



Inspection générale
des affaires sociales

Interactions entre santé et travail

RAPPORT

Établi par

Anne-Carole BENSADON Philippe BARBEZIEUX
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales
et
François-Olivier CHAMPS
Stagiaire à l'Inspection générale des affaires sociales

- Juin 2013 -
2013-069R

SYNTHESE

L'IGAS a inscrit à son programme de travail 2012-2014 une mission portant sur la santé au travail. Elle visait, à partir de pathologies dites « traçantes », à identifier les interactions entre santé au travail, santé publique et santé environnementale. La présente mission, rattachée au programme d'activité de l'IGAS, s'inscrit dans une logique du même type. Elle a pour objectifs de dresser un panorama de quelques thématiques susceptibles de faire progresser l'articulation entre les différentes approches qui concourent à la santé des personnes au travail. Cette mission ne concerne que la santé au travail des salariés du secteur privé. Anne-Carole Bensadon et Philippe Barbezieux, membres de l'IGAS, ont été missionnés pour effectuer ces travaux pour lesquels ils ont bénéficié de l'aide de François-Olivier Champs, stagiaire à l'IGAS.

Certaines des thématiques présentées dans ce rapport devront être approfondies dans le cadre d'une mission ultérieure. En effet, à ce stade, la mission demeure exploratoire et n'a travaillé qu'à partir d'une revue de la littérature et d'entretiens principalement institutionnels. La mission a choisi d'effectuer cette analyse à partir de quatre illustrations concrètes portant sur santé au travail et maladies cardiovasculaires, santé au travail et polyarthrite rhumatoïde, santé au travail et addictions et santé au travail et nanoparticules. A l'issue de ces travaux, la mission a identifié quatre axes d'amélioration.

1. MIEUX APPREHENDER L'IMPACT DES CONDITIONS DE TRAVAIL SUR LA SANTE

Un récent rapport de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur la prévention des maladies professionnelles¹ estimait que comparées aux accidents industriels, les maladies professionnelles ou liées au travail restaient pratiquement invisibles, même si elles tuaient six fois plus de personnes dans le monde tous les ans. Le repérage et la prévention des risques liés aux situations de travail constituent une priorité, en liaison, selon les types de risque, avec le développement de nouveaux modes d'organisation du travail.

Les maladies cardio-vasculaires constituent un enjeu majeur de santé publique.

Il s'agit d'identifier dans les entreprises les expositions professionnelles aggravant ces risques, puis de hiérarchiser les actions préventives dans le cadre de la démarche classique du document unique et du plan de prévention. Mettre en lumière l'impact de l'activité professionnelle sur l'état de santé des individus, même si cela ne se traduit pas par une reconnaissance de maladie professionnelle ou un accident du travail, permet en effet d'aborder la prévention dans toutes ses composantes. Cette problématique de prévention appelle des collaborations interdisciplinaires et inter champs. Elle relève d'une prise en compte des interactions entre santé et travail.

Des études ont montré les liens entre charge physique et maladie cardiovasculaire. Ces facteurs augmentent le risque d'accidents coronariens de façon très significative avec un risque lié aux facteurs psychosociaux de même amplitude que celui lié à l'obésité abdominale.

¹ La prévention des maladies professionnelles, journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, 28 avril 2013, OIT

Une méta-analyse publiée dans le Lancet en octobre 2012² montrait que le stress au travail augmentait les risques d'infarctus du myocarde. Selon une étude finlandaise également citée³, l'élimination des conditions de travail les plus défavorables (forte charge de travail, manque d'encadrement, bruit, travail posté, etc.) pourrait réduire le nombre total de décès cardiovasculaire de 8%, les infarctus du myocarde de 10% et les décès par accidents vasculaires cérébraux de 18%.

Ces données objectives justifient la prévention des MCV liées aux risques professionnels. On se situe dans une approche collective où l'employeur est au cœur de la démarche de prévention qui constitue un préalable indispensable à une approche individuelle où le médecin du travail assurera un dépistage médical individuel de ces risques.

La France est le pays d'Europe le plus touché par les addictions.

L'état de santé de la population française se caractérise par une des espérances de vie parmi les meilleures du monde et par une mortalité prématurée (décès avant 65 ans) parmi les plus élevées d'Europe. La France se distingue par une proportion élevée de décès ou de maladies liés à la consommation de substances psycho-actives. Le baromètre santé 2010 de l'INPES⁴ souligne que plus du tiers des fumeurs réguliers (36,2%), 9,3% des consommateurs d'alcool et 13,2% des consommateurs de cannabis déclarent avoir augmenté leurs consommations du fait de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours des 12 derniers mois. Or, les politiques de santé et de sécurité au travail n'ont pas identifié l'usage des substances psycho-actives comme un risque spécifique pour l'activité professionnelle, ce sujet suscitant a priori (au minimum) une réticence culturelle marquée (voire un déni ?) des partenaires sociaux à aborder la question des addictions au motif qu'il s'agit d'une question qui relève tout autant de la sphère privée. Or, le travail constituant un déterminant majeur de santé, la problématique de prévention de ce fléau serait que l'entreprise puisse devenir un lieu de promotion de la santé. L'importance de passer d'une logique de contrôle à une réelle logique de prévention est désormais soulignée par de nombreux acteurs. Il s'agit notamment d'assurer un accompagnement des salariés et une sorte de veille permettant de repérer les situations à risque. Il existe cependant un certain nombre d'obstacles à la mise en œuvre de politiques de prévention de l'usage des substances psycho-actives en milieu professionnel :

- la « culture » de certains métiers dans lesquels l'usage de substances addictives est sinon valorisé, tout au moins toléré ;
- le fait que les comportements addictifs relèvent pour une part importante de la sphère privée et non de la sphère professionnelle explique, d'une part, les réticences des partenaires sociaux à aborder cette question et, d'autre part, le refus des salariés d'en parler au médecin du travail, soit parce qu'ils pensent que cette question ne concerne pas leur activité professionnelle, soit parce qu'ils redoutent une décision d'inaptitude ;
- la difficulté pour les médecins du travail à identifier les situations à risque, le plus souvent faute de pouvoir consacrer suffisamment de temps aux visites médicales.

² Pr Mika Kivimäki et al, Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, **Volume 380, Issue 9852**, Pages 1491 - 1497, 27 October 2012

³ Virtanen SV, Notkola V. Socioeconomic inequalities in cardiovascular mortality and the role of work: a register study of Finnish men. *Int J Epidemiol*. Juin 2002;31(3):614-21

⁴ Des substances psycho-actives plus consommées dans certains secteurs de travail. Baromètre santé 2010. INPES 2012.

2. ETRE ATTENTIF A L'EVOLUTION TECHNIQUE ET ORGANISATIONNELLE DU MONDE DU TRAVAIL

L'évolution des techniques de production

Le cas des nanoparticules offre un exemple d'articulations fortes à construire en termes d'analyse et de maîtrise des risques autour de diagnostics et de stratégies partagés et permet de comprendre comment l'entreprise et les différents acteurs prennent en compte (ou pas) et traitent ces risques émergents. Lors du séminaire de l'OMNT de février 2008, la question de l'évaluation de l'exposition aux nanomatériaux a été abordée. Les chercheurs concluaient ainsi : « *On peut résumer l'état des connaissances actuelles en matière d'hygiène et de sécurité des nanoparticules de la façon suivante : on ne sait pas grand-chose de leur toxicité, il n'est pas facile de les mesurer dans les ambiances de travail, mais les moyens techniques existent pour s'en protéger efficacement* ». Par ailleurs, les chercheurs s'interrogeaient également sur la nécessité de prendre en compte les modifications des nanoparticules tout au long de leur cycle de vie.

Le caractère spécifique des nanoparticules a conduit à des difficultés pour faire comprendre aux entreprises qu'elles étaient concernées, qu'elles utilisaient des nanoparticules. La différence d'approche entre les entreprises productrices, très fortement sensibilisées aux risques et les entreprises utilisatrices demeure. S'ajoute à cela des notions d'image qui conduisent certaines entreprises utilisatrices à une forte réticence sur la reconnaissance de cette utilisation. En outre la taille et la nature des entreprises jouent aussi. Comme le rappelle l'INRS, aucune réglementation spécifique ne régit actuellement la manipulation des nanomatériaux qui peut intervenir aux diverses phases de la production. Ce sont des agents chimiques. A ce titre, la réglementation en matière de prévention du risque chimique, prévue par le code du travail, s'applique à eux.

L'évolution des organisations du travail

Le suivi médical des salariés est rendu plus difficile avec le développement de formes d'emplois qui s'écartent du contrat de travail à durée indéterminée. Le télétravail, le travail à domicile, le fonctionnement en entreprise étendue et la mobilité accrue des salariés posent la problématique du suivi longitudinal dans le cas d'éventuelles expositions à des risques à effets différés. C'est tout cela qui renforce l'émiettement du tissu de PME/TPE et les difficultés du suivi de l'état de santé des salariés. Par ailleurs, la problématique du suivi des personnes en recherche d'emploi dont l'état de santé est le plus souvent précaire, n'est pas aujourd'hui prise en compte. Le rapport de l'OIT précité insistait également sur la nature des maladies professionnelles qui changeaient rapidement, soulignait que le nombre croissant de travailleurs occupant des emplois temporaires, occasionnels ou à temps partiel ne faisait pas qu'inciter à accepter des conditions de travail plus dangereuses mais s'opposait également à « *des pratiques adaptées en matière de suivi médical, de surveillance de l'environnement de travail, d'enregistrement et de déclaration des maladies professionnelles, qui sont indispensables à la mise en œuvre effective d'une stratégie de prévention* ». Il faut aussi souligner que ces facteurs impactent la charge de travail des services de santé au travail avec notamment une multiplication des visites d'embauches.

3. VEILLER A CE QUE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE N'AGGRAVE PAS DES PATHOLOGIES PREEXISTANTES

Pour les acteurs de l'approche « santé publique », l'approche santé au travail peut apparaître d'une certaine manière réductrice. Elle offre pourtant un caractère opérationnel qu'il serait dommageable de négliger en diluant toute l'approche de la santé au travail dans une démarche où l'objectif de prévention des risques professionnels passerait au second plan. Le repérage et la prévention des risques liés aux situations de travail constituent une priorité, en liaison, selon les types de risque, avec le développement de nouveaux modes d'organisation du travail. Cependant, le souci de prise en charge globale de la personne atteinte de maladie chronique interroge sur les modalités les plus à même de permettre un parcours cohérent, ce qui suppose une articulation entre les différents acteurs, dans le respect des droits de la personne. Le thème de la polyarthrite rhumatoïde est avant tout une illustration de l'intérêt d'une action précoce et pluridisciplinaire en matière de maintien

dans / en emploi : ce qui vaut pour tous les salariés dont la santé vient à être altérée. Les interactions à développer portent surtout sur le diagnostic et les actions d'accompagnement, voire de réorientation. La problématique de prévention conditionne ici l'effectivité du droit à accéder à l'emploi dès lors que l'aptitude est tributaire de facteurs de santé. S'agissant des maladies chroniques et contrairement aux idées reçues, ces maladies se déclareraient dans près de la moitié des cas chez des personnes toujours en activité professionnelle. Ainsi, on estime actuellement que les maladies chroniques évolutives touchent un salarié sur cinq. Il reste en outre à trouver une articulation entre le médecin traitant et le médecin du travail, dans le respect du secret médical. L'enjeu d'une articulation réussie réside dans une prise en compte efficace de l'ensemble des facteurs qui concourent à l'amélioration la santé au travail, et plus largement et la qualité de vie au travail.

4. UTILISER LE LIEU DE TRAVAIL COMME LIEU DE PROMOTION DE LA SANTE

Lors du 32^{ème} congrès de médecine du travail, le rôle que pourraient avoir les services de santé au travail pour la promotion de la santé face à une population vulnérable et cela tout au long de la vie professionnelle a été souligné. « *Le monde du travail devrait être considéré comme un lieu privilégié pour faire de la prévention et ainsi aborder la santé autrement que par le soin* »⁵. Cette évolution est d'autant plus délicate que le système de santé dans son ensemble a encore tendance à aborder la santé par le soin.

A titre d'illustration, la prévention des maladies cardiovasculaires sur le lieu de travail peut s'exprimer de façons multiples. Un préalable à tout autre mode d'action réside dans l'accomplissement de la mission première des services de santé au travail. En effet, des travaux montrent que le risque cardiovasculaire peut être d'origine professionnelle et mérite d'être inventorié dans un cadre collectif qui intègre notamment l'organisation du travail. Cependant l'utilisation de l'entreprise comme lieu de promotion de la santé permet d'envisager une approche complémentaire où une sensibilisation aux autres facteurs de risques cardiovasculaires notamment ceux portant sur le mode de vie est organisée. C'est un sujet qui doit être mis en débat au sein des CHSCT. L'INPES pourrait ici jouer un rôle, au même titre que ce qu'il réalise pour le cadre scolaire, ce qui éviterait que le financement de cette action de santé publique ne soit supporté que par l'entreprise. Aller plus loin avec notamment la mise en place d'actions de type dépistage nécessite de s'assurer de l'articulation avec le médecin traitant, afin notamment d'éviter toute rupture dans un parcours de soins parfois déjà compliqué. Cela pose également une série de questions d'ordre éthique, déontologique et de continuité dans les prises en charge qu'il convient d'aborder.

Outre les maladies cardiovasculaires, le domaine des addictions, qu'il convient également de traiter avec la prudence qu'impose un risque où des facteurs comportementaux interviennent, permet d'envisager l'entreprise comme lieu de promotion de la santé.

⁵ Paul Frimat, Santé au travail et promotion de la santé, compte rendu : docteur Brigitte BIARDEAU, ACMS, 32e Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Clermont-Ferrand, 5-8 juin 2012

EN CONCLUSION

La santé au travail s'inscrit dans un contexte particulier. Historiquement, elle a privilégié la prévention et la réparation des accidents du travail au détriment des maladies professionnelles en raison de la plus grande difficulté à caractériser la maladie professionnelle (lien de causalité entre l'activité et la pathologie, nature du risque, durée d'exposition, nature et date d'apparition des symptômes), d'où un décalage entre l'apparition des maladies et leur reconnaissance comme maladies professionnelles. La tension entre les impératifs de santé au travail et les impératifs économiques (cas extrême de l'amiante) peut également expliquer les choix réalisés pour prioriser les actions en santé au travail.

L'ensemble de ces constats ne doit pas faire oublier que les conséquences du chômage sur la santé des individus sont loin d'être négligeables et que cette problématique mérite également d'être investiguée.

Insuffler une approche « santé publique » en milieu professionnel peut donc être bénéfique pour la santé au travail mais sous réserve d'un souci constant de garder comme prioritaire la prévention des risques professionnels mais aussi la connaissance, la reconnaissance et la prévention des maladies professionnelles en développant notamment des systèmes d'information adaptés.

Dès lors, au-delà des questions d'articulation entre santé au travail et santé publique, les questions d'articulation entre médecin traitant et médecin du travail, dans le respect du secret médical, apparaissent primordiales dans une logique de parcours de soins voire de parcours de vie.

La stratégie de santé nationale, le futur plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les toxicomanies, le Plan national de santé au travail 3 et la révision de la loi de santé publique sont autant de vecteurs potentiels d'une meilleure articulation entre santé au travail et santé publique.

Enfin, la mission tient à souligner la nécessité d'une mise en cohérence de l'action des pouvoirs publics au niveau national et local, et insiste sur l'importance d'intégrer la santé au travail au sein des Projets Régionaux de Santé (PRS) tout en articulant ces derniers avec les Plans Régionaux de Santé au Travail (PRST). La pluralité des acteurs peut être source de dysfonctionnements même si des collaborations ponctuelles s'instaurent entre eux.

Les recommandations de la mission sont les suivantes :

- le sujet de l'entreprise comme lieu de promotion de la santé devrait pouvoir être débattu dans le cadre des CHSCT ;
- la santé au travail devrait être identifiée parmi les priorités de la future Stratégie nationale de santé et des plans de santé publique.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| SYNTHESE..... | 3 |
| 1. MIEUX APPREHENDER L'IMPACT DES CONDITIONS DE TRAVAIL SUR LA SANTE | 3 |
| 2. ETRE ATTENTIF A L'EVOLUTION TECHNIQUE ET ORGANISATIONNELLE DU MONDE DU TRAVAIL | 5 |
| 3. VEILLER A CE QUE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE N'AGGRAVE PAS DES PATHOLOGIES PREEXISTANTES..... | 5 |
| 4. UTILISER LE LIEU DE TRAVAIL COMME LIEU DE PROMOTION DE LA SANTE | 6 |
| RAPPORT..... | 13 |
| 1. LA PREVENTION : UNE PRIORITE COMMUNE AFFICHEE PAR LA SANTE AU TRAVAIL ET LA SANTE PUBLIQUE | 15 |
| 1.1 L'importance de la prévention des risques sanitaires dans le milieu du travail est affirmée depuis de nombreuses années mais n'est pas encore une réalité | 15 |
| 1.2 Mieux connaître les maladies professionnelles, favoriser leur déclaration, savoir les reconnaître en développant la surveillance, l'alerte et la recherche apparaissent aujourd'hui des enjeux incontournables et partagés..... | 16 |
| 1.2.1 L'amélioration de la prévention et de la prise en charge des maladies professionnelles font de la lutte contre leur sous-déclaration un enjeu partagé mais les leviers actuels sont insuffisants | 16 |
| 1.2.2 L'amélioration des systèmes de veille et d'alerte constitue un enjeu fort et une priorité désormais partagée par de nombreux acteurs | 19 |
| 1.2.3 Le développement de la recherche..... | 20 |
| 1.3 Les logiques de gestion du risque AT/MP et de développement de la prévention dans le cadre de la santé au travail ne sont pas superposées et probablement pas superposables | 21 |
| 1.4 La décision de déclaration d'une maladie peut s'avérer délicate pour le salarié et pose la question du maintien en emploi..... | 21 |
| 1.5 Des enjeux majeurs de santé publique, dont l'impact est reconnu sur les risques professionnels, ne constituent pourtant pas des enjeux forts pour la santé au travail | 22 |
| 1.6 Une synergie entre acteurs nationaux et internationaux pour faire face à un risque identifié comme émergent et potentiellement dangereux..... | 23 |
| 2 UN CHOIX DE THEMATIQUES QUI PEUT PARAITRE PARADOXAL MAIS RETENUES POUR LEUR CARACTERE ILLUSTRATIF..... | 23 |
| 2.1 Certaines thématiques constituent des priorités majeures de la santé au travail et n'ont pourtant pas été retenues par la mission..... | 23 |
| 2.2 Santé au travail et maladies cardiovasculaires..... | 24 |
| 2.2.1 Des données épidémiologiques qui expliquent que la prévention des maladies cardiovasculaires constitue un enjeu de santé publique et de société..... | 24 |
| 2.2.2 Prévenir les maladies cardiovasculaires liées aux risques professionnels est un préalable à toute éventuelle campagne plus générale de prévention sur les risques cardiovasculaires en entreprise..... | 25 |
| 2.2.3 Les actions de promotion et d'information sur la santé sur le lieu de travail peuvent présenter un intérêt certain si elles ne sont pas réalisées au détriment des missions des services de santé au travail..... | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.4 Des contradictions intrinsèques : en prenant toutes les précautions nécessaires pour protéger les salariés, l'entreprise pourrait aller plus loin dans la prévention des MCV en allant jusqu'à proposer des dépistages..... | 33 |
| 2.3 Santé au travail et polyarthrite rhumatoïde..... | 34 |
| 2.3.1 Une maladie chronique évolutive dont les recommandations de prise en charge englobent pour partie les stratégies professionnelles..... | 34 |
| 2.3.2 L'articulation des différents acteurs qui interviennent auprès des malades et en premier lieu du médecin traitant et du médecin du travail s'avère complexe | 42 |
| 2.4 Addictions et santé au travail..... | 44 |
| 2.4.1 Les addictions ont bien été identifiées comme un sujet majeur de santé publique..... | 45 |
| 2.4.2 La lutte contre l'usage de substances psycho-actives fait l'objet d'un encadrement législatif et réglementaire très précis, complété par la mise en œuvre de plans pluriannuels. | 48 |
| 2.4.3 La spécificité du milieu professionnel a mal été prise en compte dans les politiques de prévention et de lutte contre l'usage des substances psycho-actives..... | 49 |
| 2.4.4 L'ampleur des phénomènes d'addictions en entreprise est mal connue | 56 |
| 2.4.5 Les pistes de progrès pour le développement des politiques de prévention de l'usage de substances psycho-actives en entreprises..... | 58 |
| 2.5 Nanomatériaux et santé au travail..... | 60 |
| 2.5.1 Un risque émergent perçu par de nombreux acteurs | 60 |
| 2.5.2 Un champ d'investigation particulièrement large alors même que la caractérisation des nanomatériaux reste un problème..... | 62 |
| 2.5.3 Des méthodes de mesure à adapter, des travaux à poursuivre sur la toxicité, une surveillance à organiser et à articuler avec la recherche..... | 64 |
| 2.5.4 Un risque jugé encore comme non avéré mais dont la présomption a conduit à des mesures concrètes de gestion des risques et à des évolutions législatives et normatives..... | 66 |
| 2.5.5 Le débat public sur les nanotechnologies a exporté dans le domaine de la santé publique un champ initialement investi par la santé au travail..... | 69 |
| 3 CONCLUSION..... | 70 |
| LISTE DES PERSONNES RENCONTREES..... | 73 |
| ANNEXE 1 DONNEES RECENTES SUR L'EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES..... | 75 |
| ANNEXE 2 OBJECTIFS DE LA LOI DE SANTE PUBLIQUE SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES..... | 77 |
| ANNEXE 3 PLAN D'ACTION NATIONAL AVC 2010-2014..... | 79 |
| ANNEXE 4 MECANISMES LESIONNELS ET FACTEURS INTERVENANT DANS LE DEVELOPPEMENT DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE..... | 80 |
| ANNEXE 5 TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE..... | 82 |
| ANNEXE 6 AIDES DONT PEUT BENEFICIER LE TRAVAILLEUR HANDICAPE | 84 |
| ANNEXE 7 LES ACTEURS IMPLIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LE HANDICAP | 86 |
| ANNEXE 8 DEFINITION DE L'ADDICTION: | 92 |

| | |
|--|-----|
| ANNEXE 9 L'ANALYSE DES COMPORTEMENTS ADDICTIFS DANS LE BAROMETRE SANTE 2010..... | 96 |
| ANNEXE 10 LA REGLEMENTATION DE L'USAGE DU TABAC, DE L'ALCOOL ET DES DROGUES ILLICITES..... | 100 |
| ANNEXE 11 LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS DANS LOI DE SANTE PUBLIQUE ET LES PLANS PLURIANNUELS..... | 110 |
| SIGLES | 123 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 126 |

RAPPORT

L'IGAS a inscrit à son programme de travail 2012-2014 une mission portant sur la santé au travail. Elle visait, à partir de pathologies dites « traçantes », à identifier les interactions entre santé au travail, santé publique et santé environnementale.

La présente mission, rattachée au programme de travail de l'IGAS, s'inscrit dans une logique du même type. Elle a pour objectifs de dresser un panorama de quelques thématiques susceptibles de faire progresser l'articulation entre les différentes approches qui concourent à la santé des personnes au travail.

Cette mission ne concerne que la santé au travail des salariés du secteur privé. Anne-Carole Bensadon et Philippe Barbezieux, membres de l'IGAS, ont été missionnés pour effectuer ces travaux pour lesquels ils ont bénéficié de l'aide de François-Olivier Champs, stagiaire à l'IGAS.

Certaines des thématiques présentées dans ce rapport devront être approfondies dans le cadre d'une mission ultérieure. En effet à ce stade, la mission demeure exploratoire et n'a travaillé qu'à partir d'une analyse de la littérature et d'entretiens principalement institutionnels à ce stade,

Cet approfondissement ultérieur intégrerait en particulier les entretiens avec des représentants de salariés et des employeurs, non prévus dans cette première mission, ainsi qu'avec les directions concernées d'autres ministères que ceux respectivement des affaires sociales et de la santé ainsi que celui du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, celui de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, celui de l'agriculture, de l'alimentaire et de la forêt. Il prendrait en compte les travaux portant sur des thèmes connexes retenus dans le cadre de la première conférence sociale. Il supposerait notamment des rencontres avec les sociétés savantes concernées, les représentants des médecins du travail, des médecins de santé publique, des médecins de ville. Cette mission d'approfondissement nécessiterait également des visites de services de santé au travail, des services universitaires spécialisés en médecine professionnelle et des services de soins de suite et de réadaptation. Une analyse internationale avec visites dans deux ou trois pays choisis en fonction de la ou des thématiques retenues serait également réalisée. Outre les salariés et les entreprises, la santé au travail constitue une préoccupation partagée par différents acteurs institutionnels qui se traduit notamment dans plusieurs plans d'actions pilotés par l'Etat.

L'élaboration du nouveau plan santé au travail (PST), devant être mis en œuvre à l'issue du plan 2010-2014, constitue un temps fort à prendre en compte. Elle amène les acteurs à s'interroger sur les priorités préalablement retenues, sur la pertinence d'un resserrement de ces priorités et les modalités d'articulation entre priorités nationales et régionales.

L'évaluation du plan national santé environnement (PNSE) 2009-2013 est en cours afin d'élaborer un troisième plan. Parmi les douze mesures phares du PNSE 2 figure une mesure visant à « *Expérimenter un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles dans quatre régions* ». Plus généralement, le thème de la santé au travail apparaît dans de nombreuses fiches action du plan notamment « *Réviser la valeur limite d'exposition en milieu professionnel (VLEP) afin d'intégrer les fibres fines d'amiante (FFA)* ». Une fiche action est consacrée à la réduction de l'exposition aux substances ayant un effet cancérigène mutagène ou reprotoxique (CMR) en milieu de travail. Une autre action concerne l'amélioration de la santé et du confort des usagers et des travailleurs des transports et cette description n'est pas exhaustive.

La loi relative à l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, publiée au journal officiel du 17 avril 2013, constitue une autre illustration de la prise en compte des interactions entre santé et travail. Elle précise notamment que *"toute personne physique ou morale a le droit de rendre publique ou de diffuser de bonne foi une information concernant un fait, une donnée ou une action, dès lors que la méconnaissance de ce fait, de cette donnée ou de cette action lui paraît faire peser un risque grave sur la santé publique ou sur l'environnement. L'information qu'elle rend publique ou diffuse doit s'abstenir de toute imputation diffamatoire ou injurieuse"*. Cette loi prévoit également la protection de ces lanceurs d'alerte.

La Conférence environnementale qui s'est tenue les 14 et 15 septembre 2012, comportait cinq tables rondes dont une, animée conjointement par la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre délégué auprès du ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, chargé de l'agroalimentaire, consacrée à la prévention des risques sanitaires environnementaux.

A l'issue de cette conférence, la feuille de route pour la transition écologique dresse le constat qu'« *il est nécessaire d'avoir une approche large et intégrée de la santé-environnement, avec un portage interministériel, et en prenant en compte la dimension santé au travail (normes parfois différentes, multi expositions, etc....) et en articulation avec la stratégie nationale de santé.* »

En conséquence le programme de travail défini par la feuille de route sur ce sujet prévoit que : « *Afin de renforcer la bonne articulation entre les politiques menées dans le cadre de la santé publique, de la santé environnementale et de la santé au travail, la mise en cohérence des réglementations environnement/santé publique/santé des travailleurs et de leurs conditions d'application sera renforcée. Par souci d'une meilleure efficacité et d'une meilleure lisibilité, l'articulation et la co-construction entre les différents plans en cours seront renforcées. Le volet environnemental du plan cancer sera renforcé* ». Le séminaire gouvernemental du 4 décembre 2012 a précisé les conditions de mise en œuvre du programme de travail et a débouché sur l'envoi aux ministres le 23 janvier 2013 de lettres de cadrages pour la transition écologique pour l'année 2013.

Enfin, la stratégie nationale de santé vise à réorganiser le système de santé en organisant une véritable continuité entre la prévention, les soins et l'accompagnement autour de la personne et de ses besoins. Elle prévoit une médecine dite de parcours. « *Il faut donc cesser de concevoir la médecine comme une succession d'actes ponctuels et créer ce que nous appelons une médecine de parcours, une médecine de parcours qui repose sur la coopération des professionnels, de tous les professionnels et l'implication aussi des patients. Concrètement, mettre en place une médecine de parcours et organiser le parcours de soins, cela signifie que ce n'est pas au patient de coordonner lui-même la série d'actes ou d'interventions dont il a besoin. Cela signifie que les professionnels de premiers recours articulent leurs interventions et qu'ils se communiquent des informations nécessaires à la continuité des soins* ».

Il est également rappelé que la politique sanitaire ne se résume pas à l'offre de soins et que l'état de santé d'une population dépend aussi de la prévention des maladies et de l'éducation à la santé.

Cette démarche interroge légitimement sur la place des services de santé au travail (en tant que pluridisciplinaires) et du médecin du travail dans un tel schéma. Cela suppose notamment une coopération des professionnels et une articulation des acteurs qui mettent en œuvre des politiques susceptibles d'impacter la santé. Le rôle des patients et plus généralement des usagers du système de santé, pris au sens le plus large, mérite également d'être appréhendé, dans ses dimensions individuelles et collectives.

C'est à partir de quatre illustrations concrètes portant sur santé au travail et maladies cardiovasculaires, santé au travail et polyarthrite rhumatoïde, santé au travail et addictions et santé au travail et nanoparticules que la mission a choisi d'effectuer cette analyse.

