deux livrets pour le salarié selon son stade de motivation : le livret "Pour faire le point" consiste en une information sur le risque alcool, sur les seuils recommandés par l'OMS et le livret "Pour réduire sa consommation" permet une auto-évaluation de la consommation d'alcool par différents tests, et a pour objectif de renforcer les motivations pour un changement de comportement. Toutes ces brochures sont téléchargeables sur le site de l'INPES et des livrets peuvent être commandés par voie postale.



Ouvrons le dialogue

Alcool

Outil d'éducation du patient destiné aux professionnels de santé

Téléchargements :

- Guide médecin (166 Ko)
- Affichette (475 Ko)
- Livret «Pour faire le point» (507 Ko)
- Livret «Pour réduire sa consommation» (524 Ko)

Logos: République Française, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), Assurance Maladie, ANSMA

Alcool

Pour faire le point

Ouvrons le dialogue

 l'Assurance Maladie
 sécurité sociale





Alcool

Pour réduire sa consommation

Ouvrons le dialogue

 l'Assurance Maladie
 sécurité sociale





plans
cancer

Alcool : votre corps se souvient de tout

L'alcool et ses dangers

L'alcool au volant et l'alcoolisme ne sont pas les seuls dangers liés à l'alcool, il existe aussi un autre danger, beaucoup moins connu :

la consommation régulière et excessive d'alcool.

Au-delà de 2 verres d'alcool par jour pour les femmes et de 3 verres pour les hommes, l'alcool augmente sensiblement les risques sanitaires, notamment de cancers (foie, voies aérodigestives), de cirrhoses et de maladies cardiovasculaires.

Les seuils à ne pas dépasser



• POUR LES FEMMES :

Ne pas consommer plus de 2 verres d'alcool par jour.



• POUR LES HOMMES :

Ne pas consommer plus de 3 verres d'alcool par jour.



• POUR LES CONSOMMATIONS OCCASIONNELLES :

Ne pas consommer plus de 4 verres d'alcool en une seule occasion (si vous devez prendre le volant, l'assistance est préférable).

Un verre d'alcool, c'est quoi ?

1 VERRE D'ALCOOL = UN VERRE DE...



VIN
(à 12° - 10 CL)



PASTIS
(à 45° - 2,5 CL)



WHISKY
(à 45° - 2,5 CL)



CHAMPAGNE
(à 12° - 10 CL)



APÉRITIF
(à 18° - 7 CL)



BIÈRE
(à 5° - 25 CL)

Il est impératif de ne pas boire si...



- vous conduisez un véhicule* ou une machine dangereuse ;
- vous êtes mineur ;
- vous exercez une activité qui exige de la vigilance ;
- vous avez une maladie chronique (épilepsie, pancréatite, hépatite C) ;
- vous êtes un ancien alcoolo-dépendant.

* Au-delà de deux verres, vous devez passer à l'arrêt et ne pas conduire.



• Vous prenez
des médicaments



• Vous êtes enceinte

6.3.3. Et l'intervention brève ?

L'étude EIST tend à montrer que le repérage des consommateurs à risque est adapté à la pratique des médecins du travail d'autant qu'ils travaillent toujours en binôme avec une secrétaire, ce qui facilite le passage des questionnaires. Cependant, il faut rester prudent sur la généralisation de l'intervention brève en santé au travail et il faudrait évaluer à plus grande échelle la faisabilité. Le contexte actuel tend à la diminution du nombre de médecins du travail en exercice avec des temps de visite écourtés, la solution résidera peut-être dans la réforme tant attendue et dans le développement de la pluridisciplinarité avec le recrutement d'infirmières du travail.

6.3.4. Contacts utiles

Lorsque le problème d'alcool d'un salarié dépasse le seul cadre de la santé au travail, il est important de faire appel au réseau d'addictologie de proximité afin d'amener le patient à une prise en charge spécifique. Les médecins du travail interrogés dans notre travail semblent avoir peu de liens avec les réseaux d'alcoologie, ce qui peut être un frein dans une prise en charge complexe. Nous ajoutons donc une liste non exhaustive de contacts utiles en Loire-Atlantique dans la gestion du risque alcool.