1. LA PREVENTION : UNE PRIORITE COMMUNE AFFICHEE PAR LA SANTE AU TRAVAIL ET LA SANTE PUBLIQUE

1.1 L'importance de la prévention des risques sanitaires dans le milieu du travail est affirmée depuis de nombreuses années mais n'est pas encore une réalité

Le rapport IGAS sur la prévention sanitaire en milieu de travail⁶ évoquait déjà « l'arrivée massive et permanente de nouveaux process, de nouvelles organisations du travail, de nouveaux produits et de la tertiarisation de l'économie » comme des facteurs de modification permanente de la nature et de la gravité des risques auxquels sont exposés les salariés. Il insistait sur la mobilité croissante des trajectoires professionnelles, le caractère diffus et différé de certains risques et l'invisibilité du risque sanitaire en milieu de travail. Il évoquait une prévention alors essentiellement centrée sur le contrôle médical et l'aptitude au travail du salarié : « les médecins du travail consacrent l'essentiel de leur temps aux visites obligatoires en vertu de la réglementation : visite à l'embauche, visite de reprise après un arrêt de travail et visite annuelle au terme desquelles le praticien délivre un certificat d'aptitude ou le cas échéant propose le reclassement du salarié. »

La réforme de la santé au travail⁷ a conduit à une évolution des acteurs de la santé au travail avec le développement d'une pluridisciplinarité des services de santé au travail (SST) et un élargissement du rôle du médecin du travail. Les médecins du travail :

« 1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;

3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;

4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. »

Cette évolution témoigne de la volonté de renforcer la prévention. Si une évaluation de la loi est prévue, de nombreux acteurs doutent déjà de la capacité effective des médecins du travail à assurer toutes ces missions, compte tenu de leur temps disponible, en particulier dans les petites et moyennes entreprises (PME).

Toutefois, au-delà des questions de moyens, un tel changement de paradigme où la prévention passe avant la réparation dans l'ordre des priorités demande nécessairement du temps.

⁶ La prévention sanitaire en milieu de travail, rapport IGAS, février 2003.

⁷ Loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

1.2 Mieux connaître les maladies professionnelles, favoriser leur déclaration, savoir les reconnaître en développant la surveillance, l'alerte et la recherche apparaissent aujourd'hui des enjeux incontournables et partagés

1.2.1 L'amélioration de la prévention et de la prise en charge des maladies professionnelles font de la lutte contre leur sous-déclaration un enjeu partagé mais les leviers actuels sont insuffisants

Des progrès importants ont été réalisés en matière de déclaration des maladies professionnelles mais beaucoup reste à faire.

Le rapport du Sénat de novembre 2011⁸ soulignait que la sous-déclaration des maladies professionnelles résultait pour une large part du manque d'information des victimes, qui ne connaissent pas toujours la nocivité des produits qu'elles manipulent ni leurs droits au regard de la sécurité sociale. Le rapport IGAS sur l'évaluation de la COG AT/ MP 2009-2012⁹ insistait également sur les sous-déclarations des maladies professionnelles. Il notait que cette sous-déclaration résultait de la méconnaissance ou de la réticence des victimes, pouvant trouver son origine soit dans le manque d'information des salariés (mais aussi de leur médecin traitant) soit dans la crainte de ces derniers que la déclaration d'une maladie professionnelle vienne compromettre leur avenir au sein de l'entreprise (en cas de déclaration d'inaptitude notamment).

Le rapport précité du Sénat insistait de même sur la crainte des salariés : « *Un salarié peut également s'abstenir de déclarer une maladie professionnelle par crainte de perdre son emploi* ». Il mettait en outre en avant la complexité des démarches de reconnaissance et le caractère forfaitaire de la réparation offerte par la branche AT-MP qui pouvaient conduire certaines victimes à estimer qu'il est préférable, sur le plan financier, d'emprunter une autre voie d'indemnisation.

Le rapport évoquait enfin l'insuffisance de formation et d'information des médecins de ville et des médecins hospitaliers dans ces domaines. Il précisait qu'ils avaient « *rarement le réflexe de s'interroger sur l'éventuelle origine professionnelle d'une pathologie, surtout si celle-ci est multifactorielle, c'est-à-dire susceptible de résulter à la fois de facteurs professionnels et personnels* ».

A ce titre, les données recueillies en région Centre sur la non-déclaration des maladies professionnelles permettent d'illustrer ces propos¹⁰. En effet, lors des quinzaines 2011¹¹ portant sur la surveillance des maladies à caractère professionnel¹², 738 pathologies ont été déclarées aux médecins du travail dont 283 (38,3%) remplissaient tous les critères d'un tableau de maladie professionnelle. Sur ces 283 pathologies, 84,1% n'ont pas fait l'objet de déclaration et n'ont donc pas donné lieu à une indemnisation de la part de l'assurance maladie. Les raisons évoquées pour expliquer ce fait sont, dans 29,0% des cas un bilan diagnostique insuffisant, pour 28,2% le refus de

⁸ Accidents du travail et maladies professionnelles, Rapport n° 74 (2011-2012) de M. Jean-Pierre GODEFROY au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 2 novembre 2011

⁹ Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général - Préconisations en vue de sa prorogation puis de son renouvellement, Rapport IGAS, avril 2013

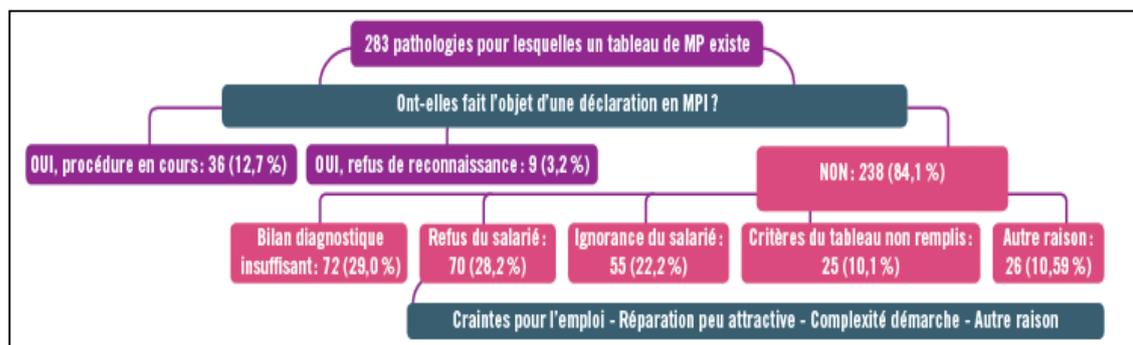
¹⁰ ORS Centre, DIRECCTE Centre, InVS. Surveillance des maladies à caractère professionnel en région Centre. 2011. Disponible sur : http://direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_MCP_2011_Centre.pdf

¹¹ Programme réalisé au cours de deux quinzaines par an au cours desquelles des médecins du travail volontaires s'engagent à signaler toutes les maladies à caractère professionnel rencontrées lors des consultations.

¹² A la différence d'une maladie professionnelle, une maladie à caractère professionnel est définie par l'InVS comme toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle et qui n'entre pas dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles indemnifiables.

déclaration par le salarié et dans 22,2% l'ignorance du salarié quant à la possibilité d'une reconnaissance de sa pathologie. Dans le cas d'un refus du salarié, ont été citées comme raisons principales : la crainte pour l'emploi (44,4%) et la réparation jugée peu attractive (25,0%).

Schéma 1 : Non déclaration des pathologies en maladies professionnelles en région Centre



Source : Extrait de la plaquette : Surveillance des maladies à caractère professionnel en région Centre en 2011.

Le rapport de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur la prévention des maladies professionnelles¹³ estimait que comparées aux accidents industriels, les maladies professionnelles ou liées au travail restaient pratiquement invisibles, même si elles tuaient six fois plus de personnes dans le monde tous les ans. Il notait toutefois les progrès importants accomplis pour répondre aux maladies professionnelles et précisait : « Dans le cadre d'une collaboration entre les pouvoirs publics et les organisations d'employeurs et de travailleurs, la lutte contre cette épidémie cachée devra occuper une place de premier plan dans les futurs programmes mondiaux et nationaux en faveur de la sécurité et de la santé au travail ».

Le rapport de l'OIT insistait également sur la nature des maladies professionnelles qui changeaient rapidement : « ajoutées à la conjoncture économique mondiale, les évolutions technologiques et sociales aggravent des risques sanitaires déjà identifiés et en génèrent de nouveaux. » Il précisait notamment que le nombre croissant de travailleurs occupant des emplois temporaires, occasionnels ou à temps partiel ne faisait pas qu'inciter à accepter des conditions de travail plus dangereuses mais s'opposait également à « des pratiques adaptées en matière de suivi médical, de surveillance de l'environnement de travail, d'enregistrement et de déclaration des maladies professionnelles, qui sont indispensables à la mise en œuvre effective d'une stratégie de prévention ».

A titre d'illustration, sur le sujet des travailleurs intérimaires, une expérimentation sociale en région Centre¹⁴, datant de 2008 et visant à améliorer le suivi médical au travail et ainsi réduire les inégalités de santé de ces travailleurs, a permis de formuler les observations suivantes :

- « Il existe des difficultés d'accès aux prestations sociales en raison du statut d'intérimaire. L'offre des prestations sociales de droit commun est souvent inadaptée pour une population à la frontière de l'insertion et de l'emploi ».

¹³ La prévention des maladies professionnelles, journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, 28 avril 2013, OIT

¹⁴ DIRECCTE Centre. Le suivi médical au travail des intérimaires : une expérimentation sociale en région Centre. Novembre 2011. Disponible sur : http://www.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_Suivi_medical_Interimaires-2.pdf

- « *Il est difficile d'organiser une continuité du suivi médical au travail des intérimaires* ».
- « *L'offre de service d'un accompagnement social de proximité, [possibilité offerte au salarié de rencontrer une assistante sociale au moment de la visite médicale] est un dispositif qui a montré sa pertinence. La mise en synergie de l'action des médecins du travail, de l'assistante sociale, des ressources humaines des entreprises de travail temporaires, via notamment les services FASTT [Fonds d'action sociale du travail temporaire], est une piste d'amélioration qui vient nourrir la réflexion sur les moyens de lutter contre la désinsertion professionnelle* ».

La nature des systèmes d'information disponibles et des modalités d'exploitation des données auront également un impact déterminant sur la mise en œuvre de stratégies efficaces de prévention. L'amélioration du niveau de déclaration des maladies professionnelles constitue un enjeu majeur et l'exploitation des données concernant les maladies professionnelles également. Le rapport IGAS sur les contrôles de sections d'inspection du travail¹⁵ notait que les déclarations de maladies professionnelles n'étaient exploitées que de façon fragmentaire par le système d'inspection. Les recommandations portaient sur l'élaboration et la diffusion d'une méthodologie d'exploitation des déclarations de maladies professionnelles, à visée préventive, en articulant l'intervention entre les agents de contrôle, les médecins inspecteurs régionaux et l'équipe pluridisciplinaire régionale. Cette analyse était partagée par la Direction générale du travail.

Outre la sous-déclaration des maladies professionnelles, la sous-reconnaissance de maladies professionnelles fait question. Le rapport précité du Sénat considère cette problématique comme de plus grande ampleur que celle de la sous-déclaration. Ce rapport invitait toutefois à une certaine prudence compte tenu des méthodologies et des hypothèses complexes à mobiliser.

La mission a choisi d'illustrer ces problématiques au travers de la prévention des maladies cardiovasculaires. Cette thématique peut sembler peu adaptée du fait du faible nombre de maladies professionnelles correspondant à des maladies cardiovasculaires. Les logiques assurantielles diffèrent ici des logiques de santé publique.

Même si les facteurs de risque principalement décrits ne relèvent pas de risques professionnels, la connaissance et la prévention des risques en milieu de travail qui favorisent le développement des maladies cardiovasculaires apparaissent primordiales. En particulier plusieurs articles scientifiques viennent étayer des liens entre certaines maladies cardiovasculaires et certaines conditions de travail (stress, travail de nuit, horaires postés..).

Le repérage et la prévention des risques liés aux situations de travail constituent une priorité, en liaison, selon les types de risque, avec le développement de nouveaux modes d'organisation du travail. Dans ce contexte, le document unique d'évaluation des risques et sa démarche d'élaboration constituent des atouts potentiels.

¹⁵ Contrôle de sections d'inspection du travail, Rapport IGAS, juin 2012

1.2.2 L'amélioration des systèmes de veille et d'alerte constitue un enjeu fort et une priorité désormais partagée par de nombreux acteurs

1.2.2.1 Le réseau RNV3P

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) contribue à la connaissance des risques professionnels notamment émergents (nanoparticules, pesticides, perturbateurs endocriniens, champs magnétiques,...), via le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), mais également via ses actions d'évaluation des risques. Elle apporte des connaissances scientifiques utiles à l'élaboration de la réglementation nationale et européenne, élabore des valeurs de référence pour protéger les travailleurs et a également une mission de programmation et soutien à la recherche.

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) est un réseau de vigilance et de prévention en santé au travail qui regroupe les 32 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) de France métropolitaine et un échantillon de services de santé au travail associés au réseau (SST). Ce réseau a pour vocation de rassembler les données de chaque consultation au sein d'une base pérenne de données nationales sur les pathologies professionnelles (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession). Il revient aux hospitalo-universitaires experts du réseau d'investiguer les pathologies et de faire le lien, le cas échéant, avec l'origine professionnelle (cette imputabilité « expert » est également enregistrée au sein de la base).

Les objectifs principaux du RNV3P sont :

- L'amélioration et l'harmonisation des pratiques de diagnostic des pathologies liées au travail et à l'environnement ;
- Le repérage de risques émergents ou ré-émergents en santé au travail ;
- Le repérage et la description de situations professionnelles à risque sanitaire en France ; prévention.

Le RNV3P a également pour vocation :

- D'être une plateforme d'échange entre cliniciens et autres professionnels de la santé au travail ;
- D'aider à définir des actions prioritaires régionales ou nationales ;
- De guider les choix en matière d'évaluation des risques, de prévention et de susciter des travaux de recherche.

1.2.2.2 Les Groupes d'alerte en santé travail (GAST)

Les GAST sont chargés d'organiser localement la réponse aux signalements d'événements sanitaires inhabituels en milieu professionnel. Le Département Santé Travail de l'InVS a contribué à leur développement. Les GAST s'articulent avec les plateformes uniques régionales d'alertes sanitaires placées au sein des Agences Régionales de Santé.

Déploiement du GAST : un dispositif d'alerte en santé travail.

Département santé travail

Avril 2013

Afin d'améliorer la coordination et le traitement des signalements, par des acteurs de terrain (médecin du travail, syndicat, association...) d'événements sanitaires inhabituels en milieu professionnel, l'InVS a initié en 2008 un nouveau dispositif d'alerte : le Groupe d'alerte en santé travail (GAST). Sont considérés comme événements sanitaires inhabituels les cas groupés d'une même maladie ou d'une exposition inhabituelle. Expérimenté en région Aquitaine, le GAST s'articule avec les plateformes régionales de veille et d'urgences sanitaires des ARS. Coordonné par la Cire (cellule de l'InVS en région) et le référent national de l'Institut en santé-travail, il regroupe les interlocuteurs régionaux concernés par les risques professionnels : Inspection médicale du travail de la DIRECCTE (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), consultation de pathologie professionnelle du centre hospitalier, centre antipoison...

Outre une meilleure information des acteurs locaux, le GAST qui apporte une expertise pluridisciplinaire, permet de donner une réponse rapide et concertée à tout signalement. Cette expertise permet avant tout une évaluation du signalement, qui peut mener si nécessaire à une enquête épidémiologique, qui sera alors réalisée par la Cire. Le GAST de par sa composition, est légitime à émettre des recommandations en matière d'investigations, de prévention, ou de surveillance.

Compte tenu du bilan positif de l'expérimentation en Aquitaine, les GAST ont progressivement été déployés dans d'autres régions :

En 2011, Languedoc-Roussillon, Pays de Loire, Auvergne et Midi-Pyrénées.

En 2012 : Lorraine, Centre, Nord-Pas-de-Calais.

En 2013 : Basse-Normandie, Bourgogne.

1.2.3 Le développement de la recherche

De même que le développement de la surveillance et de l'alerte dans le domaine des maladies professionnelles est apparu incontournable, le plan santé au travail 2 inscrit la structuration et le développement de la recherche publique en santé au travail dans la suite logique du PST1 et en cohérence avec l'ensemble des plans de santé publique ainsi que l'indique le Comité permanent du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT)¹⁶.

¹⁶ La recherche en Santé-Travail, premier état des lieux, des centres, des programmes et des équipes de recherche, Comité permanent du COCT, 21 novembre 2011

Le COCT a été en mesure d'établir un panorama non encore exhaustif de la recherche en France et en Europe sur la santé au travail destiné à alimenter le débat entre acteurs sociétaux et acteurs de la recherche sur les tendances, les priorités et les orientations de la recherche en santé au travail.

1.3 Les logiques de gestion du risque AT/MP et de développement de la prévention dans le cadre de la santé au travail ne sont pas superposées et probablement pas superposables

Le système actuel de réparation-tarification conduit logiquement la CNAMTS AT MP à adopter une logique centrée sur la sinistralité. La CNAMTS AT- MP, dont l'action est clairement différenciée de celle de la branche maladie de la CNAMTS à quelques exceptions près¹⁷, tente de prioriser les actions portant sur les sinistres les plus fréquents et/ou les plus graves. C'est du reste dans ce sens que va la Cour des Comptes tout en insistant notamment sur la nécessité de disposer d'outils statistiques adaptés. Le rapport public annuel de la Cour des Comptes 2013¹⁸ soulignait les faiblesses de la politique de prévention du régime général de sécurité sociale. Les critiques apportées par la Cour dans le rapport 2013 se plaçaient dans la continuité d'un précédent rapport¹⁹ en soulignant le manque d'objectivité des choix de prévention du fait notamment des outils statistiques utilisés : « *les multiples outils statistiques utilisés par la branche ne permettent pas d'asseoir le choix des priorités de prévention sur des fondements incontestables* ». La Cour des Comptes constatait l'absence de hiérarchisation entre risques graves mais peu fréquents et risques moins graves mais très fréquents d'autre part. Par ailleurs, et en se basant sur des données de la CNAMTS de 2010, elle soulignait : « *si les accidents du travail sont les plus nombreux, l'enjeu financier qu'ils représentent est en moyenne plus restreint. La situation inverse est constatée pour les maladies professionnelles* ». La Cour des Comptes insistait sur la nécessité de considérer la prévention en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles comme un investissement, la prévention devant reposer sur des analyses objectives et méthodologiquement aussi rigoureuses que possible. Elle notait que la branche AT-MP de la CNAMTS devait relever un triple défi :

« définir les critères qui, au-delà des arbitrages politiques et sociaux, la conduisent à retenir certaines priorités et par là même à en écarter d'autres ;

– veiller au bon ciblage de ses moyens tant financiers qu'humains en fonction de la cartographie des risques, des secteurs et des zones reconnus comme prioritaires ;

– s'assurer que la réalisation de ses programmes d'action produit bien les résultats attendus sur la sinistralité qui subit l'influence de nombreux autres facteurs ».

1.4 La décision de déclaration d'une maladie peut s'avérer délicate pour le salarié et pose la question du maintien en emploi

La question du maintien dans l'emploi de salariés présentant des pathologies professionnelles constitue une thématique bien connue des acteurs de la santé au travail. Les évolutions démographiques et les progrès médicaux font de la prise en charge et de l'accompagnement des malades chroniques un enjeu majeur de santé publique mais plus généralement, il s'agit là d'un sujet de société.

Pour les malades chroniques, cette question du moment pertinent pour effectuer une déclaration de maladie professionnelle et des décisions de maintien en emploi qui peuvent en résulter se pose de

¹⁷ Nous reviendrons ultérieurement sur ces points dans ce rapport

¹⁸ Les accidents du travail/Maladies professionnelles : les faiblesses de la politique de prévention du régime général de sécurité sociale, Rapport public annuel 2013, Cour des Comptes

¹⁹ La gestion du risque des accidents du travail et risques professionnels, Rapport public thématique, Cour des Comptes, février 2002

façon aigüe, avec des réponses apportées au cas par cas, en dehors du stade où cette pathologie conduit à la reconnaissance d'un statut de travailleur handicapé.

Les personnes atteintes de maladie chronique connaissent des évolutions dans l'histoire de leur maladie qui les conduisent souvent à s'interroger sur la conduite à tenir face à leur employeur et/ou au médecin du travail.

Au-delà de la prise en compte de la situation des malades chroniques, le vieillissement de la population active conjugué avec l'intensification du travail illustre la nécessité d'une révision des pratiques. Cela apparaît indispensable pour permettre d'anticiper les conséquences de ces évolutions.

Pour le malade chronique, cette décision sera notamment influencée par le type de travail, le risque ressenti de discrimination liée à la maladie sur le milieu de travail. Elle intégrera également les risques d'accidents sur le lieu de travail liés à la maladie avec notamment des questions liées aux aménagements de postes pour favoriser le maintien en emploi d'une population vieillissante, à l'assurabilité en cas d'accident survenu dans un poste à risque et lié à la pathologie si la maladie est connue mais non déclarée.

Ces questions se posent avec une acuité variable selon le stade de la maladie et selon les différentes étapes de sa vie au travail (embauche par exemple), selon les formes d'emploi, types de contrats de travail et type de travail. Pour les employeurs et les médecins du travail, se posent les questions de garantie de la sécurité du salarié et en corollaire pour le médecin du travail, celle de son aptitude, de la capacité à maintenir le salarié dans l'emploi, à l'accompagner tout au long de la maladie en tenant compte des effets de l'activité professionnelle sur l'évolution de la maladie et de l'adaptation avec l'accord du salarié, du poste de travail.

Le souci de prise en charge globale de la personne atteinte de maladie chronique interroge sur les modalités les plus à même de permettre un parcours cohérent, ce qui suppose une articulation entre les différents acteurs, dans le respect des droits de la personne. L'illustration au travers de personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde devrait permettre de mieux comprendre les mécanismes qui entrent en jeu et d'appréhender le positionnement des différents acteurs.

1.5 Des enjeux majeurs de santé publique, dont l'impact est reconnu sur les risques professionnels, ne constituent pourtant pas des enjeux forts pour la santé au travail

La prévention des addictions à l'alcool, à certaines drogues ou aux psychotropes constitue un enjeu majeur de santé publique. Il est également reconnu comme tel, du moins au travers des textes juridiques, pour les équipes de santé au travail. Ainsi, l'article 1er de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail identifie explicitement la prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail comme une mission des services de santé au travail. Toutes les entreprises sont concernées avec un risque amplifié et qui percute de façon plus directe les questions de responsabilité de l'employeur et de sécurité au travail pour certains métiers (risques routiers notamment).

En outre, mais de façon plus marginale, les situations de travail peuvent être source d'addiction.

Les questions d'articulation entre détection précoce de comportements addictifs, dépistage, respect de la vie privée se posent. Elles montrent la difficulté de trouver des modalités efficaces de prévention, en particulier quand les consommations ne se font pas sur le lieu de travail et soulignent l'intérêt d'articulation à rechercher entre médecin du travail et médecin traitant, toujours dans le respect des droits du malade.

1.6 Une synergie entre acteurs nationaux et internationaux pour faire face à un risque identifié comme émergent et potentiellement dangereux

Le temps de latence entre « exposition et apparition des symptômes », « mise en évidence du lien entre exposition et maladie » et enfin « reconnaissance d'une maladie professionnelle » explique toute l'attention qu'il convient d'apporter aux maladies émergentes.

Dans le rapport précité de l'OIT, le risque, pour un travailleur, de contracter une maladie lorsqu'il occupe un emploi impliquant l'exposition à des substances non encore identifiées comme dangereuses était également décrit. Parmi les facteurs venant aggraver cette situation, le fait que de multiples maladies professionnelles soient caractérisées par de longs temps de latence et soient donc difficiles à diagnostiquer avant la manifestation clinique de leurs symptômes était mis en avant.

Le cas des nanoparticules a été retenu par la mission car bien que le risque ne soit pas avéré, de nombreuses actions ont pourtant été entreprises.

Il permet également de se situer dans une approche intégrée qui combine l'exposition possible via la vie au travail, via une exposition environnementale et via une exposition du consommateur notamment par l'alimentation. Il interroge également sur les inégalités sociales qui traversent le milieu environnemental, la consommation et le milieu du travail. Il offre un exemple d'articulations fortes à construire en termes d'analyse et de maîtrise des risques autour de diagnostics et de stratégies partagés et permet de comprendre comment l'entreprise et les différents acteurs prennent en compte (ou pas) et traitent ces risques émergents. La mission tentera de comprendre pourquoi dans ce cas précis les synergies semblent facilitées.

2 UN CHOIX DE THEMATIQUES QUI PEUT PARAÎTRE PARADOXAL MAIS RETENUES POUR LEUR CARACTERE ILLUSTRATIF

2.1 Certaines thématiques constituent des priorités majeures de la santé au travail et n'ont pourtant pas été retenues par la mission

Parmi les thématiques, certaines, qui constituent pourtant des priorités de la santé au travail, n'ont pas été retenues compte tenu de travaux spécifiques engagés dans d'autres cadres.

Ainsi, il n'est pas prévu d'aborder les cancers. Il s'agit pourtant de la deuxième cause de mortalité en France et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 10% la proportion de cancers liés au travail, l'Institut national du cancer (INCA) soulignant la sous-déclaration de certains cancers d'origine professionnelle. Le thème cancer et travail permet également de traiter ceux du maintien dans l'emploi, de la pluralité des acteurs et de la balkanisation de la recherche en France sur cette thématique.

Le Professeur Jean-Paul Vernant a été chargé en décembre 2012 de préparer le troisième plan cancer. Ce plan devrait s'ordonner autour de cinq priorités dont la première concerne la prévention primaire et secondaire, et la lutte contre les inégalités, notamment face aux risques professionnels. La cinquième priorité porte sur la vie pendant et après le cancer, avec notamment l'objectif de faciliter la reprise d'une activité professionnelle et l'accessibilité aux prêts et aux assurances. L'IGAS intervient en appui. Pour des questions de lisibilité, la mission n'a pas retenu ce thème.

Outre les cancers professionnels, trois autres risques étaient ciblés comme prioritaires dans le plan national d'actions coordonnées (PNAC) 2009-2012 de la CNAMTS-ATMP : les troubles musculo-squelettiques (TMS), le risque routier et les risques psycho-sociaux. L'avenant à la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-

MP) pour l'année 2013²⁰ précise que les programmes relatifs au risque routier, à l'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) et aux risques psychosociaux seront poursuivis en 2013. Il était également mentionné dans ce cadre qu'un programme plus ambitieux de mobilisation sur les troubles musculo-squelettiques (TMS) allait être mis en place.

La mission a choisi de ne pas explorer ces différentes thématiques.

2.2 Santé au travail et maladies cardiovasculaires

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit les maladies cardiovasculaires (MCV) comme un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Elles regroupent les cardiopathies coronariennes (infarctus du myocarde notamment); les maladies cérébrovasculaires (accidents vasculaires cérébraux); l'hypertension artérielle, les artériopathies périphériques; les cardiopathies rhumatismales; les malformations cardiaques congénitales et l'insuffisance cardiaque.

2.2.1 Des données épidémiologiques qui expliquent que la prévention des maladies cardiovasculaires constitue un enjeu de santé publique et de société

Les MCV constituent actuellement la deuxième cause de décès, après les tumeurs. En 2010, elles représentaient 27,5% des causes initiales de décès, les tumeurs 29,7%²¹. Chez les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire correspondent à la deuxième cause de décès (25,1 %) alors qu'elles sont la première chez les femmes (30,0%). Un quart des décès cardiovasculaires étaient dus à une cardiopathie ischémique, 20% à une maladie cérébrovasculaire et 15% à une insuffisance cardiaque. Les maladies de l'appareil circulatoire étaient responsables de 14,6%, des décès prématurés masculins et 10,8% des décès prématurés chez les femmes. L'annexe 1 présente des données récentes sur l'épidémiologie des maladies cardiovasculaires.

La lutte contre les MCV constitue une des priorités stratégiques de l'OMS qui insiste sur les caractères coûteux et prolongés des soins cliniques qu'elles nécessitent. L'OMS précise que « *les MCV touchent les individus autour de la cinquantaine ; elles compromettent ainsi l'avenir des familles qui dépendent d'eux et sapent le développement des pays en les privant des ressources humaines aux années de plus grande productivité* ».

Un rapport d'avril 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) sur le rôle de l'éducation pour la santé dans la prévention des maladies cardiovasculaires chiffre à 18,7 milliards d'euros le coût des remboursements liés aux affections de longue durée (ALD) pour MCV, ces maladies concernant 2,8 millions de personnes en ALD en 2008 et plus de 5 millions de personnes traitées hors ALD²².

Le rapport de la DREES de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011²³ précise qu'un tiers des décès sont associés à des causes considérées comme « évitables par des actions de prévention primaire ». La part de la mortalité « évitable » dans la mortalité prématurée est de 37 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes. Le rapport souligne que les maladies chroniques, et parmi celles-ci les MCV, constituent un enjeu de santé majeur.

²⁰ Avenant à la Convention d'objectifs et de Gestion de la branche AT/MP pour l'année 2013, conclue le 12 février 2013 entre l'Etat et la CNAMTS,

²¹ DREES, L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, rapport 2011

²² Le rôle de l'éducation pour la santé dans la prévention des maladies cardiovasculaires à travers deux exemples : lutte contre le tabagisme ; nutrition et activité physique : Présentation du Dr Cécile Fournier, INPES, décembre 2010

²³ L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011 ; Études et Résultats I n° 805 - Juin 2012

L'annexe 2 présente les objectifs de la loi de santé publique concernant les MCV et les propositions formulées par le Haut conseil de la santé publique en avril 2010 dans le cadre de l'évaluation de cette loi²⁴.

Le plan d'actions national « AVC 2010-2014 »²⁵ rappelait les enjeux liés aux AVC avec 400 000 personnes touchées en France. Il s'agit de la troisième cause de mortalité chez l'homme, de la deuxième chez la femme et de la première cause de handicap acquis de l'adulte. Le plan mentionnait des dépenses sanitaires et médico-sociales annuelles estimées à 8,4 milliards d'euros. Une part importante du plan était consacrée à la prise en charge des malades mais la prévention des AVC apparaissait également comme une priorité. Le plan soulignait la possibilité de maîtriser les facteurs de risque de façon à diminuer la mortalité et la morbidité évitables, et en particulier chez les personnes de moins de 65 ans (25 % des patients). L'axe 1 de ce plan concernant la prévention des AVC est détaillé en annexe 3.

Les enquêtes déclaratives Handicap - santé - ménages et Handicap - santé - institution, 2008-2009, permettaient d'estimer à 0,8% la prévalence des séquelles d'AVC dans la population française²⁶. Ces séquelles impactaient fréquemment les activités de la vie quotidienne de près de la moitié des personnes atteintes, cette proportion passant à 90% pour les personnes vivant en institution.

Les enjeux sont liés à la gravité de ces pathologies, à leur impact sur l'économie en général et sur les dépenses d'assurance maladie en particulier mais également à la possibilité de les prévenir en partie, par des actions ciblées sur certains facteurs de risque.

Si certaines de ces pathologies cardiovasculaires touchent les personnes âgées, la mortalité et la morbidité évitables concernent les personnes de moins de 65 ans. Il s'agit donc pour partie de travailleurs, dès lors la question des liens entre le lieu de travail et ces pathologies mérite d'être abordée sous différents aspects.

2.2.2 Prévenir les maladies cardiovasculaires liées aux risques professionnels est un préalable à toute éventuelle campagne plus générale de prévention sur les risques cardiovasculaires en entreprise

D'après ce qui précède, la prévention des MCV liées aux risques professionnels pourrait être considérée comme une priorité or cela n'est pas le cas. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer.

D'une part, très peu de MCV sont reconnues comme des maladies professionnelles et elles concernent un nombre de personnes relativement restreint.

Concernant le nombre de pathologies cardio-vasculaires d'origine professionnelle, une étude a été réalisée par la CNAMTS sur la période 2007-2011²⁷. Seules les pathologies relevant du régime général de la sécurité sociale ont été étudiées grâce à l'aide du manuel de l'INRS : Les maladies professionnelles, Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la sécurité sociale. Une tendance à la baisse au fil des ans du nombre de MCV d'origine professionnelle a été observée.

²⁴ Rapport du Haut conseil de la santé publique : évaluation des objectifs de la loi de santé publique, propositions, avril 2010

²⁵ Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». Avril 2010. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actions_AVG_-_17avr2010.pdf

²⁶ Christine de Peretti et al BEH n° 1 10/01/12 Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap - santé - ménages et Handicap - santé - institution, 2008-2009, BEH n° 1 10/01/12, InVS

²⁷ Direction des Risques Professionnels CNAMTS. Etude 2013-122 : Pathologies cardio-vasculaires d'origine professionnelle de 2007 à 2011. Mai 2013.

Les résultats sur les différents types de pathologies cardio-vasculaires observées sur la période de l'étude sont les suivants :

Schéma 2 : Pathologies cardiovasculaires d'origine professionnelle de 2007 à 2011

| | |
|---|------------|
| TOTAL pathologies cardiaques et vasculaires | 500 |
| | |
| Pathologies cardiaques | 289 |
| Dont : insuffisance ventriculaire droite (84%) | 242 |
| Dont : atteintes du péricarde (14%) | 40 |
| Dont : autres pathologies cardiaques (2%) | 7 |
| | |
| Pathologies vasculaires | 211 |
| Dont : troubles angio-neurotiques (52%) | 110 |
| Dont : atteintes vasculaires cubito-palmaires (46%) | 98 |
| Dont : autres pathologies vasculaires (1%) | 3 |

Source : Direction des risques professionnels, CNAMTS

D'autre part, il semble que peu d'accidents du travail concernent des MCV. Des cas d'infarctus du myocarde survenus sur le lieu de travail ont pu être considérés comme des accidents du travail mais pas de façon systématique, des enquêtes des médecins conseils étant jugés nécessaires pour établir un lien, en tenant compte notamment des antécédents des malades. Les accidents du travail concernant des MCV ne font même pas l'objet d'une identification spécifique de la part de Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés dans sa branche accidents du travail – maladies professionnelles (CNAMTS AT-MP).

Il convient toutefois de signaler que parmi les statistiques de décès de la CNAMTS liés à des accidents du travail, figure une catégorie « décès pour malaise » qui pourrait comporter des décès liés à des pathologies cardiovasculaires.

Du point de vue de la CNAMTS AT-MP, dont le rôle est en fait celui d'un assureur, la non prise en compte des maladies cardiovasculaires se conçoit aisément. Ses priorités portent sur les maladies et accidents du travail considérés comme majeurs, avec des arguments de gravité et de fréquence qui portent sur le risque indemnisable. Les MCV cardiovasculaires n'en font pas partie.

Du point de vue de l'employeur, en première approche, sa responsabilité n'est pas engagée au même titre que pour des maladies professionnelles fréquentes ou encore lors de la réalisation de risques professionnels identifiés dans le document unique d'évaluation des risques prioritaires et pour lesquels il pourra lui être reproché sur des facteurs objectifs de ne pas les avoir suffisamment prévenus.

Ainsi que le souligne un rapport de recherche du Centre de l'étude et de l'emploi²⁸, « les entreprises occupent une place pivot en tant que préventeur potentiel, mais aussi comme responsable juridique des dommages de santé qu'elles causent. Elles sont soumises aux obligations réglementaires (document unique qui prévoit l'obligation d'évaluation des risques professionnels) et à la tarification de la branche « accidents du travail-maladies professionnelles » (ATMP) au prorata du nombre et de la gravité des accidents qu'elles ont causés sur les trois dernières années (mode de calcul du taux net) ».

Les auteurs notent également que, « préalablement à la « gestion » d'un risque, la question se pose de sa formalisation publique, c'est-à-dire de sa construction collective comme « problème » appelant des solutions et mobilisant des ressources ».

Du point de vue du salarié, la prévention des MCV peut ne pas être considérée comme une priorité puisqu'une faible probabilité est associée à la réalisation du risque professionnel cardiovasculaire. Pourtant ce risque a été documenté.

Des études ont montré les liens entre charge physique et maladie cardiovasculaire. L'INRS cite notamment le cas des grutiers et précise qu'une prochaine publication fera état de ce risque pour les personnes travaillant dans des éoliennes et devant gravir verticalement une grande hauteur avec ne charge à porter.

Les essais cliniques et les études observationnelles communautaires montrent que les MCV sont dues à des facteurs de risque dont certains sont modifiables et qu'elles peuvent donc être prévenues.

Les facteurs de risque «non modifiables» incluent l'âge, le sexe, l'hérédité, et les facteurs de risque «modifiables» classiquement cités sont l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie, l'obésité, le diabète, le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité, et le déséquilibre alimentaire²⁹. L'Inserm soulignait alors que, depuis plusieurs années, la possibilité que certains facteurs psychologiques (dépression, anxiété, détresse psychologiques, hostilité, optimisme/pessimisme,...) puissent influencer la survenue de pathologies cardiovasculaires ou leur progression avait suscité beaucoup d'intérêt de la recherche en épidémiologie. Les études ci-dessous confirment ces hypothèses.

L'étude Interheart³⁰, menée sur 52 pays et portant sur 29 000 personnes, visait à étudier les facteurs de risque modifiables des IDM. Elle montrait que 9 facteurs de risque permettaient de prédire 90% des risques d'infarctus. Trois facteurs étaient protecteurs : consommation quotidienne de fruits ou de légumes, consommation modérée d'alcool et activité physique régulière. A contrario, 6 facteurs augmentaient le risque : tabagisme, dyslipidémies (caractérisées par un ratio élevé des apolipoprotéines ApoB/ApoA1), hypertension artérielle, diabète, obésité abdominale et stress (risques psycho-sociaux). Cette étude a pu être citée comme la première étude de grande envergure indiquant que ces facteurs augmentaient le risque d'accidents coronariens de façon très significative avec un risque lié aux facteurs psychosociaux de même amplitude que celui lié à l'obésité abdominale. « il faudra maintenant mettre au point des programmes efficaces de réduction du stress pour diminuer le risque de maladies coronariennes »³¹.

Une méta-analyse publiée dans le Lancet en octobre 2012³² montrait que le stress au travail augmentait les risques d'infarctus du myocarde. Cette méta-analyse utilisait les données

²⁸ Thomas Amossé, Sylvie Célérier, Anne Fretel, Pratiques de prévention des risques professionnels, Rapport de recherche n° 61 du Centre de l'étude et de l'emploi, janvier 2011

²⁹ Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé, Inserm U 1018, équipe 11, <http://www.u687.idf.inserm.fr>, 30 mars 2011

³⁰ Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004; 364(9438): 937-52

³¹ Martin Juneau, prévention cardiovasculaire, *Le Médecin du Québec*, volume 41, numéro 3, mars 2006

³² Pr Mika Kivimäki et al, Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. The Lancet, Volume 380, Issue 9852, Pages 1491 - 1497, 27 October 2012

individuelles de 13 études de cohortes européennes et trouvait un risque d'infarctus attribuable au stress au travail de 3,4%. Les auteurs concluaient que la prévention du stress au travail contribuait à faire diminuer l'incidence des infarctus même si ce type de stratégie a un impact moindre que des actions sur des facteurs de risques standards tels que le tabagisme.

Pour évaluer le risque cardiovasculaire, les différents facteurs de risque doivent être pris en compte du fait d'un effet cumulatif potentiel³³.

Une autre étude réalisée dans 22 pays et menée dans 84 centres visait à étudier les facteurs de risque modifiables des AVC, l'étude Interstroke³⁴. Elle retrouvait 5 facteurs expliquant plus de 80% des primo AVC : hypertension artérielle, tabagisme, obésité abdominale, régime alimentaire pauvre en poisson et en fruits, insuffisance d'activité physique régulière.

Cinq autres facteurs permettaient d'arriver à un pourcentage de 90% : diabète, alcool, stress ou dépression, causes d'origine cardiaque et dyslipidémies (caractérisées par un ratio élevé des apolipoprotéines ApoB/ApoA1).

Dans une interview publiée en février 2005 dans *the Heart*, le Pr Chantal Simon³⁵ citait une méta-analyse de 17 études sur le travail posté³⁶, qui aboutissait à une majoration du risque de MCV, tout en soulignant le caractère multifactoriel des facteurs de risque « *alliant des facteurs de risque CV traditionnels (tabagisme, HTA, etc.), d'autres liés au stress professionnel et social induit par un travail nocturne et d'autres à mettre sur le compte de la désynchronisation des rythmes circadiens* ». Selon une étude finlandaise était également citée³⁷, l'élimination des conditions de travail les plus défavorables (forte charge de travail, manque d'encadrement, bruit, travail posté, etc.) pourrait réduire le nombre total de décès cardiovasculaire de 8%, les infarctus du myocarde de 10% et les décès par accidents vasculaires cérébraux de 18%.

Ces données objectives justifient la prévention des MCV liées aux risques professionnels. La mise en œuvre d'une approche collective des risques cardiovasculaires liés au travail apparaît indispensable. Ainsi que le souligne le Pr Régis de Gaudemaris, il convient d'identifier dans les entreprises les expositions professionnelles aggravant ces risques, puis de hiérarchiser les actions préventives, dans le cadre de la démarche classique du document unique et du plan de prévention³⁸. Il rappelle les risques que constituent la sédentarité au travail, le travail posté souvent associé à des changements de comportement alimentaire et les contraintes psychologiques et organisationnelles qui peuvent sous-tendre un stress important.

On se situe dans une approche collective où l'employeur est au cœur de la démarche de prévention qui constitue un préalable indispensable à une approche individuelle où le médecin du travail assurera un dépistage médical individuel de ces risques.

Cette première étape passe également par un diagnostic des situations à risque comme l'explique Annie Devaux, médecin du travail. « *Le médecin du travail, dès lors qu'il décèle un risque cardiovasculaire chez les salariés dont il assure le suivi, doit vérifier si l'apparition ou l'aggravation de ce risque procède des situations de travail* »³⁹.

³³ G. Chironi, A. Simon Facteurs de risque cardiovasculaires et prévention, *Revue du Praticien*, 2010, vol.60, n°9, pp.1303-1309

³⁴ O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010; 376:112-23

³⁵ Horaires décalés, travail posté. *The Heart*, Interview du Pr Chantal Simon, février 2005

³⁶ Knutsson A, Boggild H. Shiftwork and cardiovascular disease: review of disease mechanisms. *Rev Environ Health*. Octobre-décembre 2000;15(4):359-72

³⁷ Virtanen SV, Notkola V. Socioeconomic inequalities in cardiovascular mortality and the role of work: a register study of Finnish men. *Int J Epidemiol*. Juin 2002;31(3):614-21

³⁸ Dossier « Le travail, bourreau des cœurs », Pr Régis de Gaudemaris, *Santé & Travail* n° 075 - juillet 2011

³⁹ Annie Devaux, *médecin du travail*, Diagnostiquer les situations à risques, *Santé & Travail* n° 075 - juillet 2011

Cela suppose notamment la recherche d'une éventuelle « *exposition à des agents chimiques organiques (hydrocarbures, solvants, monoxyde de carbone...), à des agents chimiques minéraux comme le plomb ou à des agents physiques (bruit, chaleur, vibrations...) pouvant aggraver le risque cardiaque. Le médecin du travail doit aussi se préoccuper des horaires de travail, de leur stabilité, des délais de prévenance pour leur modification, comme de l'amplitude des journées de travail* ».

La question de l'aptitude à l'emploi peut alors se poser, en particulier pour les postes dits de sécurité. Cet exemple très concret illustre bien toute la complexité des liens avec le médecin traitant. Une information du médecin du travail par le salarié sur ses risques cardiovasculaires, dont il a été informé par son médecin traitant, peut permettre d'adapter son poste de travail, de surveiller une éventuelle aggravation de son état de santé en se focalisant sur les risques les plus probables. Mais cette connaissance peut orienter le médecin du travail vers des prises de décisions que ne souhaite pas le salarié.

Ainsi que le souligne François Desrioux, « *la prévention se concentrera sur le dépistage des sujets à risque et une sensibilisation à l'arrêt de la cigarette, aux pots sans alcool, aux bienfaits de l'exercice physique ou au changement d'habitudes alimentaires* »⁴⁰. Il qualifie cette stratégie d'inefficace si l'on ne tient pas compte de ce qui, dans le travail, peut nuire directement à la santé cardiovasculaire ou favoriser les comportements à risque.

Concernant la prévention secondaire, les recommandations du Groupe d'Exercice Réadaptation Sport (GERS) de la société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation CV chez l'adulte⁴¹, font de la reprise de l'activité professionnelle un de leur principal objectif. En effet, la réadaptation CV, compte tenu de ses impacts positifs tant sur le plan humain que médico-économique, a un rôle clé dans le maintien dans l'emploi.

Plusieurs études mettent en lumière les problèmes de réinsertion professionnelle suite à un accident CV. Ainsi, une étude canadienne, publiée en 2007, a montré qu'un travail perçu comme contraignant, associant des demandes professionnelles importantes à une faible latitude décisionnelle, est susceptible d'entraîner une aggravation du risque de récurrence d'événements CV⁴². Les recommandations du GERS suggèrent ainsi « *[qu'] une évaluation de la pénibilité du poste peut être appréciée lors de séances d'ergonomie, voire en situation réelle par la mesure ambulatoire de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque* ». D'autre part, une interaction plus forte doit exister entre l'équipe de rééducation et le médecin du travail, notamment concernant les données cliniques, afin d'adapter au mieux les conditions de poste du salarié après un accident CV. En effet, « *les données de l'épreuve d'effort, de préférence avec analyse des échanges gazeux peut aider à conseiller le patient et son médecin du travail* ».

Une étude prospective des modalités de retour à l'emploi menée chez 128 patients masculins suivis pendant 7 ans, a été publiée en 2000⁴³. La moyenne d'âge de ces patients était de 48,9 ans et tous faisaient partie d'un programme de réadaptation CV suite à un infarctus du myocarde ou à un pontage coronarien. Au bout d'un an de suivi, 78,9% des patients avaient repris une activité. Le plus souvent il s'agissait du même travail pour 66,3% d'entre eux, mais 7,9% avaient dû suivre une reconversion professionnelle. Après 3 et 7 ans de suivi, la part d'actifs dans la cohorte était respectivement de 62,5% et de 40,7%, la principale raison de l'arrêt de l'activité professionnelle

⁴⁰ François Desrioux, introduction au dossier « Le travail bourreau des cœurs », Santé & Travail n° 075 - juillet 2011

⁴¹ Pavy B, Iliou MC, Vergès B et al. Recommandations du groupe d'exercice réadaptation sport (GERS) de la société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation CV chez l'adulte (extrait du référentiel des bonnes pratiques cliniques de la réadaptation cardiaque 2011). Version 3. 2011. Disponible sur <http://www.sfcadio.fr/groupe/groupe/exercice-readaptation-sport/>

⁴² Aboa-Eboule C, Brisson C, Maunsell E. Job strain and risk of acute recurrent coronary disease events. JAMA. 2007; 298 (14): 1652-60.

⁴³ Monpere C, Rajoelina A, Vernochet P, Mirguet C, Thebaud N. Réinsertion professionnelle après réadaptation cardiovasculaire chez 128 patients coronariens suivis pendant 7 ans : résultats et réflexion médico-économique. Arch Mal Coeur 2000 ; 93 : 797-806

étant le départ à la retraite. L'analyse médico-économique effectuée dans cette étude a par ailleurs permis de montrer que la rééducation CV entraînait une diminution des conséquences financières liées à la survenue d'accidents CV chez les salariés. Les raisons de ces économies étant une diminution des coûts directs (nombre d'hospitalisation) et indirects (dépenses de l'Assurance Maladie couvrant les arrêts maladie et les pensions d'invalidités).

En somme, après un accident CV, la rééducation cardiovasculaire devrait inclure une aide à la réinsertion professionnelle compte tenu des risques accrus de récurrence notamment pour des salariés comportant des caractéristiques cliniques et psychologiques particulières ou ayant une activité professionnelle contraignante. L'importance des visites de pré-reprise effectuées par le médecin du travail est également soulignée par le GERS dans le but d'adapter au mieux, de manière transitoire ou permanente, le poste de travail (horaires aménagées, reclassement, changement de poste, formation, etc.).

L'étude précitée du CEE sur les pratiques de prévention des risques professionnels montrait que le risque ne peut être pensé comme s'imposant de lui-même et que les enjeux de coût et de bénéfice économique de la prévention ne sont pas centraux. Les auteurs notaient que les résultats soulignent *a contrario* que les décisions, ou non, de prévention ne peuvent être ainsi isolées des autres aspects (notamment sociaux) de l'entreprise. Cette étude soulignait le rôle du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans la co-construction des risques professionnels et leur prise en charge par les dirigeants et les salariés. Pour certains établissements, elle notait que l'absence d'un CHSCT pouvait être en partie palliée par la présence d'un comité d'entreprise (CE) : « *là où la dangerosité du travail n'est pas telle qu'un CHSCT s'impose, l'existence d'un CE peut s'y substituer* ».

La compréhension des enjeux de ce risque de santé lié au travail apparaît incontournable pour une implication des acteurs concernés et en premier lieu, des salariés et des employeurs.

2.2.3 Les actions de promotion et d'information sur la santé sur le lieu de travail peuvent présenter un intérêt certain si elles ne sont pas réalisées au détriment des missions des services de santé au travail

La fonction première des médecins du travail ne saurait être distraite au profit de mission n'entrant pas directement dans leurs champs, alors même que ce temps est jugé notoirement insuffisant.

Le rapport conjoint IGAS-IGAENR⁴⁴ portant sur la réforme de la médecine du travail de 2007 pointait déjà le problème de l'insuffisance du temps médical disponible ne permettant pas aux médecins du travail, et plus généralement aux services de santé au travail, d'assurer l'ensemble de leurs missions. En effet, « *l'espacement des visites médicales, désormais organisées sur un rythme bisannuel, était supposé dégager le temps médical requis pour assurer la progression de l'action en milieu de travail. Si le recul du nombre de visites a été effectif, ses effets en termes de temps médical ont été bien en deçà des attentes, en raison notamment des dérives de la surveillance médicale renforcée.* ». S'ajoute à cela les transformations du système productif qui rendent encore plus complexe la réalisation des objectifs de la médecine du travail. Le suivi médical des salariés est en effet rendu plus difficile avec le développement de formes d'emplois qui s'écartent du contrat de travail à durée indéterminée, le télétravail, le travail à domicile et la mobilité accrue des salariés qui pose la problématique du suivi longitudinal dans le cas d'éventuelles expositions à des risques à effets différés. En outre, le fonctionnement en entreprise étendue avec externalisation de tâches par la sous-traitance, l'essor des prestations de service et la diversification des statuts renforcent la difficulté du suivi des salariés.

⁴⁴ IGAS. Bilan de la réforme de la médecine du travail. Octobre 2007.

C'est probablement ce qui explique les propositions formulées en matière de santé au travail. Le rapport du HCSP d'avril 2010 sur l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique consacrait une partie à des propositions d'objectifs relatifs aux déterminants de santé⁴⁵. Un chapitre consacré à la santé au travail était introduit comme suit.

« Les maladies d'origine professionnelle sont nombreuses et diverses : cancers, troubles de l'audition, affections respiratoires, affections articulaires et troubles musculo-squelettiques, troubles psychologiques et dépressifs, troubles dermatologiques et allergiques, asthmes professionnels, troubles de la reproduction, maladies cardiovasculaires³¹. S'y ajoutent les accidents sur le lieu de travail ou lors de déplacements professionnels. De fait, une partie importante de la pathologie, somatique et psychique est potentiellement concernée par des facteurs de risque professionnels ».

Le HCSP proposait de développer trois grands objectifs portant sur la prévention des accidents survenant en milieu professionnel ; des maladies professionnelles en réduisant la contribution des facteurs professionnels ; des risques psychosociaux au travail et un objectif portant sur la réparation des maladies professionnelles.

Le rapport précité de la DREES note que « même s'ils sont loin de couvrir le champ très large de la santé au travail, quatre indicateurs de la loi de santé publique de 2004 permettent de suivre dans le temps la répercussion des conditions de travail sur la santé : ces indicateurs concernent les accidents routiers mortels liés au travail, les contraintes articulaires, le bruit et l'exposition aux agents cancérigènes ». Il rappelle que d'après l'enquête « santé et itinéraire professionnel », les quinquagénaires exposés à des contraintes physiques (travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant ou exposition à des produits toxiques) sont moins souvent en bonne santé que les personnes du même âge jamais exposées.

Le plan santé au travail 2010-2014 prévoit notamment une politique de prévention primaire plus effective, assurer à chacun la préservation de son intégrité physique et psychique, son bien-être au travail, et le bénéfice de conditions de travail de qualité⁴⁶. Ce plan comporte une action concernant le renforcement des services de santé au travail comme acteurs de la prévention.

Une nouvelle loi de santé publique est en préparation. Pour D Tabuteau : « *La protection de la santé, dans toutes ses composantes, s'est imposée comme une mission politique de premier plan. Au point d'être redoutée pour ses « atteintes » aux libertés individuelles, pour le coût de ses activités thérapeutiques comme de ses attitudes de précaution, et, peut-être plus encore, pour les contraintes qu'elle fait peser sur les activités économiques* »⁴⁷. Il considère que l'État doit favoriser le développement d'un environnement favorable à la santé, de conditions de vie et de travail respectueuses des personnes et, en fin de compte, d'un contexte sanitaire, bénéficiant individuellement à chacun et collectivement au pays.

Lors du 32^{ème} congrès de médecine du travail, Paul Frimat soulignait le rôle que pourraient avoir les services de santé au travail pour la promotion de la santé face à une population vulnérable et cela tout au long de la vie professionnelle. « *Le monde du travail devrait être considéré comme un lieu privilégié pour faire de la prévention et ainsi aborder la santé autrement que par le soin* »⁴⁸.

Cette évolution est d'autant plus délicate que le système de santé dans son ensemble a encore tendance à aborder la santé par le soin.

Cette promotion de la santé pourrait être appropriée par le CHSCT ou encore le CE. Elle contribuerait ainsi à la réduction des inégalités sociales de santé.

⁴⁵ Rapport du Haut conseil de la santé publique : évaluation des objectifs de la loi de santé publique, propositions, avril 2010

⁴⁶ Plan santé au travail 2010-2014

⁴⁷ D Tabuteau, Loi de santé publique et politique de santé, Santé publique 2010, volume 22, n°22, pp 2253-264

⁴⁸ Paul Frimat, Santé au travail et promotion de la santé, compte rendu : docteur Brigitte BIARDEAU, ACMS, 32e Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Clermont-Ferrand, 5-8 juin 2012

La DREES souligne les disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France⁴⁹. Parmi les facteurs de ces inégalités, on trouve : « *les conditions de vie, et notamment de travail, les modes de vie et comportements à risque, le rôle cumulatif des différences de conditions de vie au cours de la vie, la causalité inverse selon laquelle l'état de santé expliquerait les différences de revenus, l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie), le rôle du système de santé et de soins, certains facteurs nationaux dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et sociales etc* ».

La DREES note que les ouvriers vivent le moins longtemps et que les cadres et professions intellectuelles supérieures ont l'espérance de vie la plus longue. « *Au cours de la période 2000-2008, les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont à 35 ans une espérance de vie de 47,2 ans supplémentaires, contre 40,9 ans pour les ouvriers. À 35 ans, les femmes ont une espérance de vie de 51,7 ans quand elles sont cadres et 47,5 ans quand elles sont ouvrières* ».

Ce rapport souligne que les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres, mais ils passent aussi plus de temps qu'eux avec des incapacités. Les auteurs attribuent ces différences très marquées chez les hommes par le fait que leur catégorie socioprofessionnelle est très représentative de leurs conditions de vie et qu'elles sont dès lors liées à toutes sortes de facteurs et déterminants de la santé (conditions de travail, niveau de vie, accès à la prévention et aux soins, exposition aux risques de mauvaise santé, etc.).

La prévention en milieu du travail est ainsi considérée par de nombreux acteurs comme nécessaire. Toutefois, comme le soulignait le rapport IGAS-IGAENR⁴⁴ de 2007 cité plus haut, une modernisation du dispositif de santé au travail est indispensable pour mieux prévenir les risques professionnels. « *Le renforcement de l'efficacité préventive du dispositif de santé suppose une mutation importante de ses modes de fonctionnement pour passer d'une logique de moyens (la médecine du travail) à une logique de résultats (la santé au travail), de l'accomplissement d'obligations réglementaires à la réponse à des besoins identifiés* ». Pour le rapport, la prévention primaire doit être considérée comme une priorité, c'est-à-dire privilégier les actions en amont sur les facteurs d'environnement professionnels susceptibles d'altérer la santé des salariés.

En effet, les actions de promotion de la santé en milieu du travail présentent, à part l'avantage d'une accessibilité à l'information et une disponibilité d'accompagnement des professionnels de santé (médecins, infirmières), l'intérêt d'une démarche collective avec le suivi de divers indicateurs.

Les études sur les programmes de promotion de la santé sur les lieux de travail démontrent l'impact positif qu'ils ont sur l'incidence des maladies cardiovasculaires, l'amélioration de la productivité et la réduction des coûts pour l'employeur.

Une méta-analyse américaine publiée en 2005 avait pour objectif d'identifier les interventions probantes de promotion de la santé sur le lieu de travail permettant aux employeurs de prévenir la santé CV de leurs employés et ainsi d'améliorer la productivité tout en diminuant les coûts indirects liés aux accidents CV. Le principal constat de cette méta-analyse est que les employeurs investissant dans des programmes de prévention sur leur site de travail, d'une part amélioreraient la santé cardio-vasculaire de leurs employés, mais bénéficieraient également d'un retour sur investissement de 3 à 6\$ pour chaque dollar investi sur une période allant de 2 à 5 ans. Il ressort ainsi que les programmes de prévention incluant une approche individuelle de réduction des risques cardiovasculaires visant les employés à hauts risques est le moyen le plus efficace de prévenir la survenue de maladies CV et d'infarctus du myocarde. Sont cités comme exemples : les actions de dépistage, d'évaluation des risques et d'orientation des salariés à risques ; la mise en place d'environnement favorable pour le changement des comportements individuels (accès plus facile à de la nourriture saine dans les cantines de l'entreprise) ; les incitations financières et non

⁴⁹ Inégalités sociales de santé. L'état de santé de la population en France - Rapport 2011, DREES

financières ; les politiques d'entreprise soutenant un mode de vie sain (espace sans tabac, etc.). A cela, les auteurs ajoutent que la mise en place en parallèle d'actions publiques visant la promotion de la santé en partenariat avec les entreprises augmentent l'impact sur la réduction des risques CV. Ils se basent pour cela sur des expérimentations réalisées dans certains Etats américains.

2.2.4 Des contradictions intrinsèques : en prenant toutes les précautions nécessaires pour protéger les salariés, l'entreprise pourrait aller plus loin dans la prévention des MCV en allant jusqu'à proposer des dépistages.

Parrainé par la Région Champagne-Ardenne et la Région Wallonne, le programme de prévention des maladies cardiovasculaires ICAPROS (Instance de Coordination des Actions pour la PROMotion de la Santé franco-belge), a été initié en 2009 au sein de l'espace transfrontalier des Ardennes française et belges, dans le cadre du programme européen Interreg IV. Ce projet s'étend sur une période de 5 ans (2009-2014) et vise à promouvoir une démarche structurée d'éducation à la santé qui accorde une place prépondérante à la personne en tant qu'acteur de sa santé. De nombreux opérateurs sont partenaires de ce programme comme le CARSAT Nord-Est, la CPAM des Ardennes, La Mutualité Chrétienne (luxembourgeoise), et divers hôpitaux et clinique de la région.

Les objectifs de ce programme sont définis ainsi :

- permettre au plus grand nombre de malades chroniques d'accéder à un programme coordonné d'éducation thérapeutique par le biais des diverses actions du projet ;
- former des relais dans le secteur socio-éducatif de la zone frontalière porteurs d'une dynamique de prévention auprès des adolescents grâce à des outils adaptés ;
- mutualiser les bonnes pratiques professionnelles et créer une dynamique collective des acteurs de la zone frontalière.

Dans le cadre de ce programme, des actions de prévention spécifiques ont été développées à l'égard des adultes en activité professionnelle. Menées dans les entreprises françaises et belges les plus importantes en effectif, ces actions s'articulent en 2 phases. D'une part une période d'information, de sensibilisation et de prévention au sein de l'entreprise via une exposition animée, et d'autre part une période d'accompagnement éducatif du salarié à travers des ateliers spécifiques en lien avec les médecins traitants et les professionnels concernés. L'objectif est donc d'amener le salarié à évaluer son état de santé et de l'inciter à changer son comportement si nécessaire tout en l'accompagnant au cours de cette démarche.

Des mesures des paramètres biologiques comme la tension artérielle, la glycémie, le poids, etc. sont réalisées par des professionnels de la santé dans le cadre de l'exposition animée lors de la phase d'information. Ces dépistages permettent, outre le fait d'orienter si nécessaire les personnes à risques dans une démarche d'éducation à la santé, de sensibiliser les salariés aux actions de prévention.