LES CENTRES D'ALCOOLOGIE

➤ à Nantes

Le service d'addictologie du CHU de Nantes propose des consultations spécialisées, des soins ambulatoires, des hospitalisations à temps complet et de l'addictologie de liaison. Les coordonnées du service sont les suivantes :

Service d'addictologie, pôle de psychiatrie

9 bis rue Bouillé

44 000 NANTES

Tél : 02 40 20 66 40 Fax : 02 40 20 66 41 Mail : addictologie@chu-nantes.fr

➤ à Saint-Nazaire

- L'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA),
- et
- le centre de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA),

ainsi que

- l'unité hospitalière d'alcoologie (UHA), où vous pourrez être orienté par un intervenant,

appartiennent

au groupement d'intérêt public « Réseau d'addictologie de la Presqu'île et de l'estuaire de la Loire » (GIP RAPEL).

XXXX

- l'équipe du centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST),
- travaille en partenariat

avec l'équipe d'addictologie de liaison sur le site du centre hospitalier de Saint-Nazaire.

Le territoire de santé de Saint-Nazaire



Conduites addictives

Alcool, drogues, ...

Des structures
et
des professionnels
à votre service

Centre de cures ambulatoires en alcoologie

3 rue Brizeux - 44 600 Saint-Nazaire
02 40 22 19 17

Responsable : Dr CESBRON-BOMME

Des secrétaires d'accueil spécialisées en
alcoologie vous guident vers l'intervenant de
votre choix.

* Accueil
- Mme LAFORGE
- Mme SILARD
- Mme VAN STEELANDT

* Médecins
- Dr CESBRON-BOMME
- Dr FICHTER

* Psychiatre
- Dr MARTINEZ

* Assistants sociaux
- Mme DAVESNE
- Mme JOSEPH
- Mme MOREAU
- Mme PAILLE
- M. ROBERT

* Psychologue
- Mme BLEHER

Consultations ambulatoires avancées :

Pomic : 02 51 74 79 27
Guérande : 02 40 62 64 70

Equipe de liaison et de soins en addictologie

Centre hospitalier de Saint-Nazaire
02 40 90 76 66

Responsable : Dr MARTINEZ

Une équipe mobile pluridisciplinaire intervient
directement lors de votre hospitalisation
afin de vous orienter vers une prise en charge la
mieux adaptée à votre situation.

* Médecins
- Dr FICHTER
- Dr MARTINEZ

* Psychologues
- Mme LOOS
- Mme HATTE
- Mme BLEHER

* Assistants sociaux
- Mme MATHIEU

Lieux d'interventions :

- » Centre hospitalier de Saint-Nazaire
- » Centre de convalescence de Saint-Nazaire
et de La Baule
- » Hôpital local intercommunal de la Presqu'île
(Guérande, Le Croisic)
- » Hôpital local intercommunal du Pays de Retz
(Paimboeuf, Pomic)
- » Centre de convalescence «Le Bodio»
(Portchâteau)

La Rose des Vents Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

32 rue Roger Salengro
44 600 Saint-Nazaire
02 40 01 96 12

Responsable : Mme BRACHET

Une équipe pluri-professionnelle est à votre
disposition pour vous et vos proches, avant et
après votre hospitalisation, à votre demande
ou sur proposition de tout intervenant de
l'hôpital.

* Accueil- secrétariat
- Mme BARON
- Mme SALLE

* Equipe médicale
- Mme CLENET (infirmière)
- Dr LEVASSOR

* Equipe socio-éducative
- Mme DUTOUQUET (assistante sociale)
- M. NICOLAS (éducateur spécialisé)
- Mme BOUDET (éducatrice spécialisée)

* Equipe de psychologues
- Mme GRIVEL
- Mme LEFEBVRE



LES ASSOCIATIONS

- **Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme et de l'Addictologie-ANPAA**
13 rue Contrescarpe
44000 Nantes
Tél : 02.40.08.08.11
Web : www.anpaa.asso.fr

- **Alcooliques Anonymes - AA**
29 rue Campo Formio
75013 Paris
Tél : 01.48.06.43.68. Permanence Téléphonique 0820.32.68.83
Web : www.alcooliques-anonymes.fr

- **Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie**
154, rue Legendre
75017 Paris
Tél : 01 42 28 65 02 - Fax : 01 46 27 77 51 - e-mail : federation@alcoologie.org
Web : www.alcoologie.org