Dans la même logique, un module de formation destiné aux animateurs en prévention santé et à tous les professionnels relais (infirmières d'entreprise, diététiciens, éducateurs médico-sociaux...) est également proposé afin d'optimiser au mieux le processus d'accompagnement des salariés à risques.

En conclusion, la prévention des maladies cardiovasculaires sur le lieu de travail peut s'exprimer de façons multiples. Un préalable à tout autre mode d'action réside dans l'accomplissement de la mission première des services de santé au travail. Les travaux montrent que le risque cardiovasculaire peut être d'origine professionnelle et mérite d'être inventorié dans un cadre collectif qui intègre notamment l'organisation du travail. L'utilisation de l'entreprise comme lieu de promotion de la santé permet d'envisager une approche complémentaire où une sensibilisation aux autres facteurs de risques cardiovasculaires notamment ceux portant sur le mode de vie est organisée. Cette sensibilisation pourrait s'inscrire sous une sorte de « tutelle » du CHSCT et des intervenants extérieurs pourraient être sollicités. L'INPES pourrait ici jouer un rôle, au même titre

que ce qu'elle réalise pour le cadre scolaire, ce qui éviterait que le financement de cette action de santé publique ne soit supporté par l'entreprise. Conformément à l'article L. 1417-1 du code de la santé publique, l'INPES a pour missions de :

- mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, des programmes de santé publique ;
- exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- assurer le développement de l'éducation à la santé sur l'ensemble du territoire ;
- participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;
- établir les programmes de formation à l'éducation à la santé.

L'INPES n'a pas, jusqu'à présent, investi le champ des conditions de travail. Ainsi son contrat d'objectif et de performance 2012-2014 ne comporte aucune disposition intéressant le milieu professionnel, bien qu'un des objectifs fixés à l'établissement dans le contrat soit de réduire les inégalités sociales de santé.

Cette absence d'investissement dans le champ de la santé au travail, bien que la DGT soit membre du conseil d'administration de l'institut, tient, semble-t-il, à l'absence de sollicitations de l'INPES par les entreprises et les branches professionnelles (à l'exception de quelques grandes entreprises).

Toutefois, des actions ont pu être réalisées au niveau local par les pôles régionaux de compétence en éducation et promotion de la santé. Il s'agit de plateformes ressources, constituées suite à un appel à projet de l'INPES, qui fédèrent les compétences et ressources en éducation pour la santé, promotion pour la santé. Ces 26 plateformes régionales bénéficient d'un soutien financier de l'INPES.

Aller plus loin avec notamment la mise en place d'actions de type dépistage nécessite de s'assurer de l'articulation avec le médecin traitant, afin notamment d'éviter toute rupture dans un parcours de soins parfois déjà compliqué.

Enfin, toutes ces pistes d'amélioration pour les travailleurs renvoient de fait à la question des améliorations à réaliser pour les personnes en recherche d'emploi dont l'état de santé est le plus souvent plus précaire.

2.3 Santé au travail et polyarthrite rhumatoïde

Le thème des polyarthrites rhumatoïdes illustre l'intérêt d'une action précoce et pluridisciplinaire en matière de maintien dans/en emploi. Cette approche vaut pour tous les salariés dont la santé vient d'être altérée.

2.3.1 Une maladie chronique évolutive dont les recommandations de prise en charge englobent pour partie les stratégies professionnelles

2.3.1.1 Maladies chroniques évolutives et polyarthrite rhumatoïde

Le contexte lié aux maladies chroniques

Les maladies chroniques évolutives font couramment partie de ce que l'on nomme les maladies chroniques. Plusieurs définitions sont disponibles mais toutes reposent sur le caractère évolutif de ces maladies nécessitant une prise en charge médicale de longue durée. Ainsi, une maladie chronique est définie, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme « *un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs*

décennies»⁵⁰ et selon la HAS, qui a retenu la définition proposée par la Banque de données en santé publique (BDSP), comme « *une maladie qui évolue à long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient* »⁵¹.

Ces définitions regroupent des maladies très diverses comme des maladies transmissibles et non transmissibles, certaines maladies mentales et des altérations anatomiques et fonctionnelles. Le sida, le diabète, le cancer, certaines hépatites, la sclérose en plaque, l'épilepsie, la maladie de Parkinson, l'asthme ou encore la polyarthrite rhumatoïde sont des exemples de maladies chroniques évolutives.

Selon l'ANACT, 15 millions de personnes seraient atteintes de maladies chroniques évolutives, soit près de 20% de la population française.

Contrairement aux idées reçues, ces maladies se déclareraient, dans près de la moitié des cas, chez des personnes toujours en activité professionnelle. Ainsi, on estime actuellement que les maladies chroniques évolutives touchent un salarié sur cinq⁵².

L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques a été considérée comme une priorité par l'OMS en 2005⁵³. Cette priorité s'est traduite en France dans la loi de santé publique du 9 août 2004⁵⁴ dans laquelle ont été définis 100 objectifs quantifiés à atteindre à l'horizon 2009. Parmi les 49 objectifs qui concernaient les maladies chroniques, un était spécifique à la polyarthrite rhumatoïde et visait à « réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde ». Toutefois, comme le souligne le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) d'avril 2010⁵⁵, aucun outil ou support d'enquête n'est en mesure d'évaluer actuellement l'objectif de résultats voulu dans la loi. Le plan 2007-2011 sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques fait également partie des dispositions de la loi de santé publique.

Enfin, la loi du 11 février 2005⁵⁶ intègre dans la définition du handicap les maladies chroniques du fait de leur caractère invalidant. En effet, selon l'article L.114 de cette loi, un handicap est défini comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Cette loi instaure également le principe de "compensation" qui permet aux travailleurs handicapés d'être sur un pied d'égalité sur le marché du travail, de même qu'une fois en poste. La compensation passe aussi bien par des adaptations techniques du poste (amélioration des accès, changements de machine ou d'outillage...), que par la formation, l'accompagnement ou encore l'aménagement des horaires. En outre, cette loi a permis la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) créant ainsi les conditions d'une prise en charge de proximité des malades chroniques.

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie chronique évolutive.

⁵⁰ Adherence to long-term therapies. Evidence for action. OMS. 2003. Disponible sur <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>

⁵¹ Glossaire multilingue de la Banque de données en santé publique. Disponible sur <http://asp.bdsp.ehesp.fr/glossaire/>

⁵² Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Ministère de la santé. Avril 2007.

⁵³ Former les personnels de santé du XXI^e siècle. Le défi des maladies chroniques. OMS. 2005.

⁵⁴ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁵⁵ Objectifs de santé publique ; Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. HCSP. Avril 2010. Disponible sur <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=132>

⁵⁶ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

C'est la plus fréquente des arthrites rhumatismales chroniques. Elle provoque des gonflements et des douleurs principalement au niveau des mains, des poignets et des pieds et peut conduire, en l'absence de traitement et dans ses formes les plus graves, à une incapacité fonctionnelle pouvant empêcher la réalisation des gestes quotidiens voire de son activité professionnelle⁵⁷. Une fois cette maladie installée, les rémissions sont rares mais la polyarthrite rhumatoïde se soigne de mieux en mieux grâce à une prise en charge plus précoce et plus efficace et à un suivi régulier. L'éducation thérapeutique contribue à l'amélioration ou au maintien de l'état de santé du patient en permettant notamment au malade d'acquérir les bons gestes pour protéger et soulager les articulations.

D'évolution variable selon sa sévérité, cette maladie se manifeste au début par des douleurs nocturnes, surtout en seconde partie de nuit, accompagnées de raideurs matinales. Puis, dans 20 à 30% des cas, la progression de la polyarthrite rhumatoïde provoque une dégradation du cartilage et de l'os ce qui entraîne une déformation des articulations. Des manifestations extra-articulaires peuvent survenir tels que des nodules rhumatoïdes ou encore une sécheresse oculaire et buccale (syndrome de Goujerot-Sjögren). Enfin, dans ses formes les plus sévères, cette maladie peut être responsable d'atteintes pulmonaires, cardiaques, neurologiques et vasculaires⁵⁷.

L'annexe 4 précise les mécanismes lésionnels et les facteurs intervenant dans le développement de la maladie.

Pour la HAS⁵⁸, l'objectif principal du traitement de la polyarthrite rhumatoïde est de « *contrôler l'activité de la maladie et si possible d'induire la rémission, de réduire la douleur, de prévenir et contrôler les destructions articulaires, de prévenir la perte de fonction dans les activités quotidiennes et au travail et d'optimiser la qualité de vie* ». Cela nécessite une prise en charge globale pluridisciplinaire faisant intervenir médecin généraliste, rhumatologue, médecin interniste, biologiste, radiologue, médecin de médecine physique et de réadaptation, chirurgien orthopédiste, médecin spécialiste de la douleur, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, infirmière, podologue-pédicure, podologue-orthésiste, orthoprothésiste, assistante sociale. D'autres professionnels de santé peuvent être impliqués dans la prise en charge du patient notamment le médecin du travail en charge des adaptations de postes et d'organisations du travail quand cela est nécessaire. Il apparaît donc que « *les approches pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales [soient] proposées de manière complémentaire et [soient] associées à des mesures socioprofessionnelles* ».

Concernant la prise en charge médicamenteuse de la polyarthrite rhumatoïde, plusieurs classes thérapeutiques sont utilisées⁴. Des précisions sont apportées sur ce point en annexe 5.

Les objectifs des traitements de fond, utilisés en monothérapie ou en association, sont d'obtenir une rémission ou à défaut un contrôle de l'activité de la maladie, de prévenir des lésions structurales et du handicap fonctionnel, de limiter les conséquences psychosociales et enfin d'améliorer ou de préserver la qualité de vie du patient.

La HAS a par ailleurs dressé un état des lieux des pratiques et de l'organisation de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde dans sa recommandation de bonne pratique datant de décembre 2012⁵⁹.

Concernant la prise en charge non médicamenteuse, les interventions sont multiples et comprennent les traitements physiques ainsi que les interventions éducatives et psychologiques. Ainsi, la kinésithérapie, l'ergothérapie, la pédicurie-podologie et l'appareillage ont pour objectifs la diminution de l'état douloureux, la prévention ou le traitement des déformations, l'entretien ou la récupération de la mobilité et de la stabilité articulaire, l'adaptation fonctionnelle à l'évolution du

⁵⁷ La polyarthrite rhumatoïde. INSERM. 2012. Disponible sur <http://www.inserm.fr/thematiques/circulation-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/la-polyarthrite-rhumatoïde>

⁵⁸ Guide ALD. Polyarthrite rhumatoïde, évolution grave.HAS. 2008. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/gm_polyarthrite_web.pdf

⁵⁹ Polyarthrite rhumatoïde : diagnostic et prise en charge globale. Recommandation de bonne pratique. HAS. Décembre 2012. Disponible <http://www.has-sante.fr>

handicap, etc. Les ergonomes ont un rôle tout particulier au sein de l'entreprise dans l'aménagement du poste de travail afin de l'adapter au handicap du salarié polyarthritique.

Une place importante est également faite par la HAS à l'éducation thérapeutique du patient (ETP)⁵⁸. En effet, « *L'ETP vise à accompagner le patient dans l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, et à prévenir les complications évitables. L'ETP contribue à l'amélioration ou au maintien de l'état de santé du patient, de sa qualité de vie et de celle de ses proches* ». L'ETP est complémentaire de la prise en charge médicale de la polyarthrite rhumatoïde et doit être réalisée, si possible, par une équipe pluridisciplinaire. Le rôle des associations de patients est également souligné : « *les associations de patients peuvent participer activement à l'éducation thérapeutique des patients en informant, orientant, aidant, soutenant le patient et ses proches* ».

La prise en charge psychologique est évoquée par la HAS qui souligne que la prise en charge médicale des patients doit systématiquement prendre en compte le retentissement psychologique de la pathologie. L'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre est présentée comme une « *décision qui relève du patient, conseillé par le médecin traitant ou le spécialiste* ».

La HAS se prononce également sur les stratégies sociale et professionnelle⁶⁰ et parmi les recommandations présentées ci-dessous, certaines concernent tout particulièrement le milieu professionnel.

- solliciter le médecin du travail dès que la PR entraîne une répercussion notable et durable dans la vie professionnelle du patient ;
- conseiller au patient de solliciter une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé dès qu'il n'est plus en mesure d'assurer son emploi ou d'y postuler sans aménagement des horaires ou du poste de travail.

La programmation d'un entretien avec un assistant de service social est envisagée :

- lorsque la situation sociale du patient est précaire ou difficile, en particulier en cas d'absence de couverture complémentaire ;
- en cas d'arrêt de travail d'une durée prévisible de plus de 3 mois ;
- en cas de demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, mise en invalidité ou retraite anticipée ;
- en cas de gêne durable pour effectuer les actes de la vie quotidienne.

2.3.1.2 Un fort retentissement de cette pathologie sur la vie professionnelle des malades avec un impact économique important au sein de la population active

La polyarthrite rhumatoïde est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoire avec 200 000 cas estimés en France, soit 0,3% de la population. La prévalence varie fortement au niveau national allant de 0,16% pour les régions du nord-ouest à 0,62% pour les régions du sud-est. Cette maladie apparaît le plus souvent entre 40 et 60 ans, en période péri-ménopausique chez la femme. Les formes précoces survenant avant l'âge de 30 ans sont quatre fois plus fréquentes chez la femme, alors que la prévalence est identique pour les deux sexes après 60 ans^{57,61}.

La polyarthrite rhumatoïde engendre des coûts directs et indirects très variable en fonction des pays mais l'impact économique de cette maladie reste très important notamment au sein de la population active. Par exemple, concernant le nombre d'hospitalisations consécutives à une polyarthrite rhumatoïde, deux études les ont estimées à partir des données nationales du programme de

⁶⁰ Polyarthrite rhumatoïde : aspect thérapeutiques hors médicaments et chirurgie – aspects médico-sociaux et organisationnels. HAS. 2007. Disponible sur <http://www.has-sante.fr>

⁶¹ Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France : 2001. *Ann Rheum Dis.* 2005;64:1427-30

médicalisation des systèmes d'information (PMSI) court séjour. Ainsi, en 2000, 18 555 séjours ont été reportés pour une polyarthrite rhumatoïde en diagnostic principal dont 90 % dans le secteur public, 86 % de séjours médicaux et 55 % de séjours durant plus de 24 heures⁶². Une nette augmentation a été observée en 2001 avec 31 743 séjours pour une polyarthrite rhumatoïde en diagnostic principal ou en diagnostic relié dont 92 % dans le secteur public, 91 % de séjours médicaux et 51 % de séjours de plus de 24 heures⁶³. Cette augmentation du nombre d'hospitalisation est expliquée par les auteurs par la disponibilité des biothérapies, notamment de l'infliximab.

D'après l'étude ECO-PR⁶⁴ réalisée en 2005, le coût annuel total par patient en France a été estimé à près de 22 000€ dont 11 757€ pour les coûts médicaux directs, 4 857€ pour les coûts non-médicaux directs et 5 076€ pour les coûts indirects (arrêts maladie de courte et longue durée, départ en retraite anticipée, invalidité). Cette même étude a permis d'obtenir des données épidémiologiques personnelles et professionnelles de l'ensemble des participants, à savoir des patients volontaires de l'ANDAR (Association Nationale de Défense contre l'Arthrite Rhumatoïde). Ainsi, sur les 1487 personnes interrogées, l'âge moyen était de 62,7 ans, 83,5% des patients étaient des femmes et la maladie était déclarée depuis 18 ans en moyenne. Sur les 38% des patients âgés de moins de 60 ans, seulement 46,5% d'entre eux travaillaient tandis que 34% avaient bénéficié d'un départ en retraite anticipé du fait de leur maladie.

Parmi les patients professionnellement actifs, seuls 60% d'entre eux travaillaient à temps plein. La quasi-totalité des autres malades justifiaient de leur temps partiel du fait de leur polyarthrite. Il est également intéressant de noter que 25% des malades actifs ont dû changer d'activité professionnelle à cause de la polyarthrite rhumatoïde entraînant par la même une baisse de revenu estimée à environ 30%.

Concernant les arrêts maladie, 28% des malades professionnellement actifs bénéficiaient d'un arrêt de courte durée, alors que 15% d'entre eux étaient en arrêt longue durée depuis 20 mois en moyenne au moment de l'enquête. D'après les auteurs, une très forte corrélation existe entre l'aptitude au travail et le niveau de handicap fonctionnel, mesuré dans cette étude par le Health Assessment Questionnaire (HAQ)⁶⁵. Ainsi, pour un HAQ inférieur à 1, l'impact sur l'aptitude professionnelle semble relativement limité avec 63% de malades actifs, alors que pour un HAQ égal ou supérieur à 2, la proportion d'actifs chute à 15%. Le coût moyen annuel par patient des arrêts maladie de courte durée a été estimé à 380 € contre 643 € pour les arrêts de longue durée (plus de 3 mois). Les départs en retraite anticipés ainsi que les pensions d'invalidité représentent en moyenne quant à eux, 4060 € par patient et par an.

Deux autres enquêtes, étudiant plus spécifiquement l'impact de la polyarthrite rhumatoïde sur les conditions de travail et le revenu des patients ainsi que les coûts indirects associés à la maladie, ont été réalisées en France auprès de 1189 patients membres de l'Association Française des Polyarthritiques (AFP) en 2008^{66,67}. L'âge moyen de ces patients était 53,1 ans et 85,4% d'entre

⁶² Maravic M, Le Bihan C, Boissier MC et al. Activité rhumatologique hospitalière à partir des données PMSI 2000 : étude de six affections rhumatologiques. *Rev Rhum.* 2004 ; 71(12) : 1221-5.

⁶³ Maravic M, Daurès JP, Sany J. hospital costs of rheumatoid arthritis in France in 2001. *Ann Rheum Dis.* 2005; 64 (suppl):403.

⁶⁴ Kobelt G, Woronoff AS, Richard B et al. Disease status, costs and quality of life of patients with RA in France : the ECO-PR study. *Joint Bone Spin.* 2008; 75: 408-415.

⁶⁵ Le HAQ est un indice spécifique à la polyarthrite rhumatoïde reflétant le statut fonctionnel (capacité fonctionnelle) du patient. Il s'agit d'un auto-questionnaire mesurant les aptitudes quotidiennes du patient. Le score calculé va de 0 à 3, un score global de « 0 » signifiant l'absence d'incapacité, alors qu'un score à « 3 » correspond à une incapacité maximale.

⁶⁶ Fautrel B, Maravic M, Maurel F et al. Coûts indirects associés à la polyarthrite rhumatoïde et déterminants. 22^{ème} congrès français de rhumatologie. 2009. Disponible sur http://sfr.larhumatologie.fr/moduleEventPublic/viewPresentation.phtml?about=rc%2F009%2F22esfrhuma%2Fposter%2F20091029-060258-1064%2F_container

eux étaient des femmes. La durée moyenne de la maladie était quant à elle de 14,1 ans. Parmi ces patients, 38,9% avaient un HAQ léger ($0 \leq \text{HAQ} < 1$), 48,1% un HAQ modéré ($1 \leq \text{HAQ} < 2$) et 13% un HAQ sévère ($2 \leq \text{HAQ} \leq 3$). A noter également que 63,5% d'entre eux possédaient une ou plusieurs co-morbidités parmi lesquelles ont été identifiés un mal de dos, d'autres maladies articulaires, de l'ostéoporose, de l'anxiété, de la dépression ou des troubles de la vision.

Alors qu'au moment du diagnostic 83,6% des patients étaient en activité professionnelle, ce taux n'était que de 49,9% au moment de l'enquête, contre 56% de la population française générale ajustée sur l'âge et le sexe. La part des patients travaillant à temps partiel était également plus élevée que dans la population générale, 38,3% contre 28,4%. Parmi les personnes en activité ou ayant eu une activité, 67,5% ont estimé que leur maladie a eu un impact négatif sur leur vie professionnelle, 29,0% ont rapporté une discrimination de poste, 39,4% ont estimé que leur choix de carrière ont été impactés par la polyarthrite et 48,2% d'entre eux ont estimé que la maladie était à l'origine d'une perte de rémunération. Cette perte de revenus moyenne consécutive à la polyarthrite rhumatoïde a été évaluée à 600€ mensuels par les patients, perte qui n'est que partiellement compensée par les pensions d'invalidité ou aides reçues estimées quant à elles à 223€ par mois en moyenne.

Par ailleurs, le pourcentage de temps de travail manqué (absentéisme) était de 8,2% et le pourcentage moyen d'altération sur l'efficacité au travail (présentéisme) de 22,6%. Ces proportions tendent à augmenter avec le score HAQ. D'autre part, 32,7% ont déclaré être en invalidité partielle ou incomplète due à leur polyarthrite rhumatoïde. Au moins un arrêt de travail a été déclaré au cours des 6 derniers mois précédents l'étude chez 45,3% des patients avec, en moyenne, une durée cumulée de 11,6 jours. Concernant le coût indirect annuel moyen, celui-ci a été estimé à 3210€ dont 74,4% sont associés aux pensions d'invalidité et 25,6% sont associés aux arrêts de travail. Les deux principaux facteurs de risque associés à des coûts indirects élevés ont été identifiés dans cette étude comme étant l'échec à au moins une biothérapie et un score de capacité fonctionnelle altérée (score HAQ ≥ 2 vs score HAQ < 1). Au contraire, l'utilisation des biothérapies est prédictive d'un moindre coût indirect comparée aux autres traitements de fonds. Un niveau d'éducation supérieur s'est également révélé protecteur.

Des études similaires ont été réalisées à l'étranger et les constats sont les mêmes concernant les impacts économiques et professionnels de la polyarthrite rhumatoïde. Une étude finlandaise⁶⁸ de 2005 a ainsi montré que sur les 162 patients âgés de 18 à 65 ans et suivis pendant 5 ans, 120, soit 75%, ont eu recours à des arrêts de travail et à des reconnaissance d'invalidité à cause de la maladie (dont 82% de femmes et 61% d'hommes). La perte de productivité moyenne par patient a été évaluée à 7217€ (avec en moyenne pour les femmes et les hommes, respectivement 6477€ et 8443€) et a été corrélée avec la progression du nombre de lésions osseuses.

Au-delà de ces questions de productivité, c'est de la question de l'accompagnement et du maintien dans l'emploi de ces patients qui apparaît prioritaire avec un objectif de qualité de vie au travail qui doit être préservé, malgré le poids de la maladie.

2.3.1.3 La possibilité d'une reconnaissance comme travailleurs handicapés pour les malades atteints de polyarthrite rhumatoïde

Les salariés atteints d'une polyarthrite rhumatoïde sont dorénavant reconnus comme travailleurs handicapés et par conséquent, la loi du 10 juillet 1987⁶⁹ s'applique aux entreprises les employant.

⁶⁷ Fautrel B, Maravic M, Maurel F et al. Impact de la polyarthrite rhumatoïde sur les conditions de travail et le revenu des patients. 22^{ème} congrès français de rhumatologie. 2009. Disponible sur http://sfr.larhumatologie.fr/moduleEventPublic/viewPresentation.phtml?about=rc%2F009%2F22esfrhuma%2Fposter%2F20091029-060247-1038%2F_container

⁶⁸ Puolakka K, Kautiainen H, Pekurinen M et al. Monetary value of lost productivity over a five year follow up in early rheumatoid arthritis estimated on the basis of official register data on patients' sickness absence and gross income: experience from the FIN-RACo trial. *Ann Rheum Dis*. 2006. Jul; 65(7): 899-904.

⁶⁹ Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Cette loi stipule, entre autre, que « tout employeur occupant au moins vingt salariés est tenu d'employer, à temps plein ou à temps partiel, [des travailleurs handicapés] dans la proportion de 6 p. 100 de l'effectif total des salariés ». Cette obligation d'emploi a été renforcée par la loi du 11 février 2005⁷⁰ qui augmente le montant de la contribution annuelle à l'AGEFIPH en cas de non-respect du quota de 6% de travailleurs handicapés. De plus, elle étend au secteur public le principe de contribution et créé le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP).

Au niveau européen, et afin d'agir face à la crise économique et ses effets délétères sur la croissance et le développement social, la Commission européenne donnait le coup d'envoi de la stratégie Europe 2020⁷¹ en mars 2010. Un des objectifs de cette stratégie consiste à faire en sorte que « sur l'ensemble de l'Union Européenne, 75% de la population âgée de 20 à 64 ans ait un emploi » à l'horizon 2020. Or « 23,5% de la population active des 27 Etats membres européen ont déclaré souffrir d'une maladie chronique et 19% ont fait état de problèmes de santé de longue date »⁷².

2.3.1.4 Le maintien dans l'emploi des malades chroniques suppose la mise en œuvre d'une politique volontariste

Dans le rapport IGAS⁷³ portant sur l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 de la branche AT/MP du régime général, le faible niveau de réalisation du programme n°6 de la COG spécifiquement dédié à la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) est souligné.

Le rapport met en évidence la complexité de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle notamment due au fait « *qu'elle se situe à l'interface entre de multiples activités des branches AT-MP et maladie, le concours de partenaires externes et de financeurs et opérateurs du monde du handicap* ». Par ailleurs, « *elle fait simultanément l'objet d'orientation dans la COG AT-MP 2009-2012 et dans la COG maladie 2010-2013, paradoxalement dans des termes assez différents alors que l'offre de service PDP est, à ce stade, commune et indifférenciée aux branches maladie (qui la porte) et AT-MP (qui à vocation à en bénéficier)* ». Il est également fait état du manque d'articulations entre l'offre de service PDP de l'assurance maladie et l'action des services de santé au travail, ce qui renvoie à l'échec de la contractualisation bilatérale CRAM/SST.

Les auteurs soulignent que « *la PDP n'a pas été dotée de moyens organisationnels et financiers à la hauteur de l'enjeu, qui est d'éviter le basculement vers l'invalidité ou le chômage à la suite d'un sinistre AT-MP* ». De plus, de fortes disparités territoriales en termes d'offre de prestation de maintien ou de retour à l'emploi sont mises en évidence.

Enfin, la mission recommande une simplification de la procédure de mise en œuvre de la prestation de rééducation professionnelle, en particulier en entreprise, en rendant ces prestations éligibles à toutes victime AT-MP « *sous la seule condition d'un accord de la caisse primaire et en supprimant les pré-requis d'obtention de la RQTH, d'accord de la MDPH et de la DIRECCTE* ».

L'employabilité dans la maladie chronique soulève plusieurs questions liées à l'embauche, au maintien dans l'emploi et à la formation initiale et continue. Le thème de la lutte contre l'exclusion des travailleurs malades a été celui d'un colloque organisé en mai 2011 sous la direction d'Olivier Obrecht.

⁷⁰ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁷¹ Europe 2020: une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive. Commission européenne.

2010. Disponible sur <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>

⁷² PH work: promoting healthy work for people with chronic illness. 9th initiative (2011-2013). ENWHP. 2013. Disponible sur www.enwhp.org/enwhp-initiatives/9th-initiatives-ph-work.html

⁷³ IGAS. Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de régime général. Avril 2013.

Comme le souligne Stéphane Villar, président de l'Association française des polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques, « *la problématique de réadaptation sur un poste, au-delà de la médecine du travail, doit aborder l'aspect de la formation initiale, dans le cadre de la formation initiale de jeunes adultes. [...]. Nous pensons que la question de la formation se pose non seulement au moment de la réadaptation mais plus globalement lors de l'élaboration du projet personnel de l'individu* ».

L'entreprise doit être pleinement impliquée dans les problématiques d'adaptation de poste et de maintien dans l'emploi, d'autant plus que l'allongement de la durée d'activité constituera une raison supplémentaire pour se saisir de ces problèmes et envisager des évolutions de postes.

Stéphane Villar pose également le problème de la perception de l'équipe par rapport au salarié handicapé, problème qui pour lui est un facteur insuffisamment souligné. « *Ainsi, les aménagements de poste peuvent être vus comme des privilèges si l'entreprise n'a pas été en capacité d'accompagner le malade et d'informer les autres collègues des raisons de santé présidant aux adaptations de poste (en durée et conditions de travail)* ». Pour cela, le rôle des associations est important et toutes sont prêtes à collaborer afin d'apporter des solutions concrètes à ces problèmes. En outre, des études réalisées par des laboratoires d'ergonomie avaient montré que l'aménagement de certains travaux pénibles, bien que parfois coûteux à court terme, représente un investissement rentable à court terme.

Lors de ce colloque, les difficultés qu'ont les services de santé au travail à franchir la frontière de l'emploi ont été évoquées. L'intérêt d'apporter aux médecins et aux employeurs une formation commune sur ces problématiques avait également été souligné.

En outre, une étude IMS⁷⁴ réalisée avec Axa, L'Oréal, Orange et Vinci montrait que la diversité est à la fois un facteur de productivité dans certains secteurs et un levier d'amélioration de la qualité du collectif de travail.

Pourtant malgré ces éléments, la déclaration d'une maladie chronique au médecin du travail constitue souvent une décision difficile à prendre.

La polyarthrite rhumatoïde, tout comme une majorité des maladies chroniques, peut être à l'origine d'un handicap « invisible » se caractérisant surtout par une grande fatigue et des douleurs contraignantes pouvant entraîner des arrêts maladie courts et répétés voir des arrêts de longue durée. D'évolution plus ou moins sévère, elle peut ne pas être détectée par le médecin du travail lors de la visite médicale d'embauche ou lors des visites de reprise ou de pré-reprise. Il appartient donc au salarié atteint de révéler ou non son handicap au médecin du travail. Concernant l'embauche, il en est de même avec l'employeur qui ne peut reprocher au salarié de lui avoir caché sa maladie ou de lui avoir menti sur son état de santé lors de l'entretien.

D'après l'étude ECO-PR⁶⁴ citée plus haut, sur les 1487 patients suivis, 97% ont déclaré souffrir de douleurs modérées ou sévères. Même si ces douleurs ne se font pas ressentir tout au long de la journée, on comprend aisément les conséquences tant psychologiques que pratiques qu'elles peuvent avoir au niveau professionnel. Aux douleurs, s'ajoutent les difficultés à réaliser les tâches quotidiennes ainsi que les déplacements, problèmes touchant respectivement 75% et 66% des patients de l'étude. Les deux tiers de l'échantillon se sont également déclarés anxieux avec toutes les répercussions que cela peut avoir tant au niveau personnel que professionnel. Il ressort de cette étude que les facteurs ayant le plus d'impacts négatifs sur la vie quotidienne sont dans l'ordre : la fatigue (pour 81% des patients), la douleur (76%), l'incertitude concernant l'évolution de la maladie (59%), les altérations physiques (53%) et l'incapacité à réaliser certaines activités (50%).