- **La croix bleue**
189, rue Belliard
75018 Paris
Tél : 01 42 28 37 37 - Fax : 01 42 28 88 18
Web : www.croixbleue.fr.st

- **Vie libre**
8, impasse Dumur
92110 Clichy
Tél : 01 47 39 40 80
Web : www.vielibre.org

- **Alcool assistance-Croix d'or**
10, rue des Messageries
75010 Paris
Tél : 01 47 70 34 18

La fédération interprofessionnelle pour le traitement et la prévention de l'alcoolisation au travail (FITPAT) regroupe des associations agissant en milieu professionnel

- **Santé de la famille des chemins de fer français (SNCF)**
9, rue Château Landon
75010 Paris
Tél : 01 58 20 51 40
Web : www.santefamille.asso.fr

- **Amitié AP-HP**
37, avenue Gambetta
92130 Issy les Moulineaux cedex
Tél : 01 46 08 52 77

- **Amitié La Poste-France Télécom**
45 rue Eugène Oudiné
75013 Paris
Tél : 01 53 79 61 61 - Fax : 01 45 63 98 41 - e-mail : amitie.lp.ft@wanadoo.fr
Web : amitie.asso.fr

- **Amitié présence RATP**
3, rue Damesne
75013 Paris
Tél : 01 45 81 54 08 - Fax : 01 45 89 11 56

7. CONCLUSION

La morbi-mortalité liée à la consommation excessive d'alcool en France reste un problème de santé publique et notre étude nous a permis de montrer que les médecins du travail pouvaient jouer un rôle clé dans le dépistage des consommateurs excessifs d'alcool et dans la prise en charge par l'intervention brève. Les médecins du travail sont impliqués et intéressés par le dépistage précoce des salariés consommateurs excessifs mais ils se heurtent à deux obstacles principaux : le manque de connaissance en alcoologie, et surtout le manque de temps en consultation.

La formation des médecins du travail au RPIB pourrait s'intégrer à celle des médecins généralistes lors de FMC multidisciplinaires : quant au manque de temps médical on peut souhaiter que la réforme de la médecine du travail apporte des solutions.....

Si les médecins du travail de Loire-Atlantique se mobilisent pour pratiquer l'intervention brève, il serait intéressant dans un second temps d'évaluer la faisabilité dans leur pratique quotidienne et de mesurer le retentissement sur la consommation des salariés et l'aptitude au poste de travail.

8. LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N°1

Lettre d'introduction accompagnant le questionnaire

Saint-Nazaire le 30/10/2008

Madame, Monsieur,

Interne en médecine du Travail, je souhaite faire une enquête auprès des Médecins du Travail dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine dont le thème est **“Evaluation des risques liés à la consommation d'alcool lors des visites systématiques (embauche et périodique) de médecine du travail”**.

Mon directeur de thèse est le Docteur ESPOSITO, Praticien Hospitalier en psychiatrie au CH de Saint Nazaire. Le Professeur GERAUT et le Docteur DUPAS seront membres du jury.

Mon intérêt pour la problématique alcool s'est développé lors de mes deux semestres d'internat dans le service de psychiatrie du Docteur ESPOSITO.

Le repérage des consommateurs d'alcool à problèmes et des alcoolodépendants est relativement simple, quelle que soit la spécialité médicale exercée. Dans ces deux groupes, les signes cliniques et biologiques sont évocateurs. Les dommages somatiques et socio professionnels sont souvent sévères en lien avec une perte réelle du contrôle de la consommation.

En revanche, la catégorie des consommateurs excessifs semble mal ou moins bien repérée même si les risques liés à leur consommation sont importants.

Le **Repérage Précoce** et l'**Intervention Brève (RPIB)** se développent dans la pratique des médecins généralistes. Cela consiste à promouvoir le dépistage précoce et systématique des consommateurs à risque afin de réaliser une Intervention Brève si nécessaire.

L'Intervention Brève est un conseil bref, délivré par le médecin au patient, visant à diminuer de façon durable la consommation d'alcool en dessous des seuils de risque définis par l'OMS. L'Intervention Brève est un entretien informatif, comportemental et motivationnel s'adressant aux consommateurs à risque non alcoolodépendants, dont l'efficacité a été prouvée par plusieurs études.

Le propos de cette thèse est de s'intéresser à la pratique des médecins du travail pour l'évaluation du risque alcool et de savoir si notre spécialité peut se prêter au RPIB.