Ces situations peuvent être problématiques lorsque le salarié malade choisit de ne pas révéler sa maladie s'exposant alors à une incompréhension voir à un rejet de la part de ses collègues et de son

⁷⁴ IMS. La diversité des ressources humaines, levier de performance économique. Novembre 2011. Disponible sur <http://www.imsentreprendre.com/content/la-diversite-des-ressources-humaines-levier-de-performance-economique>

employeur. A l'inverse, un salarié atteint peut avoir tendance à se surinvestir dans son travail pour pallier à des retards ou pour éviter toute appréciation négative de la part de son entourage professionnel. Les conséquences pour le salarié de ce surinvestissement peuvent être une accumulation de fatigue supplémentaire voir une aggravation de son état de santé.

2.3.2 L'articulation des différents acteurs qui interviennent auprès des malades et en premier lieu du médecin traitant et du médecin du travail s'avère complexe

De nombreux acteurs interviennent auprès des travailleurs atteints de polyarthrite rhumatoïde. Parmi eux, bien sûr, se trouve le médecin du travail dont la mission principale est de veiller à la santé des personnes dans le cadre de leur travail, son rôle étant en cela exclusivement préventif. Mais le médecin du travail est également en charge de vérifier l'aptitude du salarié à son poste de travail au cours de plusieurs visites obligatoires (visites médicales d'embauche, visites médicales de reprises, visites médicales de pré-reprises lors d'un arrêt de travail de plus de 3 mois, visites médicales périodiques) et facultatives (visites médicales de pré-reprises lors d'un arrêt de travail de moins de 3 mois, visites demandées par l'employeur ou par le salarié).

L'inaptitude est constatée après une étude du poste et des conditions de travail, et après deux examens médicaux espacés de deux semaines (article R.4624-31 du Code du Travail). Une procédure dérogatoire permet également de déclarer l'inaptitude après une seule visite médicale en cas de danger immédiat ou lorsqu'une visite de pré-reprise a eu lieu dans un délai de 30 jours au plus (ne concerne pas les visites de pré-reprise faisant suite à des arrêts de moins de 3 mois). L'avis d'inaptitude doit être accompagné de propositions du médecin du travail ainsi que le précise l'article L. 4624-1 du Code du Travail qui stipule que « *le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite* ».

Tout l'enjeu des visites de reprise et de pré-reprise est donc de pouvoir détecter de façon précoce la cause de ces arrêts lorsque le salarié a choisi de ne pas révéler sa maladie. Le rôle du médecin du travail est alors d'inciter le salarié à révéler sa maladie afin de pouvoir anticiper les adaptations organisationnelles et pratiques qui seront nécessaires pour sa bonne réintégration. Le fait que le médecin du travail soit soumis au secret médical vis-à-vis de l'employeur constitue un argument qui peut jouer fortement.

Depuis le 1er juillet 2012⁷⁵, et en vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés, la visite médicale de pré-reprise devient obligatoire pour tout arrêt de travail de plus de 3 mois. Cette visite est réalisée par le médecin du travail et est à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil de l'assurance maladie ou du salarié. Cette visite est l'occasion pour l'employeur d'anticiper le retour du salarié malade et ainsi de pouvoir mettre en place des adaptations de postes ou d'organisation au plus vite.

Un autre argument favorisant la déclaration de la maladie est la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et le bénéfice des aides qui en découlent.

L'avantage qu'a le salarié à révéler sa polyarthrite rhumatoïde est la possibilité d'effectuer la demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) auprès de la maison départementale de personnes handicapées (MDPH) et plus précisément au sein de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Le médecin du travail doit inciter le salarié à demander cette reconnaissance car elle permet alors au médecin de jouer l'interface entre le salarié malade et l'employeur. Les travailleurs handicapés bénéficient par

⁷⁵ D'après les articles R.4624-20 et R.4624-21, modifiés par le décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 pour l'application de la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

ailleurs d'une surveillance médicale renforcée en médecine du travail qui peut être bénéfique pour les personnes polyarthritiques afin de suivre l'évolution de leur maladie et ses possibles répercussions dans le cadre professionnel. D'autre part, lorsque la RQTH est effective, l'employeur ou le salarié peuvent solliciter des aides financières auprès de l'AGEFIPH afin de compenser le handicap et ainsi permettre la mise en place des adaptations de postes préconisées par le médecin du travail par exemple. Cela permet donc de faciliter l'intégration et le maintien dans l'emploi du salarié handicapé. Le certificat nécessaire à cette reconnaissance peut être rempli soit par le médecin du travail soit par le médecin traitant. Enfin, le statut de travailleur handicapé n'est en aucun cas définitif, il est réévalué périodiquement selon l'évolution de l'état de santé.

Une fois le statut de RQTH reconnu, le salarié et l'employeur peuvent prétendre à plusieurs aides financière afin de faciliter l'embauche et le maintien dans l'emploi du travailleur malade. Ces différentes aides sont mentionnées en annexe 6.

Des appuis matériels sont également dispensés par le SAMETH et seront détaillés en annexe 7.

Le médecin conseil de l'Assurance Maladie examine les assurés lors des visites de contrôle à la suite d'un arrêt maladie longue durée. Il rend un avis sur l'aptitude à la reprise de l'activité professionnelle du travailleur, sur les pensions d'invalidité et les rentes d'accident du travail versées par l'Assurance Maladie.

Le médecin traitant généraliste ou spécialiste, en plus d'assurer le suivi médical du patient, prescrit les arrêts maladies et réalise la demande de reprise de l'activité professionnelle à temps partiel pour motif thérapeutique. Un désaccord peut exister entre le médecin traitant et le médecin conseil de l'Assurance Maladie concernant la reprise du travail du salarié après un arrêt maladie. Dans ce cas, un expert est nommé conjointement par le médecin conseil et par le médecin traitant.

Outre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil de l'assurance maladie, d'autres acteurs interviennent. Le rôle de certains d'entre eux est décrit brièvement en annexe 7. Il s'agit notamment des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), le l'Association de Gestion de Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH), des Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH), le réseau national de Cap Emploi, ALTHER qui est dédié à la mobilisation des entreprises pour l'emploi des personnes handicapées, les Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT).

Parmi les acteurs internes à l'entreprise, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) joue un rôle majeur. Il apparaît comme un acteur prépondérant dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail et du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, dans les structures de plus de cinquante salariés. En effet, plusieurs de ses missions concernent le handicap et la santé des salariés. En plus de leur rôle d'écoute, de conseil et d'orientation des salariés, les CHSCT doivent également sensibiliser l'ensemble du personnel à ces problématiques. Ils peuvent notamment travailler sur : les conditions d'accès aux locaux ; les aménagements de poste nécessaires à l'intégration ou au maintien des personnes handicapées ; le suivi des personnes devenues inaptes au poste de travail suite à une maladie professionnelle ; les conditions de travail comme origine de handicap ou de maladies professionnelles.

Le comité d'entreprise est également impliqué. L'employeur a en effet obligation de présenter au comité d'entreprise le bilan social avec le nombre de travailleurs handicapés présents dans l'entreprise, le nombre d'inaptitudes liées aux accidents de travail ou aux maladies professionnelles, le nombre de reclassements et de licenciements, etc. Dans le cadre des conventions passées entre l'entreprise et l'AGEFIPH, le comité d'entreprise est également consulté. D'autre part, le comité porte un regard sur la politique d'emploi des personnes handicapées. De ce fait, il peut impulser une politique de gestion des ressources humaines intégrant la dimension du maintien dans l'emploi des personnes en difficulté.

Enfin, le rôle des associations de patients va en augmentant au fur et à mesure qu'elles ont pu se structurer. Les associations de patients jouent en effet un rôle clé dans l'orientation et le soutien des malades atteint de polyarthrite rhumatoïde. Leurs antennes au niveau national et local ainsi que leur

site internet, proposant de l'actualité, des forums de discussions entre patients, des fiches expliquant la maladie et ses traitements, permettent aux patients de mieux comprendre leur pathologie et de poser toutes les questions qu'ils souhaitent sans qu'elles soient forcément de nature médicale. Ainsi, le secteur associatif est indispensable pour appuyer des patients dans leur démarche de reconnaissance RQTH surtout chez les travailleurs malades ne souhaitant pas communiquer leur maladie à leur entourage professionnel. Le dialogue avec d'autres malades dans des situations similaires peuvent aider les patients à surmonter leur crainte et ainsi à pouvoir demander à bénéficier de toutes les aides qui leurs sont possiblement allouées. La HAS reconnaît d'ailleurs le rôle bénéfique des associations et recommande « *d'informer tout patient atteint de PR de l'existence d'associations de malades, notamment dès que le diagnostic est formellement établi, et de lui en communiquer les coordonnées, s'il le souhaite* »⁵⁸.

La pluralité des acteurs et la complexité des situations à résoudre pourraient s'avérer décourageantes si des résultats positifs n'avaient pas déjà été constatés. Les avantages pour les entreprises liés au maintien dans l'emploi de travailleurs reconnus handicapés jouent un rôle moteur.

La prise de conscience accrue de l'importance à accorder au maintien à l'emploi dépasse les questions économiques qui ont pu être mentionnées. Elle rejoint les dimensions éthiques qui amènent aujourd'hui des entreprises à miser sur ce type de stratégie, à « investir » en quelque sorte sur l'amélioration du bien être des salariés dans une démarche de responsabilité sociale. Cependant, la non-déclaration des maladies demeure un obstacle qui interroge sur les articulations à trouver entre médecin du travail et médecin traitant, avec l'accord du salarié et dans le respect du secret médical.

2.4 Addictions et santé au travail

Les addictions à divers produits communément qualifiés de substances psycho-actives (tabac, alcool, substances illicites, médicaments psychotropes lorsque leur usage n'est pas conforme à la prescription médicale) constituent un sujet de préoccupation majeur en matière de santé. Au sens médical du terme⁷⁶ l'addiction se manifeste par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement,
- la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives,
- ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

Cependant, il existe toute une gradation dans la consommation des substances psycho-actives qui, sans pouvoir être médicalement qualifiée d'addiction, n'en représente pas moins un risque pour la santé des individus, car une consommation régulière et modérée peut évoluer vers une véritable addiction. Aussi retiendrons-nous, dans une approche de prévention, une notion plus large de l'addiction, englobant tous les comportements de consommation susceptibles de nuire à la santé des individus (voir annexe 8).

Qu'elle intervienne dans la sphère privée ou sur le lieu de travail, la consommation de substances psycho-actives fait l'objet :

- d'une réglementation abondante visant à l'interdire ou la limiter,
- de programmes d'information sur les risques encourus en matière de santé et de politiques d'accompagnement des usagers pour les aider à mettre fin à leur addiction.

⁷⁶ Livre blanc de l'addictologie française. Fédération française d'addictologie. Mai 2011.

2.4.1 Les addictions ont bien été identifiées comme un sujet majeur de santé publique.

2.4.1.1 Un nombre élevé de décès ou de maladies sont liés à la consommation de substances psycho-actives.

Actuellement, en France, les conduites addictives (en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool, et, dans une moindre mesure, de substances illicites) interviennent directement dans 30% de la mortalité prématurée (décès avant 65 ans). Le « poids » de ces conduites sur la morbidité générale est estimé à environ 20% (complications somatiques et psychiatriques, accidents de la route...). Notre pays est un des plus touchés dans ce domaine en Europe.⁷⁷

Tabac⁷⁸

60 000 décès par an seraient attribuables au tabac. Cette estimation, qui date de 2000, prend en compte en particulier les cancers (poumons, voies aérodigestives supérieures, mais aussi les cancers de l'œsophage, de la vessie et du col utérin), les bronchites chroniques obstructives et les maladies cardio-vasculaires. En 2006, le nombre de décès par cancer attribuables au tabac était estimé à 36 990 dont 22 645 par cancer du poumon. Les hommes touchés sont quatre fois plus nombreux que les femmes mais les tendances d'évolution divergent : la situation masculine s'améliore alors que celle des femmes se détériore.

Alcool⁷⁹

33 000 décès par an seraient attribuables à l'alcool. Ce nombre est en diminution, en partie en raison des progrès thérapeutiques concernant certaines pathologies liées à l'alcool (cancers, cirrhoses), mais surtout grâce à la diminution constante des quantités d'alcool consommées dans l'ensemble de la population française. Le nombre de séjours hospitaliers liés à des pathologies provoquées par la consommation excessive d'alcool (cancers, cirrhoses, accidents vasculaires cérébraux, traumatismes consécutifs aux accidents de la circulation ou aux accidents domestiques des personnes en état d'alcoolisation, etc.) était évalué en 2003 à 1,3 millions et 140 000 personnes ayant un problème avec l'alcool viennent consulter en ambulatoire dans les centres spécialisés, les hôpitaux ou en médecine de ville.

Enfin, 30 % des accidents mortels de la circulation et environ 15 % des accidents du travail surviennent chez des personnes avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal (0,5g/l).

Drogues illicites⁸⁰

Le nombre de décès imputables à la consommation de drogues illicites est mal connu. S'agissant du cannabis, quelques études font apparaître une surmortalité des usagers de cannabis relativement aux non usagers. Ces résultats, trop parcellaires, font l'objet de débats. Il n'a pas, à ce jour, été possible d'établir le rôle causal du cannabis, dont l'usage est par ailleurs lié à d'autres prises de risques (sexuel, autres consommations...). La responsabilité de cette substance dans certaines pathologies est cependant avérée, en particulier dans le cancer du poumon dont l'usage du cannabis multiplierait le risque par trois.

Par ailleurs, conduire sous l'influence du cannabis multiplie par 1,8 le risque d'être responsable d'un accident mortel de la route et ce risque est multiplié par près de 15 en cas de consommation

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Drogues, chiffres clés. 4^{ème} édition. Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). Janvier 2012.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

conjointe d'alcool et de cannabis. Le nombre annuel de décès suite à un accident de la route imputable au cannabis est estimé, à la fin des années 2000, entre 175 et 190 décès.

S'agissant de la consommation de cocaïne, d'héroïne-opiacés et de drogues de synthèse, les décès qui en résultent sont le plus souvent liés à l'association de plusieurs produits. Après avoir fortement chuté à la fin des années 1990, les décès par surdose ont, depuis 2003, de nouveau tendance à augmenter. Leur nombre (365 en 2009) est aujourd'hui encore très probablement sous estimé. En outre, la même année, il a été enregistré 39 décès par Sida de personnes consommatrices de drogue par voie intraveineuse, chiffre en diminution constante depuis le milieu des années 1990.

Les hommes interpellés pour usage d'héroïne, cocaïne ou crack ont un risque global de décès cinq fois plus élevé que les autres hommes du même âge. Pour les femmes, le risque de décès est multiplié par 9. Cette surmortalité s'explique par les risques de surdose et d'infection par le virus du Sida et, dans une moindre mesure, par une exposition accrue aux accidents de la route, aux suicides et aux pathologies de l'appareil circulatoire, respiratoire ou digestif.

2.4.1.2 Les comportements addictifs en général sont bien suivis par les autorités de santé publique.

L'évolution des comportements addictifs en France est suivie depuis 1992, par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) puis l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui conduit, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées « Baromètres santé », sur les différents comportements et attitudes de santé des Français. Le Baromètre santé 2010⁸¹ a été mené du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010 auprès de 27 653 personnes âgées de 15 à 85 ans. Une telle taille d'échantillon permet de disposer d'estimations précises sur l'ensemble de la population résidant en France métropolitaine mais aussi par sous-groupes de populations (voir détail en annexe 9).

Il ressort de ces enquêtes que 13,4 millions de français seraient des usagers quotidiens du tabac, 5 millions de l'alcool et 550 000 de cannabis.

Les grandes tendances d'usage de substances psycho actives qui se dégagent apparaissent plutôt contrastées. Concernant les produits licites, les résultats font apparaître une baisse très significative de l'usage quotidien de boissons alcoolisées pour les deux sexes, dans la continuité de ce qui est observé depuis plusieurs décennies, ainsi qu'une stabilisation des niveaux de consommation plus occasionnels. En revanche, on constate une hausse significative des usages à risque (en particulier les usages à risque ponctuel), de même qu'une hausse significative des épisodes d'ivresse déclarés pour les deux sexes, hausses particulièrement fortes pour les hommes de 18-34 ans et pour les femmes de 18-25 ans.

En matière de tabagisme, la proportion des fumeurs quotidiens est en augmentation par rapport à 2005, en particulier chez les femmes âgées de 45 à 65 ans. En revanche, la proportion des fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour est en baisse.

S'agissant des produits illicites, les données témoignent d'une stabilisation globale des niveaux d'usage actuels de cannabis, la hausse de l'expérimentation de cannabis étant « mécanique ». Pour les produits plus rares, les poppers et la cocaïne enregistrent une hausse significative en matière d'expérimentation comme d'usage actuel. Enfin une hausse significative de l'expérimentation d'héroïne est constatée ainsi qu'une légère hausse des champignons hallucinogènes, alors qu'au contraire l'usage actuel d'ecstasy apparaît en recul.

⁸¹ Baromètre santé 2010. Premiers résultats. INPES. 2011.

2.4.1.3 Les comportements addictifs en milieu de travail n'ont fait que récemment l'objet d'un suivi spécifique.

Pour la première fois en 2010, un volet du Baromètre santé de l'INPES⁸² a été consacré aux consommations de substances psycho actives en milieu professionnel, ce qui permettra désormais d'observer les évolutions dans le temps.

Certains secteurs professionnels présentent une part plus importante d'usagers de substances psycho actives.

Ainsi, si 16% des actifs occupés déclarent consommer de l'alcool sur le lieu de travail en dehors des repas et des pots entre collègues, ces consommations, qu'il s'agisse de l'usage quotidien ou des consommations ponctuelles importantes, sont particulièrement fréquentes dans les secteurs de l'agriculture et de la pêche (16,6 % d'usage quotidien contre 7,7 % parmi l'ensemble des actifs âgés de 16 à 64 ans) et de la construction (13,4 % d'usage quotidien). Ces secteurs sont également particulièrement touchés par les consommations ponctuelles importantes mensuelles (30,7 % dans le secteur de l'agriculture et de la pêche et 32,7 % dans le secteur de la construction contre 19,2 % parmi l'ensemble des actifs), ainsi que les secteurs de l'industrie (26,2 %), l'hébergement et la restauration (26,9 %).

La consommation actuelle de cannabis (usage au cours de l'année) s'avère plus fréquente dans la construction (13 % de consommateurs dans l'année contre 6,9 % parmi l'ensemble des actifs), l'hébergement et la restauration (12,9 %), mais de manière encore plus prononcée dans les arts et spectacles (16,6 % de consommateurs dans l'année).

Pour ce qui est de l'expérimentation d'autres drogues illicites (cocaïne, ecstasy, poppers, champignons hallucinogènes), le milieu de la construction apparaît plus souvent expérimentateur de cocaïne et de champignons hallucinogènes, tandis que les milieux de la restauration, de l'information/communication, et des arts et spectacles sont particulièrement consommateurs de toutes ces autres drogues (cocaïne, ecstasy, poppers, champignons hallucinogènes).

A l'inverse, quatre secteurs d'activités ont des consommations significativement plus faibles que le reste des actifs : l'administration publique, l'enseignement, le milieu de la santé humaine et de l'action sociale et les activités de services aux ménages.

Concernant la consommation par catégorie socioprofessionnelle, le baromètre santé 2005 de l'INPES distingue parmi les actifs occupés trois groupes de consommateurs : les agriculteurs exploitant, largement sous-consommateurs, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise ainsi que les ouvriers nettement sur consommateurs, tandis que les cadres et professions intermédiaires présentent une consommation proche de la moyenne.

S'agissant des médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques ou antidépresseurs) selon une enquête publiée en 2007⁸³, 16,6 % des salariés en consommeraient.

Toutefois, les analyses par secteur d'activité sont à interpréter avec précaution, du fait du caractère fortement sexué de certains d'entre eux (par exemple le secteur de la construction compte 90 % d'hommes et la santé/action sociale 83 % de femmes) et des différences de consommation de certaines substances selon le genre. Ainsi, si les hommes exerçant dans le secteur du commerce ont une consommation qui ne se distingue pas du tout de leurs homologues des autres secteurs, les femmes de ce secteur sont en revanche plus souvent fumeuses de cannabis et ont plus souvent connu l'ivresse au cours de l'année.

⁸² Des substances psycho-actives plus consommées dans certains secteurs de travail. Baromètre santé 2010. INPES. 2012.

⁸³ C. Orset et al. « Les conduites addictives en milieu professionnel, enquête de prévalence par questionnaire chez 1406 salariés de la Loire ». Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 2007. Vol. 68 p. 5-19.

Les surconsommations des hommes exerçant dans les secteurs de l'agriculture et de la pêche (alcool) et de la construction (alcool, cannabis et autres drogues illicites) ne sont pas observées chez les femmes exerçant ces métiers. Enfin, concernant les drogues illicites autres que le cannabis, les surconsommations observées chez les hommes dans les secteurs de l'hébergement et la restauration ne se retrouvent pas chez les femmes.

Mais ces résultats ne doivent pas occulter le fait que l'exercice d'une activité professionnelle reste globalement un facteur de protection des conduites addictives, comparée à la situation de recherche d'emploi. Ainsi, au même titre que l'installation en couple ou la naissance du premier enfant, l'entrée dans le monde du travail semble être l'occasion d'un abandon des consommations de substances psycho actives pour une majorité des personnes consommatrices au cours de leur jeunesse.

2.4.2 La lutte contre l'usage de substances psycho-actives fait l'objet d'un encadrement législatif et réglementaire très précis, complété par la mise en œuvre de plans pluriannuels.

2.4.2.1 Des dispositions législatives et réglementaires qui ont encadré de plus en plus sévèrement l'usage des substances psycho-actives.

Si l'impact en matière de santé publique des pratiques addictives est important et a donc mobilisé l'attention du législateur, d'autres motivations l'ont également guidé dans son souci de réglementer, voire d'interdire, l'usage des produits sources d'addictions. Les dispositions législatives et réglementaires figurent en annexe 10.

En milieu de travail la législation de droit commun a vocation à s'appliquer et n'a fait l'objet de dispositions particulières qu'en ce qui concerne l'usage de l'alcool. Ainsi, trois articles du code du travail imposent des dispositions plus restrictives que le droit commun :

Article R. 4228-20 : « *Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail.* »

Article R. 4228-21 : « *Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse.* »

Cet article, qui ne visait à l'origine que l'état d'ivresse dû à l'alcool, est aujourd'hui interprété comme pouvant s'appliquer aux consommations de drogues ou de médicaments dès lors que ces substances entraînent un comportement assimilable à l'ivresse

Article R. 3231-16 : « *Il est interdit d'attribuer des boissons alcoolisées au titre d'avantages en nature.* »

Par ailleurs, le règlement intérieur de l'entreprise peut prévoir des règles plus strictes relatives à l'usage de l'alcool ou au contrôle de l'alcoolémie, mais dans le respect des dispositions de l'article 1321-3 du code du travail qui dispose que « *Nul ne peut apporter au droit des personnes et aux libertés individuelles et collectives, des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir, ni proportionnées au but recherché.* »

2.4.2.2 La lutte contre les addictions mobilise depuis plusieurs années l'attention des pouvoirs publics, mais le milieu professionnel n'a pas fait l'objet de dispositions particulières.

L'état de santé de la population française se caractérise par une des espérances de vie parmi les meilleures du monde et une mortalité prématurée (décès avant 65 ans) parmi les plus élevées d'Europe. La plupart des causes de cette surmortalité prématurée sont en principe évitables : elles tiennent à des comportements individuels ou collectifs modifiables (consommation de tabac et d'alcool, accidents, suicides, etc.).

S'agissant d'une question de santé publique la lutte contre les addictions doit mobiliser en premier lieu le ministère de la santé et, s'agissant des addictions en milieu de travail, le ministère en charge du travail. Par ailleurs, ce sujet comporte une dimension interministérielle qui a conduit à mettre en place une structure ad hoc, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), placée auprès du Premier ministre, chargée d'animer et de coordonner les actions de l'Etat en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Elle a en particulier organisé deux forums régionaux en 2009 et es assises nationales « Drogues illicites et risques professionnels » en juin 2010. Ces assises ont réuni plus de 500 personnes investies dans la prévention des drogues en milieu professionnel (cf. annexe 11). Le terme de « toxicomanies » est entendu au sens large et recouvre les consommations excessives de tabac ou d'alcool.

Il ressort de l'examen des lois et plans adoptés ces dernières années pour prévenir et lutter contre les addictions que les addictions en milieu de travail n'ont pas fait l'objet d'une attention forte (voir annexe 11).

Le plan santé au travail lui-même, n'évoque pas la question des pratiques addictives en milieu professionnel.

Le plan santé au travail 2010-2014 a été élaboré par le ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique à l'issue d'une démarche largement participative, puisqu'elle a associé, depuis l'été 2009, non seulement les administrations concernées mais également les organismes de prévention et l'ensemble des partenaires sociaux dans le cadre du Conseil d'orientation sur les conditions de travail, installé en avril 2009. Il n'évoque à aucun moment la question des pratiques addictives en milieu professionnel. Pourtant, plusieurs études font état des liens entre accidents professionnels, absentéisme, conflits interpersonnels au travail et usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants⁸⁴. Cela illustre bien les difficultés à prendre en compte la question des addictions en milieu professionnel (voir infra).

2.4.3 La spécificité du milieu professionnel a mal été prise en compte dans les politiques de prévention et de lutte contre l'usage des substances psycho-actives.

2.4.3.1 Les connaissances sur l'usage de substances psycho-actives en milieu de travail sont limitées.

La politique de santé et de sécurité au travail vise à prévenir et réparer les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles résultant l'activité professionnelle. Les addictions en tant que telles ne résultent pas de l'activité professionnelle, même si des débats existent sur la relation entre conditions de travail et consommation de substances psycho-actives (voir infra) et s'il est avéré qu'elles peuvent être à l'origine d'accidents du travail ou de trajet.

Les comportements addictifs sont donc mal appréhendés dans le monde du travail ainsi qu'en témoigne le caractère lacunaire des données en ce domaine.

La prévention des usages de drogues en milieu professionnel demeure largement sous-documentée. La recherche bibliographique effectuée par la MILDT pour la préparation des forums régionaux et des assises nationales a mis en évidence un nombre limité d'études épidémiologiques sur la problématique des addictions en milieu professionnel. Il existe notamment peu d'études randomisées à fort niveau de preuve. Ceci s'explique peut-être par la complexité et le nombre des déterminants à prendre en compte pour étudier les relations entre le travail et la consommation de substances psycho-actives.

⁸⁴ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2012-Fiche 1-9.

Cependant, à défaut de statistiques exhaustives, plusieurs études⁸⁵ ont démontré le lien entre consommation de substances psycho-actives et accidents du travail.

L'expertise collective de l'INSERM⁸⁶ consacrée à l'alcool rapportait que 10 à 20% des accidents du travail seraient dus directement à l'alcool, la plupart d'entre eux survenant chez des personnes non dépendantes.

L'étude SAM⁸⁷ (Stupéfiants et accidents mortels) montre que lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de l'alcool (y compris avec une alcoolémie inférieure à 0,5 g par litre) le risque d'être responsable d'un accident routier mortel est multiplié par 8,5 par rapport à un conducteur n'ayant pas consommé. Dans le cas d'une conduite sous l'influence de cannabis, ce risque est multiplié par 1,8.

L'étude CESIR⁸⁸ signale que la consommation de médicaments comportant un pictogramme de danger orange (niveau 2) ou rouge (niveau 3) est impliquée dans 3 % des accidents routiers (mortels ou non).

Ces deux dernières études sont d'autant plus intéressantes que le risque routier a été identifié par la branche AT-MP comme un risque prioritaire à prévenir pour diminuer le nombre d'accidents de travail et de trajet (voir infra).

2.4.3.2 Les politiques de santé et de sécurité au travail n'ont pas identifié l'usage des substances psycho-actives comme un risque spécifique pour l'activité professionnelle.

Nous avons déjà souligné que le plan santé au travail 2010-2014 élaboré par le ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique n'évoque à aucun moment la question des pratiques addictives en milieu professionnel.

La convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT-MP 2009-2012 ne mentionne pas non plus les pratiques addictives comme source de risque professionnel, bien qu'elle ait fait du risque routier l'une des quatre priorités qui devait constituer le socle de l'action de prévention de la branche.

Le nombre d'accidents de travail ou de trajet liés au risque routier⁸⁹ s'est élevé à 77 239 en 2011 et a entraîné 466 décès. Pour les seuls accidents du travail liés au risque routier (les accidents routiers de mission) les chiffres sont respectivement de 20 319 et 112. Le risque routier concerne globalement 10% des accidents ayant donné lieu à un premier versement en espèces (pour arrêt de travail, incapacité permanente ou décès), mais est responsable de presque la moitié des décès par accident. Avec 112 décès sur 552, le risque routier explique un décès au travail sur 5 (20%), proportion stable depuis plusieurs années. Côté trajet, la proportion est inversée, et plus importante qu'en 2010, puisque neuf décès sur dix (90%) intervenant au cours des trajets trouvent leur cause dans le risque routier (84% en 2010).

Bien que l'influence de la consommation de substances psycho-actives sur les accidents de la route ait été démontrée par plusieurs études (voir supra), les partenaires de la branche AT-MP n'ont pas fait de la prévention de la consommation de ces substances une priorité.

⁸⁵ Etudes citées dans la brochure de l'INRS : «Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention. » INRS. Mars 2013.

⁸⁶ « Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. » Collection « Expertise collective ». Paris. Editions INSERM. 2003.

⁸⁷ LAUMON B. et al. « Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) ». Saint Denis la Plaine, OFDT 2011.

⁸⁸ ORRIOLS L et al. « Prescription medicines and the risk of road traffic crashes: a french registry-based study. » PLOS Medicine, 2010 N°7 page 1-9.

⁸⁹ Rapport de gestion 2011. CNAMTS. Direction des risques professionnels.