Je vous serais très reconnaissante si vous pouviez remplir un questionnaire selon le modèle ci-dessous, et me le transmettre par mail ou par voie postale au plus tard le **15 décembre 2008**.

J'espère que, malgré les nombreuses sollicitations dont vous êtes l'objet, vous serez nombreux à participer à cette enquête.

Je vous remercie de votre collaboration et de l'intérêt que vous porterez à ce sujet, et vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments respectueux.

Marièle COINDREAU

ANNEXE N°2
Questionnaire envoyé aux médecins

D'une façon générale au cours de votre exercice professionnel, lors de la visite systématique (embauche et périodique) :

1. EVALUEZ-VOUS LA CONSOMMATION D'ALCOOL LORS DE L'INTERROGATOIRE

- jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail
- utilisez-vous la notion de "verre standard" → oui non
- commentaires :

2. RECHERCHEZ-VOUS DES SIGNES FONCTIONNELS LIES A CETTE CONSOMMATION

- jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail
- commentaires :

3. QUELS SIGNES FONCTIONNELS RECHERCHEZ-VOUS

- **troubles psychiques et comportementaux** (troubles du sommeil, anxiété, irritabilité, dépression, troubles sexuels, troubles mnésiques, co-dépendance à d'autres substances psycho actives.....)
 - jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail
- **plaintes somatiques** (pyrosis, crampes, palpitations....)
 - jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail
- **troubles sociaux ou relationnels** (difficultés familiales, absentéisme, licenciement, problèmes financiers, arrestation pour conduite sous l'emprise de l'alcool....)
 - jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail
- **autres signes fonctionnels recherchés**
 - lesquels :

4. QUELS SIGNES CLINIQUES RECHERCHEZ-VOUS

- **haleine alcoolisée**
 - jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail
- **hypertension artérielle**
 - jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail
- **troubles du rythme cardiaque**
 - jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail
- **hépatomégalie**
 - jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail
- **troubles neurologiques (poly-neuropathie des membres inférieurs, syndrome cérébelleux**
 - jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail

➤ **autres signes cliniques recherchés**

lesquels :

5. PRESCRIVEZ-VOUS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail

commentaires :

6. QUELS EXAMENS PRESCRIVEZ-VOUS

➤ **Volume Globulaire Moyen érythrocytaire (VGM)**

oui non selon le poste de travail

➤ **Gamma-Glutamyl-Transpeptidase (GGT)**

oui non selon le poste de travail

➤ **Association VGM-GGT**

oui non selon le poste de travail

➤ **ASAT (anciennement TGO)**

oui non selon le poste de travail

➤ **ALAT (anciennement TGP)**

oui non selon le poste de travail

➤ **Utilisez-vous le rapport ASAT/ALAT**

oui non selon le poste de travail

➤ **Triglycéridémie**

oui non selon le poste de travail

➤ **Transferrine désialylée (CDT : Carbohydre déficient transferrin)**

oui non selon le poste de travail

pas de connaissance sur la CDT

➤ **Prescrivez-vous d'autres examens complémentaires**

oui non si oui lesquels :

7. AVEZ-VOUS CONNAISSANCE DE QUESTIONNAIRES VALIDÉS

oui non

➤ **Si vous avez répondu oui, lesquels connaissez-vous**

AUDIT DETA/CAGE FACE MAST autres

➤ **Si vous connaissez ces questionnaires, les utilisez-vous en visite**

oui non selon le poste de travail

8. L'INTERVENTION BRÈVE est un conseil court, délivré par le médecin aux consommateurs à risque dans le but de provoquer une prise de conscience et d'induire une diminution durable de la consommation d'alcool. Utilisez-vous l'intervention brève ?

- jamais rarement souvent toujours selon le poste de travail
- pas de connaissance sur l'intervention brève

9. SI VOUS N'ABORDEZ PAS LE SUJET DE L'ALCOOL EN VISITE EST-CE PARCE QUE

- vous ne vous sentez pas à l'aise avec cette problématique
- le sujet a peu d'utilité dans votre spécialité
- vos connaissances sont insuffisantes sur le sujet
- vous manquez de lien avec les réseaux alcool et les structures d'alcoologie
- vous ne disposez pas d'assez de temps
- il n'y a pas de retentissement sur le poste de travail ou sur l'aptitude
- commentaires :

10. RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EXERCICE

➤ **Vous avez exercé la médecine du travail**

- en service inter entreprises dans la fonction publique en service autonome

➤ **Actuellement, vous exercez la médecine du travail**

- en service inter entreprises dans la fonction publique en service autonome

➤ **Vous êtes**

- une femme un homme

➤ **Vous appartenez à la classe d'âge**

- 30 - 40 ans 40 - 50 ans 50 - 60 ans ≥ 60 ans

➤ **Commentaires libres sur le questionnaire :**

Merci de votre collaboration. Questionnaire à renvoyer avant le **15 décembre 2008**

- par mail mariele.coindreau@voila.fr ou
- par voie postale à Marièle COINDREAU

27 rue Duguay-Trouin
44 600 SAINT NAZAIRE

Je reste à votre disposition au 06 32 16 33 55 ou sur mon mail

9. BIBLIOGRAPHIE

1. BONNARD N., FALCY M., JARGOT D., PASQUIER E. Fiche toxicologique n° 48 ETHANOL. INRS.
2. PHAN CHAN THE E. Alcool et travail. Performances santé et fiabilité humaine. Mai-Juin 2006 n°28 : 3-17.
3. PILLIERE F., FALCY M. Diminution du taux légal d'alcoolémie : quelles incidences pour les salariés professionnellement exposés aux produits chimiques ? INRS. Documents pour le médecin du travail. 1997 ; 69 : 3-12.
4. Rapport de la FNORS. Les addictions dans les régions de France. Offre et production. Septembre 2007 : 11-24.
5. OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances en 2002. 368 p.
6. INSERM. Alcool : dommages sociaux. Abus et dépendances. Expertise collective. Paris : Editions INSERM 2003. 358 p.
7. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. Les drogues à 17 ans : Evolutions, contexte d'usage et prise de risque. Résultats de l'enquête nationale Escapad 2005. Tendances n°49, 2006.
8. OFDT. Drogues et dépendances, données essentielles. Tendances par produit. Editions La découverte. 2005.
9. FACY F., RABAUD M., BERGERTE A. Etude sur les liens entre santé au travail et secteur spécialisé en alcoologie. Archives des Maladies Professionnelles et de l'environnement juin 2005 ; n°66 : 226-235.
10. DEMORTIERE G., PESSIONE F., BATEL P. Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'auto-questionnaires : intérêt, faisabilité, limites. Documents pour le médecin du travail 2^{ème} trimestre 2001 ; 86 ; 193-200.
11. Enquête BVA/INPES/ANPAA : Substances psychoactives dans l'entreprise.2006.
12. MENARD C., WEILL J. La consommation déclarée d'alcool à chiffres ouverts. Editions Seli Arslan, 1997.
13. ZINS M., CARLE F., BUGEL I et al. Predictors of change in alcohol consumption among frenchmen of Gazel Study Cohort. Addiction, 1999, 94 : 385-395.
14. HAGUENAUER JM., HANNOTHIAUX MH., LAHAYE-ROUSSEL MC. Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel : une étude dans la région Nord-Pas-de Calais. Bull ordre méd. 1997 ; 80 : 11-15.