Les documents consultés par la mission relatifs à la prévention du risque routier⁹⁰ n'évoquent jamais l'usage de substances psycho-actives comme facteurs de risques, si ce n'est de manière allusive dans un document technique⁹¹ qui précise qu'il convient de :

- connaître l'effet des substances psycho-actives et traitements médicaux et donc avoir une hygiène de vie compatible avec l'activité de conduite.
- connaître les états de santé compatibles ou incompatibles avec la conduite et donc de détecter à temps les signaux d'alerte.

Ce constat a été confirmé lors de la rencontre de la mission avec la direction des risques professionnels, qui a fait part de la réticence des partenaires sociaux à aborder la question des addictions au motif qu'il s'agit d'une question qui relève tout autant de la sphère privée que de la sphère professionnelle.

2.4.3.3 Des publications témoignent des liens complexes entre travail et addictions

A l'occasion des assises nationales « Drogues illicites et risques professionnels » en juin 2010, des organisations syndicales ont souligné que l'organisation du travail pouvait créer ou aggraver des addictions.

Ce constat est conforté par les résultats du baromètre santé 2010 de l'INPES⁹², qui souligne que plus du tiers des fumeurs réguliers (36,2%), 9,3% des consommateurs d'alcool et 13,2% des consommateurs de cannabis déclarent avoir augmenté leurs consommations du fait de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours des 12 derniers mois.

Cependant, le renforcement de ces pratiques addictives apparaît significativement plus important chez les chômeurs que chez les actifs occupés, situation que n'ont pas manqué de relever les représentants des employeurs lors des assises nationales pour s'interroger sur les relations entre conditions de travail et comportements addictifs.

Mais d'autres études tendent à établir un lien de causalité direct entre conditions de travail et comportements addictifs, particulièrement pour ce qui concerne l'alcool.

L'expertise collective de l'INSERM précitée⁹³ rapporte les résultats de différentes études sur les circonstances favorisant la consommation d'alcool au travail. Parmi elles peuvent être citées : le stress, les exigences liées aux postes de sécurité, certains rythmes de travail dont le travail posté, les habitudes de consommation dans l'entreprise où la consommation d'alcool ou de drogues illicites est sinon valorisée tout au moins largement tolérée, la non consommation pouvant parfois être une cause d'exclusion, les repas d'affaires.

La cohorte GAZEL⁹⁴ a permis d'étudier les modes de vie et les problèmes de santé de 20 000 salariés français pendant plus de 20 ans. Il en ressort que certaines contraintes de travail augmentent la consommation d'alcool. C'est le cas, entre autres, du travail en plein air (plus de la

⁹⁰ Prévention du risque routier au travail. Texte adopté le 5 novembre 2003 par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Prévenir les accidents routiers de trajet. Texte adopté le 28 janvier 2004.

Livre blanc. Prévenir le risque trajet domicile-travail. Comité de pilotage pour la prévention du risque routier professionnel. Avril 2009.

⁹¹ Référentiel de compétences pour l'utilisation d'un véhicule utilitaire léger dans le cadre professionnel. Avril 2009.

⁹² Des substances psycho-actives plus consommées dans certains secteurs de travail. Baromètre santé 2010. INPES 2012.

⁹³ « Alcool, dommages sociaux, abus et dépendances. Collection « Expertise collective ». Paris. Editions INSERM 2003.

⁹⁴ LECLERC C. et al. « Consommation de boissons alcoolisées dans la cohorte GAZEL : déterminants, conséquences sur la santé dans le domaine cardio-vasculaire et autres relations avec l'état de santé ». Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 1994. Volume 55. Pages 509-517.

moitié du temps de travail), des postures pénibles, du port de charges lourdes et des déplacements longs, fatigants ou rapides.

Plus récemment, une étude pilote a été réalisée avec la collaboration de médecins du service de santé de la Sarthe et de la Mayenne en Pays de Loire en mai 2008⁹⁵, auprès d'un échantillon de 1 641 salariés volontaires (1 556 questionnaires exploités). L'étude porte sur le travail perçu et les contraintes temporelles, en retenant l'hypothèse que le travail peut influencer les conduites addictives sous certaines conditions. Les résultats montrent des liens entre certaines caractéristiques de travail et les conduites addictives, pouvant contribuer partiellement aux différences entre les sexes : pour les femmes, le travail en horaires décalés, et pour les hommes une demande importante dans le travail, sont corrélés avec la prise de substance psycho-actives. Les substances psycho-actives licites, illicites et les médicaments ont été pris en compte mais les résultats présentés portent surtout sur les drogues licites (tabac, alcool, anxiolytiques).

Ces études ainsi que la connaissance empirique des effets des substances psycho-actives (diminution de la vigilance et des réflexes, modification des capacités de raisonnement, du champ de vision et de la perception du risque) n'ont toujours pas permis de dégager un consensus entre les différents acteurs sur la nécessité d'agir dans ce domaine et sur les actions à mettre en œuvre.

Cette situation peut s'expliquer par les craintes légitimes de voir le milieu du travail empiéter sur la vie privée des salariés et sur les difficultés à différencier ce qui relève d'un facteur de risque liée à la vie privée d'un facteur de risque liée à la vie professionnelle, d'autant que les facteurs de risques sont souvent intriqués.

Il semble toutefois que la situation évolue un peu depuis ces dernières années grâce aux efforts d'information réalisés par des structures telles que la MILDT ou l'institut national de recherche et de sécurité. Elles se sont en effet efforcées de sensibiliser l'ensemble des acteurs à cette question en organisant des manifestations et en diffusant des documents permettant de mieux connaître les risques liés à l'usage de substances psycho-actives et en présentant les actions à conduire pour prévenir et lutter contre les addictions.

2.4.3.4 Des évolutions potentielles

Une sensibilisation des acteurs

La MILDT et l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des risques professionnels (INRS) s'efforcent de sensibiliser l'ensemble des acteurs à la nécessité de mettre en place une politique de prévention et de lutte contre les addictions en milieu de travail en diffusant des guides pratiques⁹⁶ présentant les risques encourus par l'usage de substances psycho-active, les responsabilités de chacun et les outils utilisables. L'impact de la diffusion de ces documents sur les pratiques des entreprises est difficile à mesurer compte tenu de leur récente diffusion. Ces documents n'en constituent pas moins des vecteurs importants pour permettre le développement d'une meilleure prise de conscience de la nécessité de traiter la question des addictions en milieu professionnel.

⁹⁵ Mesure de l'impact du travail sur les conduites addictives. A partir d'une étude épidémiologique pilote en Pays de la Loire. Communication à l'occasion de la réunion de la société française d'alcoologie. Octobre 2009.

⁹⁶ Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. La documentation française. Janvier 2012.

Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention. INRS. Mars 2013.

La prise de conscience de l'employeur de ses obligations et augmentation des risques liés aux stupéfiants en particulier dans certains secteurs

L'employeur est tenu à une obligation de sécurité de résultat⁹⁷ et doit donc intervenir en matière d'addictions dès lors que la santé du salarié est en jeu (risque d'accident). Il lui revient de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs⁹⁸.

En cas de manquement à l'obligation de sécurité de résultat et s'il y a un accident du travail, il peut être poursuivi pour faute inexcusable. L'employeur est par ailleurs responsable des dommages que ses salariés peuvent causer à des tiers⁹⁹. Par conséquent, l'employeur pourrait voir sa responsabilité engagée si l'un de ses salariés, sous l'emprise d'une drogue illicite ou d'alcool provoquait, dans l'exercice de ses fonctions, un accident lié à son état.

Si les juges ont affirmé la responsabilité de l'employeur en cas d'accident, ils insistent également sur sa responsabilité en matière de prévention. Ainsi, avec l'arrêt SNECMA¹⁰⁰, la Cour de cassation a considéré que l'obligation de sécurité de résultat a également un aspect préventif : l'employeur est sanctionné d'une réorganisation présentant des dangers pour la santé des travailleurs. Plus encore, le manquement de l'employeur à l'une de ses obligations en matière de sécurité, ou le non-respect de ses engagements pris conventionnellement ou unilatéralement, engage sa responsabilité civile, même s'il n'en est résulté ni accident du travail, ni maladie professionnelle, ni altération de la santé du salarié¹⁰¹.

La consommation de drogues illicites, source de risque pour la sécurité des salariés et des tiers, doit donc être évaluée et intégrée à la politique de prévention de l'entreprise.

Pour ce faire, il appartient à l'employeur de veiller au respect, en milieu de travail, des dispositions législatives et réglementaires relatives aux substances psycho-actives.

Le règlement intérieur permet d'adapter ces dispositions aux spécificités de chaque entreprise. Il peut ainsi, à condition de ne pas apporter au droit des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature des tâches à accomplir prévoir différentes mesures, notamment :

- des mesures d'interdiction totale ou partielle de l'alcool sur le lieu de travail selon les mesures de sécurité à prendre en fonction des activités de l'entreprise ;
- des mesures d'encadrement des pots d'entreprise ;
- la liste des postes de sûreté et de sécurité pour lesquels un dépistage de consommation d'alcool ou de drogues peut être pratiqué ;

⁹⁷ Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-41.220. L'employeur est tenu d'une obligation de sécurité de résultat vis-à-vis de ses salariés en ce qui concerne la protection contre le tabagisme dans l'entreprise. Manque à cette obligation et ne satisfait pas aux exigences des articles R. 3511-1, R. 3511-4 et R. 3511-5 du code de la santé publique, l'employeur qui se borne à interdire à ses salariés de fumer en présence de l'un d'entre eux et à apposer des panneaux d'interdiction de fumer dans le bureau collectif que ce dernier occupait.

⁹⁸ Article L. 4121-1 du code du travail : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

- 1° Des actions de prévention des risques professionnels ;
- 2° Des actions de formation et d'information ;
- 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. »

⁹⁹ Article 1384 du code civil. « On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. »

¹⁰⁰ Cass. soc., 5 mars 2008, n° 06-45.888.

¹⁰¹ Cass. soc., 30 novembre 2010, n° 008-70.390.

- des modalités de contrôle particulières :

Lorsqu'une consommation de substance psycho-active est mise en évidence et qu'elle est dangereuse pour le salarié ou son entourage, il n'existe pas de disposition réglementaire spécifique en ce qui concerne le retrait du poste.

Néanmoins, l'employeur responsable de la sécurité et de la santé physique et mentale des travailleurs (voir supra l'article L. 4121-1 du code du travail) a en charge l'organisation des premiers secours aux accidentés et aux malades¹⁰² au sein de son entreprise.

A ce titre, il doit définir, après avis du médecin du travail, les conditions de prise en charge d'un travailleur hors d'état de se protéger. Dans ce cadre, ce salarié doit être retiré de tout poste dangereux.

Enfin, en dehors des examens médicaux d'embauche et périodiques, l'employeur peut demander au médecin du travail un nouvel examen médical pour vérifier l'aptitude du travailleur¹⁰³.

L'importance de passer d'une logique de contrôle à une réelle logique de prévention est désormais soulignée par de nombreux acteurs

Pour aider les employeurs à mettre en place des plans de prévention collective de l'usage des substances psycho-actives, la MILDT et l'INRS ont défini, dans les guides qu'elles ont diffusés, un certain nombre de principes susceptibles d'assurer le succès de ces démarches. (Voir annexe 13).

Il s'agit notamment d'assurer un accompagnement des salariés et une sorte de veille permettant de repérer les situations à risque. Dans les grandes entreprises, on peut envisager qu'une fonction de médiateur soit mise en place. Pour les PME et les TPE, cela apparaît nettement plus problématique. Des solutions de mutualisations pourraient être proposées, en particulier des mutualisations sur des zones d'activités à l'instar de ce qui a pu être réalisé en 1996 en Pays de la Loire, dans le secteur de la boucherie. L'action participative par branche (APB) viande de boucherie a été mise en œuvre conjointement par la CNAMTS, l'INRS et la CCMSA avec le soutien de l'ANACT, de la DGAL, de l'inspection du travail et des médecins du travail et en partenariat avec l'ensemble de organisations professionnelles du secteur, de 1995 à 2002. Cette action visait à la mise en place d'un animateur de sécurité inter-entreprise pour les PME de moins de 200 salariés dans la région des Pays de la Loire en 1996.

La question du dépistage sur le lieu de travail, qui a été longuement abordée lors des assises nationales de juin 2010 soulève de nombreuses questions éthiques, juridiques et techniques (voir annexe 6). En liaison avec la DGS, la MILDT avance sur ce dossier afin de sécuriser la pratique des dépistages en entreprise.

Le salarié lui-même et les autres acteurs sont partie prenante de la politique de prévention mise en place dans l'entreprise.

Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa

¹⁰² Article R. 4224-16 du code du travail : « En l'absence d'infirmiers, ou lorsque leur nombre ne permet pas d'assurer une présence permanente, l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades. Ces mesures qui sont prises en liaison notamment avec les services de secours d'urgence extérieurs à l'entreprise sont adaptées à la nature des risques.

Ces mesures sont consignées dans un document tenu à la disposition de l'inspecteur du travail. »

¹⁰³ Article R. 4624-17 du code du travail : « Indépendamment des examens périodiques, le salarié bénéficie d'un examen par le médecin du travail à la demande de l'employeur ou à sa demande. La demande du salarié ne peut motiver aucune sanction. »

sécurité ainsi que de celle des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail conformément à l'article L. 4122-1 du Code du travail.

Depuis 2002, la Cour de cassation insiste sur la responsabilité du salarié en visant cet article dans ses arrêts relatifs aux licenciements au motif d'alcoolémie. Cette responsabilité s'étend également aux collègues du salarié en état d'ébriété. La Cour de cassation a ainsi condamné pour non-assistance à personne en danger les salariés laissant un collègue partir ivre au volant de sa voiture après un repas de fin d'année¹⁰⁴.

Le rôle du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) apparaît ici essentiel. Il est décrit ainsi que celui d'autres acteurs internes à l'entreprise en annexe 14.

Le service de santé au travail et le médecin de prévention sont au cœur de la démarche de prévention et de lutte contre les addictions.

La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a explicitement introduit la prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail parmi les missions de conseil des services de santé au travail¹⁰⁵.

Le service de santé au travail et, en son sein, le médecin du travail peut intervenir en matière d'usage de substances psycho-actives à l'occasion :

- des actions sur le milieu de travail (prévention collective),
- des examens médicaux d'embauche, périodiques et suite à certaines absences, pratiqués sur les salariés. C'est lors de ces visites médicales que le médecin prononce, confirme ou infirme l'aptitude du salarié à son poste de travail.

Le médecin du travail bénéficie d'une entière indépendance dans les avis qu'il rend tant dans le cadre de son action sur le milieu de travail que dans celui du suivi médical individuel des salariés. Son indépendance professionnelle est aussi garantie par le code du travail¹⁰⁶.

En l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible d'identifier un groupe de sujets à risque sur lequel devrait spécifiquement porter une action relative aux consommations de substances psycho-actives. Toute politique de prévention en ce domaine doit donc avoir un champ d'intervention général et il revient au médecin du travail, notamment, de détecter les expositions individuelles à ce risque.

S'il estime nécessaire un dépistage de la consommation de drogues illicites (voir annexe 15), le médecin du travail détermine librement la nature du test qu'il va utiliser, après avoir informé le salarié. L'employeur ne peut lui imposer de réaliser un alcootest ou un dépistage de drogues (test urinaire ou salivaire). Toutefois le médecin du travail est tenu d'examiner le salarié à la demande de l'employeur.

¹⁰⁴ Cass. crim., 5 juin 2007, n° 06-86.228.

¹⁰⁵ Article L. 4622-5 du code du travail : « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs. A cette fin, ils :

1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

2° Conseillent les employeurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;

... »

¹⁰⁶ Article L. 4623-8 du code du travail : « Dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le présent code. »

2.4.4 L'ampleur des phénomènes d'addictions en entreprise est mal connue

La mission a essayé d'éclairer la réalité de la mise en œuvre des politiques de prévention en reprenant des informations résultant d'enquêtes menées, pour l'essentiel, par des médecins du travail.

Dans le cadre des travaux de l'INPES, une enquête nationale¹⁰⁷ a été menée par téléphone en 2009 auprès de 750 médecins du travail représentant l'ensemble des régimes d'exercice (régimes autonomes, interentreprises, fonction publique, hospitaliers, mutualité sociale agricole), afin d'identifier leurs opinions et leurs pratiques sur le suivi des salariés et la prévention des conduites addictives. Les médecins du travail se montrent attentifs aux questions des addictions chez les salariés. L'usage de cannabis est perçu comme étant répandu. Une augmentation du nombre des salariés usagers de drogues est observée par rapport à il y a cinq ans. Les médecins du travail se montrent prudents sur l'utilisation des dépistages et y ont peu recours (les services autonomes sont significativement plus nombreux à les pratiquer) et font surtout appel aux déclarations des salariés. Ils se montrent plus ouverts que les DRH aux intervenants externes spécialisés.

Une autre enquête conduite en septembre-octobre 2008 auprès de 239 médecins du travail qui exercent en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes¹⁰⁸ permet d'illustrer concrètement la nature des interventions des médecins du travail.

Elle montre que 48 % des médecins du travail déclarent avoir participé au moins une fois à une action de prévention collective sur la thématique des addictions, tous types d'action confondus. Ce taux est de 41 % sur la dernière année.

Pour les 41 % qui déclarent des participations à des actions de prévention collective sur la dernière année, on observe qu'elles font majoritairement suite à la demande de l'employeur (67 %), et au contraire, beaucoup plus rarement à la demande des CHSCT (25 %).

Il faut toutefois nettement relativiser à la hausse ce chiffre des demandes à l'initiative des CHSCT puisque la part des PME-PMI qui est susceptible d'accueillir un tel dispositif est très faible : seules 3 % des entreprises françaises sont en effet des PME-PMI de plus de 50 salariés. Donc la part des CHSCT est ainsi surreprésentée dans la mobilisation des différents acteurs autour d'une action de prévention collective en direction des addictions.

L'initiative de l'action est souvent portée par plusieurs partenaires (74 % des cas).

Les principales modalités d'intervention des médecins du travail sur les actions collectives sont la documentation et l'intervention sous forme de conférence auprès des salariés. Ils sont également mobilisés dans le cadre de l'élaboration de projets de prévention.

En matière de prévention individuelle, suivant les produits, les pratiques de repérage des addictions par les médecins du travail sont très différentes. La consommation de tabac est systématiquement interrogée tandis que celle d'alcool ne l'est que sous certaines conditions. Les usages de produits illicites sont moins souvent abordés d'une façon générale. Ces observations posent la question de la différence de statuts des consommations suivant les produits.

En moyenne, dans l'année écoulée, les médecins du travail interrogés repèrent 25 salariés qu'ils qualifieraient comme étant dans une consommation d'alcool « qui leur pose problème ». Cela correspond à 1 % des salariés qu'ils suivent. A titre d'indication, il est possible de comparer ce pourcentage à celui des personnes qui présentent des usages à risque chronique ou de dépendance à l'alcool tel qu'il est évalué pour les actifs occupés de 16-65 ans à partir du test Audit-C (Baromètre Santé 2005). On observe ainsi que 8,1 % des actifs présentent des usages à risque chronique ou de dépendance à l'alcool.

¹⁰⁷ Enquête « Médecins du travail ». « Mésusage de substances psycho-actives : quel rôle de prévention pour les médecins du travail ? ». INPES-INRS-SMTOIF. 2010.

¹⁰⁸ Les médecins du travail face aux conduites addictives. Centres d'information régionaux drogues et dépendances de Rhône-Alpes et PACA. Février 2010.

L'âge des personnes repérées comme présentant une dépendance à l'alcool (selon l'appréciation du répondant) est élevé puisqu'ils sont 83 % à avoir au moins 40 ans, les plus de 50 ans étant 42 % et les moins de 30 ans moins de 4 %. Parmi les salariés repérés comme dépendants à l'alcool, la part des personnes qui occupent des postes à risque et/ou de sécurité est très importante au regard de la répartition générale des activités (66 %). En moyenne, 26 % des repérages de dépendance à l'alcool donnent lieu à la délivrance de certificats d'aptitude temporaire.

Les visites périodiques sont en tête des situations de repérage des dépendances à l'alcool. Elles sont suivies par celles réalisées à la demande de l'employeur. Il est à noter que dans 84% des visites faites à la demande de l'employeur, la consommation d'alcool a été explicitement mentionnée.

S'agissant des conditions de suivi, dans 89 % des cas, les praticiens demandent à revoir la personne identifiée comme dépendante à l'alcool, et dans 28 % des cas, ils la revoient au moins quatre fois. 89 % orientent les personnes repérées vers leur médecin traitant (82 % cumulent les deux démarches). Seulement 4 % ne revoient ni n'orientent vers le médecin traitant.

Les personnes identifiées comme dépendantes au cannabis sont beaucoup plus jeunes que celles concernées par l'alcool. Par rapport à l'alcool, la part des personnes repérées comme dépendantes au cannabis est moins souvent sur des postes à risque ou de sécurité. Les salariés repérés comme étant dépendants au cannabis sont beaucoup plus souvent sur des contrats précaires (CDD, intérim). Cette observation est à mettre en lien avec l'âge des personnes.

Il s'avère également que le repérage de la dépendance au cannabis est moins fréquemment le fait d'une visite ou d'une indication du fait de l'employeur que pour les consommations d'alcool.

L'évocation de cette difficulté au cours de l'entretien, spontanément ou lors de questions posées systématiquement par le praticien, représente le vecteur principal de repérage de la dépendance à ce produit.

Les repérages d'une dépendance au cannabis ne donnent pas lieu aux mêmes conséquences que lorsque l'alcool est en cause. La délivrance d'une inaptitude temporaire est cinq fois plus rare, ainsi que les aptitudes soumises à une « contrevisite ».

Ces résultats sont notamment à mettre en lien avec la part moins importante de poste à risque et de sécurité concernée lorsqu'il s'agit d'une dépendance au cannabis

Il convient de préciser que 52 % des praticiens interrogés orientent les personnes identifiées comme dépendantes au cannabis vers leur médecin traitant (contre 89 % pour l'alcool) et 19 % leur remettent une liste de centres de soins spécialisés

L'enquête montre qu'il y a un écart entre la part des salariés présentant des consommations d'alcool qui leur posent problème, telle qu'elle est repérée par les praticiens interrogés, et celle déclarée pour le même type de population au niveau national.

Plusieurs hypothèses peuvent être proposées pour expliquer cette différence :

- manque de temps du médecin du travail pour conduire un entretien approfondi ou proposer un questionnaire. Cette situation renvoie à la question de la couverture médicale des entreprises, en particulier les PME, compte tenu de la pénurie de médecins du travail ;
- les salariés éluderaient plus ou moins consciemment leurs pratiques de consommation face au médecin du travail, peut-être par crainte - fondée ou non - d'une mise en inaptitude ;
- les salariés penseraient que la difficulté qu'ils traversent n'est qu'un problème individuel, ne prenant pas la mesure du fait qu'il s'agit aussi d'une situation qui implique l'organisation du travail.

Enfin, la relation entre les drogues et le milieu du travail en France a aussi été approchée avec des méthodes de recherche qualitative. Les travaux d'Astrid Fontaine¹⁰⁹ offrent une perspective d'ethnographie compréhensive, notamment à travers des témoignages rares d'usagers de drogues qui travaillent. Ils mettent en évidence les stratégies développées par certaines catégories d'actifs pour préserver leurs habitudes antérieures de consommation tout en se mettant en position de pouvoir répondre aux exigences de leurs activités professionnelles. Ces travaux apportent un éclairage sur les caractéristiques d'usagers intégrés à un milieu professionnel. Ceux-ci parviendraient à gérer l'usage de substances illicites tout en préservant leur statut et leur image sociale, qui plus est sans avoir recours à des structures ou à des institutions spécialisées dans le domaine de la consommation de psychotropes et sans s'exposer aux sanctions judiciaires que peut engendrer leur pratique.

2.4.5 Les pistes de progrès pour le développement des politiques de prévention de l'usage de substances psycho-actives en entreprises.

Les développements précédents ont permis d'identifier un certain nombre d'obstacles à la mise en œuvre de politiques de prévention de l'usage des substances psycho-actives en milieu professionnel :

- ***La « culture » de certains métiers dans lesquels l'usage de substances addictives est sinon valorisé, tout au moins toléré.***
- Cette situation se retrouve également hors milieu de travail et explique la difficulté à lutter contre l'usage de substances psycho-actives,
- ***L'idée selon laquelle les comportements addictifs relèveraient de la sphère privée et non de la sphère professionnelle.***
- Elle expliquerait, d'une part, les réticences des partenaires sociaux à aborder cette question et, d'autre part, le refus des salariés d'en parler au médecin du travail, soit parce qu'ils pensent que cette question ne concerne pas leur activité professionnelle, soit parce qu'ils redoutent une décision d'inaptitude.
- ***La difficulté pour les médecins du travail à identifier les situations à risque***, le plus souvent faute de pouvoir consacrer suffisamment de temps aux visites médicales, mais aussi en raison des stratégies d'adaptation du comportement de certains salariés aux exigences de leur poste de travail.
- ***L'existence de relations de causalité entre conditions de travail et consommation de substance psycho-actives***, qui vide largement de leur sens les politiques de prévention si elles ne peuvent pas modifier les situations de travail à l'origine du comportement du salarié.

Mais au-delà de ces difficultés, les débats des assises nationales « Drogues illicites et risques professionnels » de juin 2010 ont mis en lumière d'autres freins au développement des politiques de prévention de l'usage des substances psycho-actives en milieu de travail :

- ***La situation spécifique des addictions dans les très petites entreprises, par exemple dans le secteur artisanal.***

Compte tenu du faible nombre de salariés (parfois un seul) les comportements addictifs ont des conséquences très importantes sur la bonne marche de l'entreprise qui ne dispose pas, comme les grandes entreprises, des capacités à faire face à de telles situations en aménageant les conditions de travail. Par ailleurs, l'insuffisante couverture de ces entreprises par les services de santé au travail fait que la prise en charge médicale du salarié n'est pas possible au sein de l'entreprise. L'employeur se retrouve donc seul pour gérer ce problème, sauf à pouvoir établir avec le médecin traitant de son salarié des relations permettant une prise en charge et un suivi de l'intéressé assurant

¹⁰⁹ FONTAINE A., FONTANA C., Drogues, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel. Paris . OFDT. 2003.

son maintien dans l'entreprise. Ces conditions risquant de ne pas pouvoir être réunies, le comportement addictif conduit alors au licenciement. Au-delà des addictions, les difficultés que rencontrent les TPE en matière de prévention des risques professionnels ont bien été identifiées puisque la convention d'objectif et de gestion pour la branche AT-MP 2009-2012 prévoyait de cibler les politiques de prévention vers les PME-TPE afin de leur faciliter l'accès à des outils adéquats de prévention des risques professionnels.

- Les difficultés de prise en charge de certaines catégories de salariés et des demandeurs d'emploi.

La recherche sur les substances psycho-actives et le travail doit aussi considérer l'intégration au milieu professionnel. Il apparaît important de tenir compte du chômage et de ne pas se limiter aux actifs occupés qui consomment. En effet, la prise en compte des chômeurs ou inactifs met en évidence des prévalences plus fortes de consommation de drogues illicites. Le travail temporaire ou sous contrat à durée déterminée, apparaît aussi associé à la consommation, ce qui permet de soulever le facteur de l'instabilité ou la précarité de l'emploi vis-à-vis des usages de drogues. Le retour à l'emploi (pour les chômeurs) ou la stabilisation dans l'emploi (pour les contrats précaires) risque ainsi d'être compromis par l'usage de substances psycho-actives.

- La nécessité de renforcer les politiques de prévention et de lutte contre les addictions en milieu scolaire.

A l'occasion des assises nationales plusieurs intervenants ont souligné que les comportements addictifs des jeunes salariés étaient antérieurs à leur entrée sur le marché du travail et ont insisté sur l'importance des actions d'information et de prévention en milieu scolaire. Ce sujet a bien été identifié par les pouvoirs publics, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 prévoyant plusieurs actions en direction des jeunes, en particulier dans les établissements d'enseignement :

- prévenir les conduites d'alcoolisation massive des jeunes publics et modifier les représentations par rapport à l'alcool,
- mettre en œuvre une politique de prévention adaptée dans les établissements de l'enseignement supérieur et les grandes écoles,
- développer une politique de prévention au sein des établissements scolaires des premier et second degrés en mettant à la disposition de la communauté scolaire les outils et les ressources nécessaires,
- former les intervenants en milieu scolaire et universitaire pour faire évoluer les représentations des différents acteurs,
- réduire les pratiques addictives en milieu de loisir éducatif et sportif.

Afin de mettre en œuvre ces actions, le guide de prévention des conduites addictives, co-rédigé et diffusé en 2005 par la direction générale de l'enseignement scolaire au ministère de l'éducation nationale et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et destiné à tous les acteurs intervenant en milieu scolaire a été actualisé fin 2010 pour répondre d'une part, aux mesures du nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, et d'autre part, au décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006, relatif au socle commun de connaissances et de compétences, notamment les piliers 6 et 7 portant respectivement sur les compétences sociales et civiques et sur l'autonomie et l'initiative.

La mission pour sa part tient à souligner la nécessité d'une mise en cohérence de l'action des pouvoirs publics au niveau national et local.

Le nombre d'acteur publics appelés à intervenir au niveau national en matière de prévention de la consommation de substances psycho-actives en milieu de travail est important :

- trois directions des ministères sociaux : la direction générale du travail, la direction générale de la santé et la direction de la sécurité sociale en tant que direction négociant la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP,
- la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie,
- la direction des risques professionnels à la CNAMTS,
- plusieurs agences, établissements, associations ou instances intervenant sur les questions de santé ou de travail : InVS, INPES, ANSES, INRS, COCT...

An niveau local les ARS, les DIRECCTE et les CARSAT mettent en œuvre les orientations définies au niveau national.

Cette pluralité d'acteurs peut être source de dysfonctionnements même si des collaborations ponctuelles s'instaurent entre eux :

- les assises nationales de juin 2010 ont été co-organisées par la MILDT et la DGT,
- la DGS n'a pas reconduit son plan 2007-2011 sur la prise en charge des addictions, choisissant d'inscrire ses priorités dans le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies qui prendra effet à compter de 2014.

Par ailleurs les structures transversales (COCT, MILDT) s'attachent à assurer la cohérence des politiques nationales, la cohérence au plan local ayant vocation à résulter de la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus par la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Ces contrats, conclus pour une période maximale de cinq ans entre les services de santé au travail interentreprises, la DIRECCTE et la CARSAT, après avis de l'agence régionale de santé, doivent contribuer à améliorer l'articulation et la cohérence entre les objectifs de la santé au travail et ceux de la santé publique dans le respect de leurs particularités.