-
15. DELZENNE C., PRADEAU P. Limite, intérêt et avenir du dépistage systématique des substances psychoactives, étude sur une population de candidats au poste de chauffeurs poids lourds. Communications aux 21^{èmes} journées méditerranéennes internationales de médecine du travail, 26-28 octobre 2001.
 16. Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, n°321. Sénat, session 2002-2003 : p.135-139 et p.482-491.
 17. PENNEAU-FONTBONNE D et al. Conduites addictives en milieu de travail. in REYNAUD M. Traité d'addictologie. Ed.Médecine-Sciences Flammarion. 2006 : 163-174.
 18. PENNEAU-FONTBONNE D. La population au travail. Alcoologie et Addictologie 2007 ; 29 (4) : 449-455.
 19. ORSET C., SARAZIN M., CABAL C. Les conduits addictives en milieu professionnel. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. Volume n°68 février 2007 : 5-19.
 20. DALLY S. Dépistage de l'alcoolisme. Le concours médical n°15 avril 2005 p.818.
 21. Entreprendre ensemble n°19 1998.
 22. INSERM. Alcool : dommages sociaux. Abus et dépendances. Expertise collective. Paris : Editions INSERM 2003 : 113-128.
 23. Consommation d'alcool chez les salariés EDF-GDF en verres par jour d'après l'étude GAZEL, 1989.
 24. L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la santé publique. Objectif 14 : Accidents routiers mortels liés au travail.
 25. LEFELLE A. L'alcool en entreprise. Mémoire de fin d'études, option diététique ; année 2004-2005. Lille.
 26. Dépendances, n°21 novembre 2003.
 27. PAILLE F. Evaluation pratique de la consommation d'alcool : Gastroenterol Clin Biol 2002 ; 26 :B141-B148.
 28. GLOT C., WEIL J. L'alcool à chiffres ouverts. Paris : Editions Seli Arslan, 1997 : 78p.
 29. GUIBERT S., PERAULT L., RICHARD D. Définitions et classifications de l'alcoolisme. in REYNAUD M. Traité d'addictologie. Ed.Médecine-Sciences Flammarion. 2006 : 307-311.
 30. FARGES F., ANGEL P., VALLEUR M ., RICHARD D.Toxicomanies. Editions Masson. 2005 : 15-18.
 31. L'alcoolisme. La FMC du généraliste. N° 2358 du 03 février 2006.

-
32. FILLOL GHAZI A. Médecins généralistes et consommateurs excessifs d'alcool. Thèse pour le doctorat de médecine. Université Paris VII. Mai 2005.
33. GUILBERT P, PERRIN-ESCALON H. Baromètre santé et nutrition 2002. Saint-Denis, INPES, 2004.
34. MOUQUET MC., VILLET H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. Etudes et résultats, n°192, 2002.
35. Alcool et risques de cancers. Institut national du cancer ; Novembre 2007.
36. MICHEL E., JOUGLA E. La mortalité liée à l'imprégnation éthylique en 2002. Drees Etudes et Résultats janvier 2002 ; n°153.
37. INSERM. Alcool : Effets sur la santé. Effets sur le système nerveux. Expertise collective. Paris : Editions INSERM 2001 : 35-64.
38. RUSZNIEWSKI P. Pancréatite aiguë : le temps du consensus. Gastroenterol Clin Biol, 2001, 25 : 1S5-1S6.
39. LEVY P. Pancréatite aiguë. Traité de pancréatologie clinique. Editions Médecine-sciences Flammarion 2005 : 69-72.
40. HAMMEL P., NAHON-UZAN K. Causes des pancréatites aiguës et chroniques. Traité de pancréatologie clinique. Editions Médecine-sciences Flammarion 2005 : 44-50.
41. INSERM. Alcool : Effets sur la santé. Effets sur le système nerveux. Expertise collective. Paris : Editions INSERM 2001 : 101-117.
42. DALLY S. Conduites d'alcoolisation et complications neurologiques. in REYNAUD M. Traité d'addictologie. Ed.Médecine-Sciences Flammarion. 2006 : 350-353.
43. BATEL P. Alcoolodépendance. in REYNAUD M. Traité d'addictologie. Ed.Médecine-Sciences Flammarion. 2006 : 329-333.
44. Ministère de la santé et des solidarités, Inspection générale des affaires sociales. Rapport ministériel sur la perspective d'organisation des Etats Généraux de la lutte contre l'alcoolisme. Mai 2005.
45. REYNAUD., PARQUET PJ. Les personnes en difficulté avec l'alcool. Paris : CFES, 1999 : 294p.
46. JASPARD M. Equipe ENVEFF. Les violences envers les femmes au quotidien. Paris : ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001.
47. PICKERING P. Conduites d'alcoolisation et pathologies psychiatriques. in REYNAUD M. Traité d'addictologie. Ed.Médecine-Sciences Flammarion. 2006 : 340-348.
48. LAQUEILLE X., DERVAUX A. Schizophrénie et addictions. in REYNAUD M. Traité d'addictologie. Ed.Médecine-Sciences Flammarion. 2006 : 103-105.

-
49. LEDUC A. Alcool, tabac, drogue sur les lieux de travail : Etat de droit du travail - DRTEFP des Pays de la Loire. Mise à jour 26/09/2008.
50. DURAND E., GAYET C., BIJAOU A. Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail. Documents pour le médecin du travail n°99 2^{ème} trimestre 2004 : 301-314.
51. Réponse Ministérielle n°1177, JOAN 10-11-1997 p. 3964 et n° 44411, JOAN 13-12-2005 P.1158.
52. Bilan de l'accidentologie en 2007 : alcool et accidents de la route. Observatoire interministériel de la sécurité routière.
53. Rapport de la FNORS. Les addictions dans les régions de France. Conséquences judiciaires. Septembre 2007 : p79.
53. Le risque automobile et la responsabilité du chef d'entreprise. www.asso-prse.com
55. INSERM. Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Marqueurs biologiques. Expertise collective. Paris : Editions INSERM 2003 : 289-299.
56. HOEKSEMA HL., DE BOCK GH. The value of laboratory tests for screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. J Fam Pract 1993, 37 : 268-276.
57. NALPAS B. Marqueurs biologiques de l'alcoolisme. Concours médical. 1987 ; 109-20 :1841-1844.
58. WHITFIELD JB. Gamma Glutamyl Transferase. Crit Rev Clin Lab Sci 2001, 38 : 263-355.
59. GACHE P. Repérage et diagnostic des malades de l'alcool. Revue du praticien. 1999 ; 49 : 375-378.
60. TRARIEUX R., GERAUT C., DUPAS D. Gamma GT, VGM et aptitude au travail : le médecin doit être prudent. Le quotidien du médecin. Mars 1982 n°2645.
61. DANIELOU Y., GERAUT C., OUDEA MC. Résultats d'une étude concernant le dépistage précoce de l'alcoolisme en milieu professionnel. Revue de l'alcoolisme, 22, 1976, n°4.
62. DAEPPEN JB., DOR B. Repérage des conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance. Alcoologie et addictologie. 2003 ; 25 (4S) : 30S-34S.
63. HELANDER A., CARLSSON AV., BORG S. Longitudinal comparison of carbohydrate-deficient-transferrin and gamma-glutamyl transfease :complementary makers of excessive alcohol consumption. Alcohol 1996; 31 : 621-624.
64. DE BROUWER C. et coll. L'utilisation de la CDT : sa place en médecine du travail. Médecine du travail et ergonomie. 2006 ; 43 : 1 : 19-24.

-
65. VIITALA A. et coll. Autoimmune responses against oxidant stress and acetaldehyde-derived epitopes in human alcohol consumers. *Alcohol Clin Exp Res* 2000, 24 : 1103-1109.
66. RUEFF B., CRNAC J., DARNE B. Dépistage des malades alcooliques par l'autoquestionnaire systématique DETA. *La Presse Médicale*, 14 oct. 1989, 18 ; 33 : 1654-1656.
67. AERTGEERTS B., BUNTINX F., FEVERY J., ANSOMS S. Is there a difference between CAGE interviews and written CAGE questionnaire? *Alcoholism : Clin exp res*, 2000, 24, 5 : 733-736.
68. BUSCHSBAUM DG et coll. Screening for drinking disorders in the elderly using the CAGE questionnaire. *JAGS* July 1992, vol 40; 7 : 662-65.
69. SAMUEL R., MICHAUD P. Le généraliste face au risque alcool. Une étude qualitative. *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2002 ; 21 : 23-26.
70. ARFAOUI S. Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : le questionnaire "FACE". Thèse pour le doctorat de médecine. Décembre 2002 Université René Descartes paris V.
71. GACHE P. Etude REPEX programme de promotion de la prévention secondaire du risque alcool. *Boire moins c'est mieux*. Juin 2004. Université de Genève.
72. PHAN CHAN THE E. Alcool, travail et emploi. Journée de formation à destination des services de santé au travail. 12/12/2006 à l'IUT de Bobigny.
73. Rapport de la FNORS. Les addictions dans les régions de France. Consommation. Septembre 2007 : p28.
74. Bilan des conditions de travail 2007. Données chiffrées de la médecine du travail. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. Direction Générale du Travail. Editions 2008.
75. Législation et réglementation en santé au travail. Rédaction par la Collégiale des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail et l'inspection médicale du travail d'Ile-de-France. Janvier 2006.
76. CONSO F., FRIMAT P. Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail. Octobre 2007.131p.
77. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction des relations du travail, Inspection Médicale du travail. Les examens complémentaires médicaux en médecine du travail. Octobre 1997.
78. LOIRET P., ARNAUD G., SAUX M. Etude juridique sur la médecine du travail. Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle du Poitou-Charentes, Janvier 1995.