2.5 Nanomatériaux et santé au travail

2.5.1 Un risque émergent perçu par de nombreux acteurs

Les nanomatériaux, de plus en plus utilisés dans le monde, entrent dans la fabrication de nombreux objets et/ou sont présents dans de nombreux produits élaborés par les personnels de quantité d'entreprises et ce parfois à leur insu. Quant à eux, les clients ne sont pas non plus informés de cette présence dans les objets ou produits finaux qu'ils acquièrent. Ainsi que le souligne l'Institut national de veille sanitaire (InVS), divisée à l'échelle nanométrique, la matière acquiert des propriétés physiques ou chimiques nouvelles liées à l'augmentation de la surface spécifique et à l'apparition d'effets quantiques¹¹⁰. L'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) décrit les nanomatériaux comme des structures dont au moins une des dimensions varie entre 1 et 100 nanomètres¹¹¹ (nm), d'où la particularité de leurs propriétés physico-chimiques.

L'InVS note que le terme nanomatériaux recouvre une très grande variété de matériaux : nano-objets eux-mêmes (sous forme de poudre, d'aérosol, de suspensions ou de films) et matériaux massiques nanochargés incluant des nano-objets) ou encore des matériaux nanostructurés en surface ou en volume. L'ANSES précise qu'il convient de distinguer les nanomatériaux dits manufacturés, c'est-à-dire fabriqués intentionnellement dans un cadre industriel ou au cours d'activités de recherche, de l'ensemble des particules de tailles inférieures à 100 nm issues à la fois du milieu ambiant naturel ou de divers processus industriels ou domestiques non destinés à la fabrication ou à l'utilisation de nanomatériaux.

¹¹⁰ Eléments de faisabilité pour un dispositif de surveillance épidémiologique des travailleurs exposés aux nanomatériaux intentionnellement produits, InVS, département santé au travail, mars 2011

¹¹¹ 1 nanomètre (nm) est 1 milliard de fois plus petit qu'un mètre

Ces nouvelles propriétés physiques, chimiques ou biologiques apportées à cette échelle, trouvent de nombreuses applications, notamment dans les secteurs de l'automobile, de la chimie, des cosmétiques, de la santé, de l'énergie ou de l'agro-alimentaire. Différents acteurs, depuis plusieurs années ont trouvé légitime de s'interroger sur la toxicité de ces nanomatériaux pour l'homme et pour les écosystèmes.

L'Observatoire des Micro et Nano Technologies (OMNT) est une unité mixte de service CNRS-CEA qui a été créée en 2005 afin d'assurer une veille stratégique dans ces domaines. La mission de cet observatoire consistait à identifier les premiers signes annonciateurs des futures ruptures technologiques et fournir à la communauté française des micro et nanotechnologies les informations pertinentes pour le pilotage des projets de recherche ou industriels¹¹².

L'OMNT propose des analyses et des synthèses réalisées grâce à un réseau d'experts scientifiques et technique Elles ont porté tout d'abord sur 7 thématiques : Instrumentation pour la biologie, électronique moléculaire, matériaux et composants pour l'optique, microsources d'énergie, nanocomposants, nanoconstruction, électronique organique. Puis en 2007, deux nouvelles thématiques ont été investiguées : un groupe de veille sur les nanosystèmes électromécaniques et un groupe d'experts sur "*Nanoparticules, nanomatériaux, effets sur la santé et l'environnement*".

L'OMNT a consacré en février 2008 une conférence de presse sur l'état de la recherche sur les effets des nanoparticules sur la santé et l'environnement. Lors de ce séminaire, les chercheurs constataient que le développement exponentiel attendu du secteur des nanotechnologies s'accompagnait d'une montée des inquiétudes quant aux effets potentiels néfastes sur la santé de l'exposition aux nanoparticules. Ils notaient que plusieurs rapports tant en France qu'à l'étranger soulignaient quelles étaient les populations concernées en premier lieu : *« les employés travaillant dans ce secteur émergent, notamment dans les laboratoires de recherche publics ou privés, et dans les industries de fabrication et d'utilisation des nanoparticules et nanomatériaux »*.

Ainsi, dès février 2008, les chercheurs soulignent que l'apport des résultats issus d'études épidémiologiques environnementales et de toxicité expérimentale chez l'animal qui suggèrent une toxicité élevée de ces particules en raison même de leur petite taille en comparaison avec des particules de taille micronique pour un même matériau.

Ils insistent alors sur la nécessité pour les médecins du travail et les hygiénistes industriels *de prendre en compte un risque potentiel dont on ne connaît pas l'importance, dans un contexte réglementaire et normatif qui semble inadapté, et pour lequel des questions se posent sur l'efficacité des mesures de protections collectives et individuelles classiquement utilisées dans la maîtrise du risque chimique.*

L'Agence française de sécurité de l'environnement et du travail (AFSET)¹¹³ a publié en juillet 2008 un avis relatif aux nanomatériaux et à la sécurité au travail à la suite d'une saisine de la direction générale de la santé, de la direction de la prévention de la pollution et des risques et de la Direction générale du travail¹¹⁴. Cet avis résultait d'une expertise collective. Le contexte de risque en situation d'incertitude était ainsi rappelé : *« Ce développement extrêmement rapide implique cependant l'exposition potentielle aux nanomatériaux manufacturés d'une population plus importante, pour les travailleurs en milieu industriel, dans les laboratoires de recherche, ou pour les populations riveraines de ces installations. Or, si les avancées scientifiques et technologiques, ainsi que les propriétés biologiques et physico-chimiques dans ce domaine sont largement traitées lors de publications scientifiques toujours plus abondantes, bon nombre d'interrogations subsistent autour des risques pour la santé des personnes et de l'environnement. En effet, l'insuffisance de données épidémiologiques et toxicologiques, ainsi que les moyens métrologiques encore limités ne*

¹¹² D Bloch, CEA Grenoble, Nanoparticules et santé au travail, Séminaire de l'OMNT, conférence de presse du 7 février 2008

¹¹³ L'AFSET et devenue ANSES par fusion de l'AFSSA et de l'AFSET

¹¹⁴ Avis de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail relatif aux nanomatériaux et à la sécurité au travail, juillet 2008

permettent pas de mener actuellement une évaluation exhaustive des risques potentiels liés aux nanomatériaux manufacturés.

Dans un numéro d'août 2008, le magazine de l'OIT soulignait également l'impact mondial des produits liés aux nanotechnologies - il devait excéder 1000 milliards de dollars d'ici à 2015 – et les nuisances potentielles des nanomatériaux sur les lieux de travail comme un des enjeux de l'avenir¹¹⁵. Il soulignait que les matériaux de cette échelle étaient de plus en plus utilisés dans les applications optoélectroniques, électroniques, magnétiques, d'imagerie médicale, pharmaceutiques, cosmétiques, catalytiques et matérielles et que les problèmes de santé potentiels, y compris les risques pour la santé au travail associés aux nanomatériaux, n'étaient pas encore clairement compris.

En septembre 2012, dans un dossier consacré aux nanomatériaux, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) soulignait l'insuffisance des connaissances relatives aux dangers pour la santé humaine des nanomatériaux et insistait sur l'importance de la mise en place de mesures de précaution¹¹⁶.

L'InVS a noté dans un rapport relativement récent que le développement industriel des nanomatériaux s'accompagne d'interrogations sur les risques potentiels pour la santé humaine¹. Il soulignait l'absence d'étude épidémiologique étudiant l'effet sur la santé d'une exposition à des matériaux de forme nanométrique et identifiait toutefois des études épidémiologiques portant sur les risques sanitaires liés à une exposition à des matériaux tels que le noir de carbone, les silices amorphes ou encore le dioxyde de titane.

L'InVS, dans ce rapport, précise que l'inhalation constitue la principale voie de pénétration dans l'organisme des aérosols de nano-objets. Il évoque notamment la « *similitude de forme des nanotubes de carbone, avec les fibres d'amiante qui pourraient être à l'origine du développement de plaques pleurales et de mésothéliomes de la plèvre* ».

Il évoque la littérature toxicologique qui décrit la « *possibilité d'une translocation des nanoparticules à travers la barrière alvéolo-capillaire dans la circulation sanguine ouvrant ainsi l'accès à la plupart des organes et des systèmes de l'organisme* ».

Il cite des études toxicologiques qui décrivent « *pour certaines nanoparticules une possibilité d'accéder directement aux structures cérébrales par migration le long des axones des nerfs olfactifs, de la muqueuse nasale au bulbe olfactif* ».

En s'appuyant sur des études épidémiologiques portant sur les effets de la pollution atmosphérique particulaire sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaire l'InVS insistait sur l'importance d'orienter le dispositif de surveillance des travailleurs exposés sur le suivi des pathologies pulmonaires et cardiovasculaires, mais en conservant à celui-ci un caractère généraliste. L'InVS citait également les études expérimentales concernant des expositions animales à des nano-objets et les difficultés d'extrapolation à l'homme.

Une étude publiée en 2011 par l'European Respiratory Journal montre l'aggravation de l'asthme pulmonaire liée à l'exposition de nanoparticules de dioxyde de titane et d'or chez la souris¹¹⁷.

2.5.2 Un champ d'investigation particulièrement large alors même que la caractérisation des nanomatériaux reste un problème

Une étude de filière a été menée par l'INRS afin de recenser les principales entreprises produisant des nanomatériaux. Lors d'un colloque qu'il a organisé en 2011, un point sur cette étude a été

¹¹⁵ Promouvoir des emplois sûrs et sains: Programme de l'OIT sur la sécurité et la santé au travail et sur l'environnement (SafeWork) Travail, le magazine de l'OIT, N°63 août 2008

¹¹⁶ Les nanomatériaux. Définitions, risques toxicologiques, caractérisation de l'exposition professionnelle et mesures de prévention, INRS, septembre 2012

¹¹⁷ S Hussain et al, Lung exposure to **nanoparticles** modulates an asthmatic response in a mouse model *Eur Respir J* 2011 37:299-309

réalisé¹¹⁸. Cette étude était destinée à préciser le type de nano-objets impliqués et les quantités engagées ainsi que les populations de salariés potentiellement concernés. Les principaux nano-objets étaient du dioxyde de titane, du noir de carbone, de la silice amorphe et de l'alumine. Des nano-objets d'importance secondaire en terme de tonnage étaient cités : terres rares ou émergentes, nanotubes de carbone, ou nano-argiles. Un questionnaire envoyé à 993 établissements des secteurs de la chimie, des peintures, des encres et vernis et de la plasturgie (47% de réponses) a confirmé la production et l'utilisation des nano-objets précités, avec en outre oxydes de fer, de zinc et carbonate de calcium. Cette étude a également permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les établissements pour qualifier les nano-objets au travers des fiches de données de sécurité et des fiches techniques. Il n'existe toutefois pas actuellement de recensement exhaustif des entreprises utilisatrices.

Le caractère spécifique des nanoparticules a conduit à des difficultés pour faire comprendre aux entreprises qu'elles étaient concernées, qu'elles utilisaient des nanoparticules. La différence d'approche entre les entreprises productrices, très fortement sensibilisées aux risques et les entreprises utilisatrices demeure. S'ajoute à cela des notions d'image qui conduisent certaines entreprises utilisatrices à une forte réticence sur la reconnaissance de cette utilisation. En outre la taille et la nature des entreprises jouent aussi. Une entreprise que l'on peut qualifier d'artisanale et qui dans son activité utilise des matériaux de pointe comportant des nanoparticules (fabrication de ski ou de raquettes de tennis par exemple) n'aura pas le même comportement face au risque qu'une des principales entreprises productrice de nanoparticules.

L'InVS, dans le cadre de son étude de faisabilité sur l'élaboration d'une cohorte de travailleurs exposés aux nanomatériaux a différencié trois groupes d'entreprises :

- les entreprises du secteur public ou privé actives en matière de - recherche et développement travaillant sur des nanomatériaux émergents et notamment sur les nanotubes de carbone.

Pour l'InVS, l'exposition y apparaît peu probable. La fabrication ou la manipulation se font en circuit fermé avec le port d'équipements de protection individuelle adaptés... ;

- les entreprises du secteur privé produisant du noir de carbone, des silices amorphes, du dioxyde de titane nanométrique.

L'InVS suppose que l'exposition à des formes agrégées et agglomérées de nano-objets y est probable ;

- les entreprises du secteur privé utilisatrices de nano-objets.

L'InVS, n'ayant alors visité qu'un seul site industriel, considérait difficile de se prononcer en termes de probabilité d'exposition.

Un rapport de juin 2012 de la direction générale de la compétitivité de l'industrie et des services du ministère du redressement productif était consacré aux réalités industrielles dans le domaine des nanomatériaux en France¹¹⁹.

Les objectifs de cette étude menée en 2011 étaient notamment de contribuer à la caractérisation d'une chaîne de valeur (ou filière) englobant la production amont des nanoparticules, leur première transformation en semi-produits, et les différents marchés d'applications. Un recensement de plus de 400 entreprises, ayant potentiellement une activité dans le domaine, a été réalisé. Dix secteurs d'activité industrielle ont été retenus dans cette étude, ils sont concernés par la fabrication et l'utilisation de nanoparticules, de nanotubes, de nanopoudres ou encore de nanocomposites.

Ces secteurs sont les suivants : transports, technologies et services de l'information, défense, industrie de santé (hors pharmacie), luxe (cosmétiques et textiles), industrie des biens de

¹¹⁸ Honnert B., Grzebyk M., Production et utilisation de nano-objets en France, Colloque INRS, avril 2011

¹¹⁹ Réalités industrielles dans le domaine des nanomatériaux en France. Analyse de la réalité du poids des nanomatériaux dans la filière concernée, Rapport D & T Consultants pour la Direction générale de la compétitivité de l'industrie et des services du ministère du redressement productif, juin 2012

consommation et équipement de la maison, agrochimie et agro-industrie- agroalimentaire, éco-industrie, BTP et construction, énergie. Le rapport précise qu'entre 130 et 180 ont une activité dans le domaine des nanomatériaux, 60% sont des PME, 50% sont en Ile de France et en Rhône-Alpes et 75% sont dans quatre régions : Ile de France, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées et Aquitaine.

Les 40 à 50 producteurs identifiés (80% de PME) sont essentiellement issus des secteurs de la chimie, de la santé et de la microélectronique. Le rapport soulignait également que 90% des volumes de nanomatériaux produits étaient des nanoparticules (135 000 tonnes) et que 90% de ces nanoparticules étaient des nanoparticules de dioxyde de titane, de silice et de dioxyde de cérium. Les nanofibres et les nanotubes venaient en deuxième position avec plusieurs dizaines de tonnes produites. Selon le rapport, 600 personnes sont dédiées à une activité de production dans les nanomatériaux, concentrée à 70% sur les 3 producteurs leaders.

De 30 à 40 entreprises (50% de PME) sont concernées par la transformation et l'intégration des nanomatériaux ce qui représente environ 1500 personnes impliquées dans ces opérations.

Les 60 à 90 autres entreprises concernées (50% de PME) sont utilisatrices de nanomatériaux et 500 personnes sont dédiées à cette activité.

2.5.3 Des méthodes de mesure à adapter, des travaux à poursuivre sur la toxicité, une surveillance à organiser et à articuler avec la recherche

La focalisation sur les risques chimiques avait conduit peu à peu à ne considérer le risque minéral qu'au travers de la question de l'amiante. L'émergence des risques liés à la production, l'utilisation et l'élimination des nanoparticules ainsi qu'à la maintenance des machines de production a provoqué une prise de conscience des scientifiques de la nécessité de disposer d'outils adaptés à ce type de risques.

Les méthodes classiques de mesures ne sont pas appropriées.

Lors du séminaire de l'OMNT de février 2008, la question de l'évaluation de l'exposition aux nanomatériaux a été abordée. Les chercheurs notaient alors que la mesure de la concentration surfacique pourrait être mieux corrélée au potentiel toxique des nanoparticules que la mesure des concentrations en masse dans les ambiances de travail (utilisée pour l'exposition aux substances chimiques) ou que la mesure des concentrations en nombre (utilisée pour l'exposition aux fibres). Ils soulignaient l'importance du mode de dépôt des nanoparticules dans les voies respiratoires et les différences de lieu de dépôt dans l'appareil respiratoire liées à la taille des nanoparticules : « *Ces modes de dépôts ne sont pas sans conséquences sur l'impact sanitaire potentiel de l'exposition aux nanoparticules.* »

Ils abordaient également les valeurs limites d'exposition professionnelle aux aérosols de nanoparticules, précisant que l'agence fédérale américaine chargée de l'hygiène et de la sécurité au travail (NIOSH) avait, en 2005, proposé une valeur limite d'exposition professionnelle spécifique pour les poussières nanométriques de dioxyde de titane, plus basse que pour les poussières microniques. Les auteurs notaient qu'à mesure que leur diamètre diminuait, les nanoparticules avaient tendance à se comporter comme des gaz et que les moyens efficaces pour se protéger contre les gaz devaient être efficaces pour se protéger des nanoparticules.

Les chercheurs concluaient ainsi : « *On peut résumer l'état des connaissances actuelles en matière d'hygiène et de sécurité des nanoparticules de la façon suivante : on ne sait pas grand-chose de leur toxicité, il n'est pas facile de les mesurer dans les ambiances de travail, mais les moyens techniques existent pour s'en protéger efficacement* ».

L'importance de la nanotoxicologie était également mise en évidence lors d'une communication spécifique¹²⁰. Les chercheurs insistaient sur la forte tendance des nanoparticules à l'agrégation et à

¹²⁰ Pr Francelyne Marno, Effets des nanoparticules sur la santé : état des connaissances et enjeux de la nanotoxicologie, Séminaire de l'OMNT, conférence de presse du 7 février 2008

l'interaction avec d'autres molécules, en particulier des protéines contenues dans les fluides biologiques.

Dans le dossier de septembre 2012 sur les nanomatériaux, l'INRS soulignait que « *la caractérisation des émissions et des expositions potentielles sur le lieu de travail lors d'opérations mettant en œuvre des nanomatériaux est une tâche difficile mais toutefois incontournable pour documenter l'exposition aux nanomatériaux et l'efficacité des mesures techniques de prévention* ».

Les méthodes habituelles de gestion du risque ont dû être revues pour intégrer la spécificité des nanoparticules. Ainsi, l'ANSES a mis au point une méthode de gestion graduée des risques spécifique au cas des nanomatériaux le control banding. Elle est décrite en annexe x.

Les modalités de surveillance ont été renforcées dans un souci de complémentarité entre les différents acteurs. Différentes données non spécifiques existent déjà.

Le Département santé au travail (DST) de l'InVS a développé une cohorte professionnelle généraliste multiprofession multisecteur visant à la connaissance et à la surveillance de la morbidité et de la mortalité de la population active en France, par un suivi actif par questionnaire associé à un suivi passif à partir de bases de données médicoadministratives.

Le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (Cisme) a développé un outil associant à chaque secteur d'activité le type de nanomatériaux rencontré et ses usages. Les médecins du travail, en interaction avec les entreprises remplissent, à la demande du Cisme, un questionnaire visant à décrire les caractéristiques des nanomatériaux produits ou utilisés dans les entreprises.

L'InVS va établir, à la demande des directions générales de la santé (DGS) et du travail (DGT) et en lien avec un groupe de travail réuni par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), une cohorte prospective de travailleurs potentiellement exposés aux nanomatériaux intentionnellement produits et va en assurer le suivi épidémiologique.

Ce dispositif est présenté, dans le rapport remis à la DGS et à la DGT en janvier 2011, comme s'inscrivant en amont de la recherche épidémiologique, comme « *une posture nouvelle dans le domaine de la surveillance des risques professionnels, qui consiste à surveiller d'éventuels événements anormaux non spécifiques dans une population de travailleurs exposés* ».

Cela suppose dans un premier temps l'enregistrement de travailleurs susceptibles d'être exposés à des poudres de nano-objets, incluant les formes agrégées et agglomérées. Cet enregistrement de travailleurs sera réalisé en partenariat avec les entreprises et les services de santé au travail concernés. Il convient ensuite de mettre en place un suivi sanitaire non spécifique de la population d'étude et d'estimer de façon quantifiée l'exposition des travailleurs.

L'InVS précise que ce suivi sanitaire envisage principalement l'interrogation des bases de données de consommation de soins et l'analyse de ces données complétée éventuellement par le recueil de données par auto-questionnaire annuel. Il note que « *l'évaluation quantitative de l'exposition nécessite une collaboration avec des métrologistes spécialisés dans la caractérisation des aérosols particuliers et nano-particulaires* ».

Ce projet est entré en phase de réalisation en 2012.

La recherche dans ce domaine fait notamment l'objet d'appels à projets européens et d'appels d'offre de l'ANR. Un programme européen, Nanosafe 2, coordonné par le Commissariat à l'énergie atomique (CEA) et impliquant 24 organismes de recherche et industriels, a été lancé en 2005. Il visait à évaluer et gérer les risques concernant les nanoparticules

Les objectifs sont les suivants¹²¹ :

- *développer des technologies de détection, de mesure et de caractérisation des nanoparticules afin de mieux connaître les ambiances de travail ;*

¹²¹ Nanosafe, Dossier de presse CEA, novembre 2008

- *qualifier des équipements de protection et de mesure d'exposition des travailleurs ;*
- *mettre en place de nouveaux protocoles de test et des études in vivo de manière à approfondir les connaissances toxicologiques dans le domaine ;*
- *assurer leur traçabilité avec la mise au point de nanotraceurs (fluorescents par exemple) ;*
- *sécuriser les procédés industriels de façon à obtenir le produit final sans mise en suspension de nanoparticules au cours du processus de fabrication ;*
- *faire des propositions aux instances de normalisation internationales, et organiser des formations pour le personnel exposé aux nanomatériaux.*

L'agence nationale de la recherche (ANR) a également jugé prioritaire le thème des effets sur la santé du développement de la recherche et de l'innovation dans le secteur des nanomatériaux et nanotechnologies.

Un colloque organisé en février 2012 sur les bilans et perspectives de l'ANR dans les champs santé environnement-santé travail avait en effet souligné la faiblesse des données disponibles et du nombre d'équipes impliquées dans ce domaine¹²².

Les études visaient à comprendre les modalités d'accumulation et de transport, de toxicité, les aspects physiologiques et à établir les bases scientifiques pour la caractérisation des particules, à travers sept projets de recherche. « *Ceux-ci ont exploré notamment, la toxicité des nanomatériaux et des nanotubes de carbone sur les cellules bronchiques et l'appareil respiratoire, ainsi que sur des lignées cellulaires de foie, de rein et de poumon* ». D'autres travaux portaient notamment sur la synthèse, la détection et la toxicologie de nanoparticules métalliques.

La programmation 2013 est issue des travaux de huit comités techniques sectoriels dont l'un porte sur les nanotechnologies¹²³. Le rapport de programmation note que les nanotechnologies impactent les capacités des systèmes de communication, les connaissances et les techniques dans le domaine de la biologie/santé, ou dans celui de la récupération, conversion ou stockage de l'énergie ou encore dans le domaine de l'environnement. Il indique que la montée des incertitudes et des risques, conduisent à des comportements complexes d'acceptation et de rejet des innovations, des technologies nouvelles et des avancées de la recherche scientifique. Les aspects relatifs à la nanotoxicologie et à l'évaluation et la maîtrise des risques des nanotechnologies sont pris en compte dans le programme « *Contaminants et Environnements : Métrologie, Santé, Adaptabilité* ».

Le champ est si vaste que les complémentarités s'imposent d'elles-mêmes, au niveau national, européen et mondial. 1400 nanoparticules ont été identifiées, qu'il convient de caractériser y compris sur le plan de leur toxicité alors même qu'il n'existe pas d'éléments stabilisés sur la métrique des nanoparticules. La (re)constitution de compétences autour des nanoparticules a abouti de façon presque naturelle, du fait des enjeux, du spectre de l'amiante à une synergie entre les différents acteurs.

2.5.4 Un risque jugé encore comme non avéré mais dont la présomption a conduit à des mesures concrètes de gestion des risques et à des évolutions législatives et normatives

Lors d'un colloque organisé en 2011 par l'INRS sur les nanoparticules, les chercheurs rappelaient l'absence de dispositions spécifiques concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des nanomatériaux, dans la réglementation existant pour les produits chimiques (REACH)¹²⁴. Ils

¹²² Bilan et perspective Santé Environnement – Santé Travail, Edition 2007, Colloque ANR 1^{er} et 2 février 2012, Paris

¹²³ ANR, Programmation 2013

¹²⁴ Wholleben W, Wiench K, Landsiedel, R, La granulométrie réinventée? Caractérisation des nanomatériaux produits, émis, et testés, Colloque INRS, avril 2011

mettaient en avant la granulométrie comme la propriété qui distingue les nanomatériaux des matériaux classiques.

Dans ce même colloque, les chercheurs ont souligné qu'en l'absence de règlement spécifique de l'Union Européenne, une protection de type ALARA (as low as reasonably achievable) devait être utilisée pour protéger des opérateurs contre des expositions possibles en particulier quand la connaissance d'un danger démontré est trop lacunaire. Ils évoquaient le recours au principe de précaution¹²⁵. Comme le rappelle l'INRS, aucune réglementation spécifique ne régit actuellement la manipulation des nanomatériaux qui peut intervenir aux diverses phases de la production :

- Transfert, échantillonnage, pesée, mise en suspension et incorporation de nanopoudres dans une matrice minérale ou organique.
- Transvasement, agitation, mélange et séchage d'une suspension liquide contenant des nano-objets.
- Usinage de nanocomposites : découpe, polissage, ponçage...
- Conditionnement, stockage et transport des produits.
- Nettoyage, entretien et maintenance des équipements et des locaux : nettoyage d'une paillasse en laboratoire, changement de filtres usagés...
- Collecte, conditionnement, entreposage et transport des déchets.
- Fonctionnements dégradés ou incidents : fuite d'un réacteur ou d'un système clos.

Il n'existe pas pour autant de vide réglementaire. En effet, les principes généraux relatifs à la protection de la santé des salariés demeurent applicables, ainsi que les textes consacrés à la mise sur le marché des substances chimiques, médicaments, produits cosmétiques ou aliments.

Les nanomatériaux sont des agents chimiques. A ce titre, la réglementation en matière de prévention du risque chimique, prévue par le code du travail, s'applique à eux.

Les règles de prévention du risque chimique s'appuient sur les principes généraux de prévention définis à l'article L 4121-2 du code du travail.

Les particularités des nanomatériaux et l'insuffisance des connaissances sur leur toxicité ont amené l'INRS à formuler des recommandations sur les mesures spécifiques de prévention à prendre au-delà de ce qui est prescrit par le code du travail. Elles figurent dans l'encadré ci-dessous.

Recommandations de l'INRS

- Manipuler les nano-objets sous forme de suspension liquide ou de gel plutôt qu'à l'état de poudre.
- Délimiter, signaler et restreindre la zone de travail aux seuls salariés directement concernés par la manipulation de nano-objets.
- Optimiser le procédé pour obtenir un niveau d'empoussièrement aussi faible que possible : privilégier les systèmes clos et des techniques automatisées.
- Capturer les polluants à la source (sorbonne de laboratoire, boîte à gants, buse ou anneau aspirant...) et filtrer l'air avant rejet à l'extérieur du local de travail (filtres à fibres à très haute efficacité, de classe supérieure à H13).
- Porter un appareil de protection respiratoire filtrant (filtre de classe 3) ou isolant, une combinaison à capuche jetable contre le risque chimique (type 5), des gants et des lunettes.
- Nettoyer régulièrement et soigneusement les sols et les surfaces de travail.
- Collecter et traiter les déchets

¹²⁵ Couleau P. et al, De la santé publique à la santé au travail : vers un paradigme d'action inverse dans l'innovation en nanotechnologies ?, Colloque INRS, avril 2011

Par ailleurs, le deuxième plan national santé-environnement 2009-2013 prévoit dans son action 46 de « renforcer la réglementation, la veille, l'expertise et la prévention des risques sur les nanomatériaux ».

En 2011, le groupe de suivi du plan (groupe de travail n° 3 « Risques émergents ») a auditionné la direction générale du travail et l'ANSES sur la réglementation du travail s'appliquant aux travailleurs et sur les questions de veille. Il a également formulé des recommandations présentées dans l'encadré qui suit.

Recommandations du groupe « risques émergents »

- faire évoluer le format des fiches de données de sécurité au niveau international pour une prise de la dimension nanométrique des nanomatériaux ;
- coordonner les réseaux de veille sur les nanotechnologies (OMNT : Observatoire des Micro et Nanotechnologies, Anses ; INSERM etc.) ;
- mettre en place, d'ores et déjà, des mesures de gestion des risques pour les familles de nanoparticules pour lesquelles des dangers ont déjà été identifiés ou fortement suspects ;
- inciter les industriels à financer la recherche appliquée pour permettre la mesure et le contrôle sur les sites concernés ;
- développer les moyens d'information, de formation et de protection des équipes de recherche ainsi que des travailleurs des filières aval et des sous traitants ;
- former les opérateurs dans une logique de certification.

En 2005, les chefs d'Etat et de gouvernement des Etats membres du Conseil de l'Europe se sont engagés, dans la déclaration finale du Troisième Sommet du Conseil de l'Europe, à « garantir la sécurité des citoyens dans le plein respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales » et à relever, dans ce contexte, « les défis inhérents aux progrès de la science et de la technique ». Les nanotechnologies entraînent dans ce cadre¹²⁶.

La loi n° 2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement prévoit que les personnes fabricant, important ou distribuant des substances à l'état nanoparticulaire doivent déclarer à l'autorité administrative l'identité, les quantités et les usages de ces substances, ainsi que leurs entreprises clientes. Cette disposition devrait faciliter le repérage des personnes et des entreprises concernées

Des normes volontaires ont été adoptées par le secteur privé pour protéger et la santé et la sécurité des travailleurs. John Howard et Vladimir Murashov ont consacré un ouvrage au développement de normes internationales en matière de nanotechnologies¹²⁷. Ils décrivent les processus d'élaboration de normes pour les nanotechnologies et soulignent l'intérêt de ces démarches pour d'autres technologies émergentes. Ces normes d'hygiène et de sécurité de milieu au travail portent notamment sur les limites d'exposition professionnelle et sur les règles visant à assurer la sécurité de manipulation des nanomatériaux.