-
79. Société Française d'Alcoologie. Le mésusage en dehors de la dépendance. 2005.
80. SOBELL MB, SOBELL LC. Problem drinkers : Guided self-exchange treatment. New York : Guilford Press, 1993.
81. PERNEY P, DEPINOY D, DUHAMEL O. Interventions brèves : Modalités. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25(4S) : 51S-58S.
82. SOBELL LC, SOBELL M. L'intervention brève au cabinet médical, une occasion unique d'aborder un problème d'alcool. Alcoologie et Addictologie 2004 : 26 : 6S-10S.
83. SAUNDERS JB, NK. Hazardous alcohol use: its delineations sub threshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. Compr Psychiatry 2000; 41 (suppl 1) : 95-103.
84. MICHAUD P. L'intervention brève auprès des buveurs excessifs d'alcool en médecine générale. Rev Prat Med Gen. 2003 ; 604 : 288.
85. BERTHOLET et al. Efficacité de l'intervention brève. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25 (4S) : 59S-63S.
86. FILLOL GHAZI A. Médecins généralistes et consommateurs excessifs d'alcool : étude des perceptions des médecins généralistes au moyen d'un questionnaire postal. Thèse pour le doctorat de médecine. Mai 2005 Université de médecine Paris VIII.
87. FOURIAUD C. et al. Médecine du travail et prévention générale, résultats d'une enquête épidémiologique auprès de 8 203 salariés. Archives de maladies professionnelles 1991 ; 52 (5) : 333-337.
88. MICHAUD P. et al. Les interventions brèves sont efficaces en santé au travail. Premiers résultats de l'étude EIST. Evolutions n°14 mai 2008.
89. Glossaire statistique et épidémiologique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Toxicologie, pathologie professionnelle.2000, 16-905-A-10.
90. FRAYSSE D., KUNZ V., TUMERELLE M. Substances addictives et travail : Aide à la décision. Novembre 2006.

10. LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ALAT : Alanine amino-transférase
ASAT : Aspartate amino-transférase
AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test
BMCM : Boire Moins C'est Mieux
BTP : Bâtiment Travaux Publics
CAGE : Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener
CDA : Consommation Déclarée d'Alcool
CDT : Carbohydre Deficient Transferrin = Transferrine désialylée
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CFES : Comité Français d'Education pour la Santé
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CMR : Cancérogène Mutagène Reprotoxique
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs et des Salariés
DETA : Diminuer Entourage Trop d'Alcool
DGT : Direction Générale du Travail
DRT : Direction Régionale du Travail
EIST : Efficacité de l'Intervention brève en Santé au Travail
FACE : Formulaire pour Approcher la Consommation d'Alcool par Entretien
GGT : Gamma-Glutamyl-Transférase
HDL : High Density Lipoprotein
HPM : Hépatomégalie
HTA : Hypertension artérielle
IB : Intervention Brève
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MAST : Michigan Alcoholism Screening Test
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies
NFS : Numération Formule Sanguine
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
PA : Pancréatite Aigue
RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève
TG : Triglycérides
VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures
VGM : Volume Globulaire Moyen
VPP : Valeur Prédictive Positive

NOM : COINDREAU

PRENOM : Marièle

**EVALUATION DES RISQUES LIES A LA CONSOMMATION
D'ALCOOL LORS DES VISITES SYSTEMATIQUES DE MEDECINE
DU TRAVAIL**

RESUME

La consommation excessive d'alcool en France, malgré une diminution conséquente ces trente dernières années, tue 45 000 personnes par an et reste un enjeu de santé publique.

Les médecins du travail sont souvent confrontés à des consommateurs à risque, qui sont toujours insérés professionnellement et socialement, mais qui peuvent basculer dans une alcoolodépendance ultérieure.

Cette thèse a pour objet d'évaluer la pratique des médecins du travail dans le repérage précoce des consommateurs excessifs d'alcool afin de leur proposer un outil rapide et efficace de dépistage en consultation et de promouvoir une prise en charge personnalisée des salariés par l'intervention brève.

MOTS-CLES

Risque alcool, seuils de risque, questionnaires standardisés, repérage précoce, intervention brève