Le 19 novembre 2012, un projet de recommandation sur « *Nanotechnologie : mise en balance des avantages et des risques pour la santé publique et l'environnement* » a été adopté par la Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. Il préconise l'adoption par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe de normes juridiques destinées à protéger les européens « *contre les risques de*

¹²⁶ Nanotechnologies : mise en balance des avantages et des risques pour la santé et l'environnement, Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable, Assemblée Parlementaire, Conseil de l'Europe, 2012

¹²⁷ Murashov V, Howard J, Nanotechnology standards, New York, Springer, 2011

dommages graves liés à la nanotechnologie, tout en encourageant l'utilisation potentiellement avantageuse de ces dernières». Ces recommandations ne s'appliqueraient pas qu'aux nanomatériaux manufacturés, elles aborderaient également les méthodes d'évaluation et de gestion des risques, la protection des chercheurs et des travailleurs de l'industrie de la nanotechnologie, la protection et l'éducation des consommateurs et des patients (avec des prescriptions en matière d'étiquetage tenant compte des obligations du consentement éclairé), ainsi que les obligations de notification et d'enregistrement ».

Un des groupes de travail de l'ISO (International standardization organisation) est notamment chargé d'élaborer des recommandations sur la gestion des risques appliquée aux nanomatériaux manufacturés, basée sur une approche de « control banding ». Les travaux de l'ANSES présentés ci-dessus devraient être utilisés dans ce cadre.

2.5.5 Le débat public sur les nanotechnologies a exporté dans le domaine de la santé publique un champ initialement investi par la santé au travail

Un débat public portant sur les nanotechnologies a été organisé en France par la Commission nationale du débat public (CNDP) entre le 15 octobre 2009 et le 23 février 2010¹²⁸.

Le bilan réalisé à l'issue du débat aboutissait au constat d'un nombre important d'organismes qui se sont légitimement prononcé sur la question des nanotechnologies. Etaient cités l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), INSERM, CNRS, Agence française de sécurité, sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), AFNOR, CEA, INERIS, CNIL, INRA, INRIA, INC ainsi que divers comités d'éthiques, services ministériels, centres de recherche et laboratoires universitaires

Le risque sanitaire était présent tout au long du débat.

Une partie a toutefois été consacrée à la nécessité de protéger les salariés. L'AFSSET a rappelé qu'il n'existait pas de dispositif réglementaire propre à la protection des travailleurs exposés aux nanomatériaux manufacturés sur leur lieu de travail et que les nanoparticules devaient être considérées comme des matières dangereuses, traitées à l'aune des textes correspondants qui privilégient la prévention. Elle suggérait également que l'exposition individuelle aux nanoparticules fasse l'objet d'un dispositif de traçabilité tout au long de la carrière professionnelle. Elle notait également que les nanomatériaux passant d'entreprise en entreprise, tous les salariés des entreprises concernées soient informés et consultés au niveau des CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) ». L'INRS soulignait qu'il conviendrait, dans tous les environnements professionnels et tout au long du cycle de vie des produits, de développer un raisonnement basé sur la précaution et de mettre en place des stratégies de prévention adaptée.

Lors de ces débats, le passage trop rapide du domaine de la connaissance aux applications sans se donner le temps de mesurer les risques a été soulevé. « *Ne faut-il pas laisser plus de temps au temps afin de disposer du recul nécessaire à l'évaluation des risques ? Et l'on invoque à l'occasion la nécessité de corriger le handicap majeur né de la faiblesse du potentiel français en matière d'études et de suivi toxicologique et écotoxicologique* ». Le fait que le développement de ces technologies constitue à terme, à l'échelle planétaire un facteur d'accroissement de l'écart entre pays du Nord et pays du Sud a également été mis en évidence.

Un communiqué interministériel en date du 27 octobre 2011 a énoncé les « *Engagements du Gouvernement sur les suites à apporter au débat public relatif au développement et à la régulation des nanotechnologies*. »

Concernant le milieu de travail, il est indiqué que « *une attention particulière sera portée à la prévention des risques professionnels liés aux nanomatériaux, qui nécessite une amélioration des*

¹²⁸ Le développement et la régulation des nanotechnologies. Bilan du débat public, CNDP, 9 avril 2010

connaissances et de la traçabilité, à laquelle la déclaration obligatoire va largement contribuer, ainsi que la mise en œuvre des démarches de précaution et des mesures de prévention adaptées ».

Le cas des nanoparticules montre la capacité potentielle de synergie des différents acteurs. Il témoigne également des nombreuses questions qui restent à résoudre et de la nécessité d'adapter radicalement les outils dont on dispose face à ce type de risque.

3 CONCLUSION

Au-delà de la présentation des quatre thématiques retenues pour approcher les interactions entre santé au travail et santé publique, une analyse « générique » des types d'interactions associées à chacun des quatre thèmes abordés permet déjà à ce stade de tirer quelques enseignements.

Pour les acteurs de l'approche « santé publique », l'approche santé au travail peut apparaître d'une certaine manière réductrice. Elle offre pourtant un caractère opérationnel qu'il serait dommageable de négliger en diluant toute l'approche de la santé au travail dans une démarche où l'objectif de prévention des risques professionnels passerait au second plan.

Les maladies cardio-vasculaires constituant un enjeu majeur de santé publique, il s'agit, au titre du travail, d'identifier dans les entreprises les expositions professionnelles aggravant ces risques, puis de hiérarchiser les actions préventives dans le cadre de la démarche classique du document unique et du plan de prévention. Mettre en lumière l'impact de l'activité professionnelle sur l'état de santé des individus, même si cela ne se traduit pas par une reconnaissance de maladie professionnelle ou un accident du travail, permet d'aborder la prévention dans toutes ses composantes. Cette problématique de prévention de ces interactions appelle des collaborations interdisciplinaires et inter champs.

La santé au travail ne se confond pas avec la médecine du travail et vise une approche plus large de la santé. Une fois réalisée la mission première des équipes de santé au travail, il reste à convenir comment envisager une promotion de la santé au travail s'inscrivant dans un champ plus large où l'entreprise devient un lieu de sensibilisation et d'information sur des risques qui ne se limitent plus uniquement aux risques professionnels. Cette promotion de la santé au travail peut être envisagée sur le temps déjà contraint dont disposent les services de santé au travail, et ce tout particulièrement dans les entreprises qui font appel à des services de travail inter-entreprises, ce qui constitue la majorité des cas.

Le champ d'intervention peut encore s'étendre si les modalités de prévention se déclinent au niveau de la personne. Or, si la loi reconnaît désormais au médecin du travail une mission de santé publique, les évolutions décrites ci-dessus posent une série de questions d'ordre éthique, déontologique et de continuité dans les prises en charge qu'il convient d'aborder.

C'est un sujet qui doit être mis en débat au sein des CHSCT. Compte tenu des difficultés des services de santé au travail à faire face à leur activité, des acteurs extérieurs au monde de l'entreprise doivent pouvoir être mobilisés pour conduire des actions d'information sur les grandes questions de santé publique, qui recoupent pour certaines (addictions, cardiovasculaire) des risques professionnels. Dans cette perspective, l'INPES et un réseau structuré par cet institut d'acteurs spécialisés pourrait investir, en lien avec les CHSCT en particulier, le champ de l'entreprise au même titre que celui de l'éducation ou le milieu hospitalier.

Outre les maladies cardiovasculaires, le domaine des addictions, qu'il convient également de traiter avec la prudence qu'impose un risque où des facteurs comportementaux interviennent, permet d'envisager l'entreprise comme lieu de promotion de la santé.

Recommandation n°1 : La mission recommande que le sujet de l'entreprise comme lieu de promotion de la santé puisse être débattu dans le cadre des CHSCT

Alors que l'état de santé de la population française se caractérise par une des espérances de vie parmi les meilleures du monde et par une mortalité prématurée (décès avant 65 ans) parmi les plus élevées d'Europe, la France se distingue par une proportion élevée de décès ou de maladies liés à la consommation de substances psycho-actives. Or, les politiques de santé et de sécurité au travail n'ont pas identifié l'usage des substances psycho-actives comme un risque spécifique pour l'activité professionnelle, ce sujet suscitant a priori (au minimum) une réticence culturelle marquée (voire un déni ?) des partenaires sociaux à aborder la question des addictions au motif qu'il s'agit d'une question qui relève tout autant de la sphère privée. Or, le travail constituant un déterminant majeur de santé, la problématique de prévention de ce fléau serait que l'entreprise puisse devenir un lieu de promotion de la santé.

Le thème des polyarthrites rhumatoïdes est avant tout une illustration de l'intérêt d'actions précoces et pluridisciplinaires en matière de diagnostic puis d'actions de maintien dans / en emploi (le cas échéant avec réorientation professionnelle). Ceci vaut pour tous les salariés dont la santé vient à être altérée, avec l'incidence du vieillissement, ainsi que pour la politique d'accès à l'emploi des personnes handicapées. Les interactions à développer portent surtout sur le diagnostic et les actions d'accompagnement, voire de réorientation. La problématique de prévention conditionne ici l'effectivité du droit à accéder à l'emploi dès lors que l'aptitude est tributaire de facteurs de santé.

Les risques liés aux nanoparticules peuvent être qualifiés de risques « paradoxaux » : par nature « classiquement » induits par les produits ou procédés de travail mais très émergents car résultant de la combinaison de la nouveauté, du manque de recul, et même de l'ignorance s'agissant des entreprises non manufacturières. La problématique de connaissance et de maîtrise de ces risques nécessite une approche pluridisciplinaire mais également, de façon encore plus prégnante, un développement des réseaux de surveillance et d'alerte ainsi que de recherche.

La santé au travail s'inscrit dans un contexte particulier. Historiquement, elle a privilégié la prévention et la réparation des accidents du travail au détriment des maladies professionnelles en raison de la plus grande difficulté à caractériser la maladie professionnelle (lien de causalité entre l'activité et la pathologie, nature du risque, durée d'exposition, nature et date d'apparition des symptômes), d'où un décalage entre l'apparition des maladies et leur reconnaissance comme maladies professionnelles. La tension entre les impératifs de santé au travail et les impératifs économiques (cas extrême de l'amiante) peut également expliquer les choix réalisés pour prioriser les actions en santé au travail.

Insuffler une approche « santé publique » en milieu professionnel peut donc être bénéfique pour la santé au travail mais sous réserve d'un souci constant de garder comme prioritaire la prévention des risques professionnels mais aussi la connaissance, la reconnaissance et la prévention des maladies professionnelles en développant notamment des systèmes d'information adaptés.

Cette information et corrélativement la problématique de promotion de la santé s'appuie, d'une manière générale, sur les effets bénéfiques de la responsabilisation de la personne en tant qu'acteur de sa santé, qu'il s'agisse de son maintien en bonne santé ou de l'éducation thérapeutique du patient. Dans le cas particulier des salariés, cette démarche appelle quelques remises en perspectives :

- Elle est de plus en plus pertinente, au fur et à mesure que les maladies deviennent un sujet majeur de prévention, et que celle-ci est moins focalisée sur l'accident.
- En revanche, au plan conceptuel elle appelle une articulation à clarifier entre l'état de subordination du salarié -qui fonde la responsabilité générale de l'employeur- et la responsabilisation de la personne elle-même.
- Cette responsabilisation est déjà clairement reconnue par le code du travail au travers du droit individuel de retrait du salarié qui conserve son libre arbitre en cas de risques avérés par la sécurité ou la santé. Elle vient d'être confortée par le droit reconnu aux salariés lanceurs d'alerte.

- En somme, pour progresser dans l'articulation santé au travail / santé publique, il faudra que les partenaires sociaux et les pouvoirs publics s'accordent pour prolonger cette trajectoire d'équilibre à préserver entre le principe de responsabilité générale de l'employeur et le droit à l'information / responsabilisation de chacune des personnes salariées, vecteur nécessaire à éclairer sa vigilance au service de sa propre santé.

Car le caractère intrinsèquement parcellaire de la santé au travail ne peut pas non plus être occulté. Elle ne prend en compte qu'une partie de la vie de l'individu : celle qu'il passe sur son lieu de travail et sur le trajet domicile-travail. Les pathologies extérieures à la vie professionnelle, même si elles ont un impact sur les capacités professionnelles, ne font pas l'objet d'un suivi particulier, sauf si elles débouchent sur une reconnaissance comme travailleur handicapé. Elle vise à prévenir et indemniser des événements (AT, MP) qui se traduisent par une diminution, provisoire ou définitive, des capacités de travail des salariés. Elle n'appréhende donc pas les situations de dégradation de santé qui n'ont pas d'impact avéré sur la capacité de travail ou dont les effets se manifestent en dehors de la sphère du travail (sauf lorsqu'un effet différé de la situation de travail peut être identifié, par exemple pour l'amiante).

Dès lors, au-delà des questions d'articulation entre santé au travail et santé publique, les questions d'articulation entre médecin traitant et médecin du travail, dans le respect du secret médical, apparaissent primordial dans une logique de parcours de soins voire de parcours de vie.

La stratégie de santé nationale, le futur plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les toxicomanies, le Plan national de santé au travail 3 et la révision de la loi de santé publique sont autant de vecteurs potentiels d'une meilleure articulation entre santé au travail et santé publique. La mission insiste également sur la nécessité d'une mise en cohérence de l'action des pouvoirs publics au niveau national et local et souligne l'importance d'intégrer la santé au travail au sein des Projets Régionaux de Santé (PRS) tout en articulant ces derniers avec les Plans Régionaux de Santé au Travail (PRST).

Recommandation n°2 : La mission recommande d'identifier la santé au travail dans la future Stratégie nationale de santé et les plans de santé publique.

Anne-Carole BENSADON

Philippe BARBEZIEUX

François-Olivier CHAMPS

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1. Ministères et directions d'administration

a. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Cabinet du Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social :

Nicolas GRIVEL, directeur adjoint du cabinet

Lionel DE TAILLAC, conseiller technique

Secrétariat général des ministères sociaux

Denis PIVETEAU, secrétaire général

Nicolas PRISSE, conseiller technique

Direction générale du travail

Véronique DELAHAYE-GUILLOCHEAU, cheffe de service

Bénédicte LEGRAND-JUNG, sous-directrice des conditions de travail

Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT)

Norbert HOLCBLAT, secrétaire général par intérim

Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Centre (DIRECCTE)

Michèle MARCHAIS, responsable du pôle travail

Dr Josyane ALBOUY, médecin inspecteur régional du travail

b. Ministère des affaires sociales et de la santé

Cabinet de la Ministre des affaires sociales et de la santé

Olivier OBRECHT, conseiller auprès de la Ministre

Mathilde MARMIER, chargée de mission

Secrétariat général des ministères sociaux

Denis PIVETEAU, secrétaire général

Nicolas PRISSE, conseiller technique

Direction générale de la santé

Jean-Yves GRALL, directeur général

Mireille FONTAINE, conseillère technique

Agence régionale de santé de la région Centre

Marie-Hélène BIDAUD, directrice du département Santé publique et environnementale

Denis GELEZ, responsable du département Prévention et promotion de la santé

2. Agences

a. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)

Martial METTENDORFF, directeur général adjoint ressources

Gérard LASFARGUES, directeur général adjoint scientifique

Solenne CHARDIGNY, cheffe de cabinet

- b. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
 - Thanh LE LUONG, directrice générale
 - Pierre ARWIDSON, directeur des affaires scientifiques
 - c. Institut de veille sanitaire (InVS)
 - Anne BRUANT-BISSON, directrice générale adjointe
 - Catherine BUISSON, adjointe à la directrice du département santé travail
 - d. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)
 - Stéphane PIMBERT, directeur général
 - Philippe JANDROT, directeur délégué aux applications de prévention
3. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
 - Dominique MARTIN, directeur des risques professionnels (branche AT/MP)
 - Martine GARIN, médecin conseil
 - Maryline VILLECROZE, chargée d'étude au service prévention
4. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
 - Danièle JOURDAIN-MENNINGER, présidente
 - Michel MASSACRET, chargé de mission prévention
 - Elisabeth PFLETSHINGER, chargée de mission santé

ANNEXE 1

DONNEES RECENTES SUR L'EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n°41 publié par l'Institut national de veille sanitaire en novembre 2012 soulignait que le nombre de décès par cardiopathies ischémiques semblait être sous-estimé par les statistiques nationales des causes de décès en raison des nombreux cas de morts subites pour lesquels l'origine coronaire n'était pas connue des médecins certificateurs¹²⁹.

Faisant référence aux données du CepiDc¹³⁰, les auteurs précisait que le taux de mortalité coronaire avait diminué sensiblement entre 2002 et 2008 (-25%) avec une amplitude plus faible pour les femmes de moins de 65 ans que les auteurs reliaient possiblement avec l'augmentation de l'incidence des infarctus du myocarde (IDM) pour les femmes âgées de 35 à 54 ans (cf.infra).

Ce même article insistait notamment sur la diminution globale du nombre de personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde entre 2002 et 2008 (-7,4%) tout en notant que cette tendance était globalement favorable pour la plupart des classes d'âge, à l'exception des femmes de 35 à 54 ans dont le taux d'hospitalisation pour IDM était en augmentation. Les auteurs liaient possiblement cette hausse à l'augmentation du tabagisme, de l'obésité et du diabète chez les femmes.

Ce BEH consacrait un autre article à l'évolution des taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC) entre 2002 et 2008¹³¹. Il indiquait l'importance de l'IC comme cause de mortalité avec 21 918 décès imputés en France, soit 4,1% des décès. De même que pour les cardiopathies ischémiques, une sous-estimation de l'IC en cause initiale de décès était mentionnée. L'article insistait sur la grande fréquence et la gravité de l'IC, notant qu'en sept ans, le nombre de patients hospitalisés en France avait augmenté de près de 15% pour atteindre près de 150 000 patients en 2008. Les auteurs attribuaient cette augmentation principalement au vieillissement de la population française mais mettaient l'accent sur les évolutions différenciées selon le sexe et l'âge. « *Les taux de patients hospitalisés pour IC ont légèrement diminué pour les femmes âgées de 55 à 74 ans, les hommes de 65 à 84 ans et tous les patients de 5 à 24 ans, mais ils ont augmenté dans la population féminine de 45 à 54 ans* ».

¹²⁹ Clémence Pérel (c.perel@invs.sante.fr), Francis Chin, Philippe Tuppin, Nicolas Danchin, François Alla, Yves Juillièrè, Christine de Peretti, Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008, beh n° 41 du 6 novembre 2012, InVS

¹³⁰¹³⁰ Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm

¹³¹ Clémence Pérel (c.perel@invs.sante.fr)¹, Francis Chin¹, Philippe Tuppin², Nicolas Danchin³, François Alla², Yves Juillièrè⁴, Christine de Peretti¹ Taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2008 et évolutions en 2002-2008, France, beh n° 41 du 6 novembre 2012, InVS

S'agissant des maladies cérébrovasculaires, un autre BEH était consacré spécifiquement aux accidents vasculaires cérébraux (AVC)¹³². Le nombre de personnes hospitalisées pour AVC entre 2002 et 2008 a augmenté de 10,9%, alors que le taux standardisé sur l'âge a globalement diminué de 2,6%. L'article notait une légère diminution des taux de personnes hospitalisées pour AVC entre 2002 et 2008 (-2,6%), avec des évolutions différenciées selon l'âge. Cette diminution du taux d'hospitalisation concernait en fait les personnes de plus de 65 ans alors que la population de moins de 65 ans voyait ses taux augmenter. Les auteurs précisaient néanmoins la nécessité de confirmer ces évolutions en faisant notamment la part de l'effet induit par les améliorations diagnostiques et la prise en charge hospitalière plus systématique des AVC mineurs.

¹³² Christine de Peretti, Francis Chin, Philippe Tuppin, Yannick Béjot, Maurice Giroud, Alexis Schnitzler, France Woimant Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral en France : tendances 2002-2008, BEH mars 2012, n°10-11, InVS

ANNEXE 2

OBJECTIFS DE LA LOI DE SANTE PUBLIQUE SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES.

Le rapport du HCSP¹³³ rappelait que dans la loi de santé publique d'août 2004, cinq objectifs étaient relatifs aux maladies cardiovasculaires dans la loi de santé publique d'août 2004¹³⁴ :

« 069 : Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires : cardiopathies ischémiques : de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; thromboses veineuses profondes : de 15 % d'ici à 2008.

070 : Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardiovasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS)

071 : Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008

072 : Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC

073 : Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque »

Ce rapport précise que deux d'entre eux sont globalement atteints : réduction de la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires et réduction de l'hypercholestérolémie). Deux sont partiellement atteints : la réduction de l'HTA mais uniquement chez les femmes ; celui sur l'IC avec une réduction du taux standardisé de décès par IC. Concernant la mortalité associée aux IDM et à l'IC, les disparités liées à l'âge et au sexe ont été présentées dans le présent rapport au point xxx. Le rapport du HCSP insiste également sur les fortes inégalités géographiques observées. Le cinquième objectif concernant les AVC était au moment de la publication du rapport jugé non évaluable.

S'agissant des maladies cardiovasculaires, le HCSP proposait de reconduire en les reformulant les objectifs de la loi de santé publique de 2004. Il retenait ainsi les objectifs suivants.

Objectif général 1 - Réduire la fréquence de survenue des complications cardiovasculaires, neurologiques, rénales et ophtalmologiques chez les personnes diabétiques traitées

OS 1-1 : réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires

OS 1-2 : assurer, pour 80 % des diabétiques, une surveillance clinique et biologique conforme aux recommandations de bonne pratique clinique d'ici 5 ans

Objectif général 2 - Diminuer l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle

¹³³ Rapport du Haut conseil de la santé publique : évaluation des objectifs de la loi de santé publique, propositions, avril 2010

¹³⁴ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique

OS 2-1 : réduire de 5 %, dans la population adulte, la cholestérolémie moyenne (LDL – cholestérol) en 5 ans

OS 2-2 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypercholestérolémie traités et équilibrés

OS 2-3: augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypertension artérielle, traités et équilibrés

Objectif général 3 - Poursuivre la réduction de la mortalité par pathologies cardiaques

OS 3-1 : réduire d'au moins 10 % en 5 ans, la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques

OS 3-2 : réduire d'au moins 20% en 5 ans, les décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, en particulier des sujets âgés.

ANNEXE 3

PLAN D'ACTION NATIONAL AVC 2010-2014.

L'axe 1 du plan d'action national « AVC 2010-2014 » visait à améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC. Le tableau ci-dessous décline les différentes actions de cet axe.

Tableau 1 : Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC

| |
|--|
| Action 1 : Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral |
| <p>Sous action 1.1. : Déployer des actions de dépistage et de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire chez les personnes à haut risque.</p> <p>Sous action 1.2. Poursuivre les actions de prévention primaire du risque cardio-neuro-vasculaire pour toute la population.</p> <p>Sous action 1.3. : Mettre en oeuvre un programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire en direction des assurés sociaux.</p> |
| Action 2 : Informer la population sur l'AVC, depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap. |
| <p>Sous action 2.1. : Concevoir et diffuser des campagnes d'affichage et radiodiffusées sur la reconnaissance des signes de l'AVC et la conduite à tenir.</p> <p>Sous action 2.2. : Former les collégiens et lycéens à la reconnaissance des premiers signes d'un AVC et à la conduite à tenir.</p> <p>Sous action 2.3. : Diffuser aux patients et à leurs aidants des documents d'information sur l'AVC et sur l'accompagnement du handicap.</p> <p>Sous-action 2.4 Former les aidants familiaux sur l'AVC et à l'accompagnement du handicap.</p> |

ANNEXE 4

MECANISMES LESIONNELS ET FACTEURS INTERVENANT DANS LE DEVELOPPEMENT DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

L'inflammation de la membrane synoviale va aboutir à des lésions du cartilage, de l'os, puis éventuellement des tendons situés à proximité de l'articulation. Ces lésions irréversibles sont la conséquence de mécanismes enzymatiques (production d'enzymes protéolytiques dégradant le cartilage), de mécanismes immunologiques (production de facteurs rhumatoïdes, hyperactivité des lymphocytes T CD4+) et de mécanismes inflammatoires (production de diverses interleukines).

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie auto-immune polyfactorielle associant à un terrain génétique de susceptibilité, des facteurs extérieurs intervenant dans le déclenchement de la maladie. En effet, outre les prédispositions génétiques, pouvant expliquer 50% du risque de développer la maladie, d'autres facteurs sont suspectés comme les chocs psychologiques (deuil, séparation, accident, accouchement...), les facteurs hormonaux (apparition fréquente de la maladie en période péri-ménopausique chez la femme) ou encore les facteurs environnementaux (microparticules, pollution, tabac...).

ANNEXE 5

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE.

Les paragraphes qui suivent visent à donner au lecteur une vision très schématique des traitements habituellement prescrits aux malades.

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont utilisés pour traiter la douleur et la raideur notamment matinale. Ils peuvent être prescrits en association aux traitements de fond, si ceux-ci ne permettent pas de contrôler complètement la douleur et la raideur.
- Les antalgiques sont utilisés dans la prise en charge de la douleur au même titre que les AINS. Il ne semble pas exister de recommandations spécifiques concernant le traitement des douleurs dans la polyarthrite rhumatoïde.
- Les corticoïdes sont utilisés comme anti-inflammatoire en association des traitements de fond.
- Des traitements locaux de type injections intra-articulaires et péri-articulaires de corticoïdes ou des injections intra-articulaires d'un isotope sous contrôle scopique peuvent également être prescrits.
- Les traitements de fond comprennent le méthotrexate, le léflunomide, la sulfasalazine, les biothérapies anti-TNF alpha (adalimumab, étanercept, infliximab) et non anti-TNF alpha (abatacept, anakinra, rituximab), l'azathioprine, la ciclosporine, le cyclophosphamide, la D-pénicillamine, l'hydroxychloroquine, la tiopronine et les sels d'or. Les objectifs des traitements de fond, utilisés en monothérapie ou en association, sont d'obtenir une rémission ou à défaut un contrôle de l'activité de la maladie, de prévenir des lésions structurales et du handicap fonctionnel, de limiter les conséquences psychosociales et enfin d'améliorer ou de préserver la qualité de vie du patient. En première intention et en l'absence de toute contre-indication, le traitement de fond de référence de la polyarthrite rhumatoïde est le méthotrexate.

ANNEXE 6

AIDES DONT PEUT BENEFICIER LE TRAVAILLEUR HANDICAPE

- L'aide à l'insertion professionnelle (AIP) :

Cette aide peut être attribuée en cas d'embauche en CDI, ou CDD d'au moins 12 mois, d'une personne handicapée âgée de 45 ans ou plus, étant au chômage et ayant travaillé moins de 6 mois consécutifs dans les 12 mois précédant le recrutement, ou sortant d'un établissement protégé ou adapté.

- Les aides au contrat de professionnalisation :

Une subvention peut être obtenue lors de la signature d'un contrat de professionnalisation ou d'apprentissage avec un travailleur handicapé.

- L'aide au tutorat :

Si une entreprise a recours à un tuteur pour recruter un travailleur handicapé, le maintenir dans son emploi ou suivre sa formation en tant que stagiaire, elle peut bénéficier d'une subvention pour prendre en charge le coût du tutorat.

- L'aide aux emplois d'avenir :

L'embauche d'un travailleur handicapé de moins de 30 ans à temps plein dans le cadre d'un emploi d'avenir peut donner lieu à une aide. La formation du jeune travailleur handicapé peut également être financée en vue de l'obtention d'un diplôme ou d'une certification.

- L'aide au maintien dans l'emploi des personnes handicapées en fin de carrière :

Une aide existe pour les salariés handicapés seniors, âgés de 52 ans et plus, en CDI, pour lesquels le médecin du travail préconise une réduction du temps de travail. Cette aide a pour but de permettre à l'employeur de maintenir l'emploi du travailleur handicapé jusqu'à son départ à la retraite.

- La reconnaissance de la lourdeur du handicap :

La reconnaissance de la lourdeur du handicap vise à compenser les conséquences financières du handicap sur l'activité professionnelle, telles que les charges liées à l'organisation particulière du travail, à l'accompagnement social ou professionnel, ou au manque à gagner du fait d'une productivité moindre du bénéficiaire de l'obligation d'emploi. Cette reconnaissance peut être accordée par l'AGEFIPH et donner lieu au versement d'une aide à l'emploi (AETH) ou à une diminution de la contribution due par l'entreprise assujettie à l'obligation d'emploi des personnes handicapées.

ANNEXE 7

LES ACTEURS IMPLIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LE HANDICAP

Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)¹³⁵

Les Maisons Départementales Des Personnes Handicapées ont été instaurées par la loi du 11 février 2005 qui précise que leur fonction est « d'offrir un accès unique aux droits et prestations [...], à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services afin de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille ». Les MDPH sont ainsi chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. Mises en place et animées par le Conseil Général, elles associent, les services de l'État, les organismes de protection sociale et des représentants des associations représentatives des personnes en situation de handicap. Elles constituent un réseau local d'accès à tous les droits, prestations et aides, notamment la prestation de compensation du handicap (PCH) versée par le Conseil Général, qu'ils soient antérieurs ou créés par la loi du 11 février 2005. Les MDPH constituent en somme un « guichet unique » destiné à simplifier les démarches des personnes handicapées. La demande du statut de travailleur handicapé s'effectue auprès de cette institution.

Au sein des MDPH, ce sont les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui sont en charge de prendre les décisions concernant les aides et les prestations au regard de l'évaluation menée par l'équipe pluridisciplinaire mise en place au sein des MDPH (besoins de compensation et élaboration du plan personnalisé de compensation du handicap). Elles remplacent les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) ainsi que les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES). Les CDAPH sont composées de représentants du Conseil Général, des services et des établissements publics de l'État (ARS, Académie, etc.), des organismes de protection sociale (CAF, CPAM, etc.), des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves et des représentants des personnes handicapées et de leurs familles désignés par les associations représentatives, et enfin d'un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées. Les CDAPH sont compétentes pour:

- Se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale;
- Désigner les établissements ou services répondant aux besoins de l'enfant / adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé ainsi que statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans hébergées dans les structures d'accueil spécialisées;
- L'attribution, pour l'enfant ou l'adolescent, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et, éventuellement, de son complément;
- L'attribution de la carte d'invalidité (CIN);
- L'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ainsi que de la prestation de compensation du handicap (PCH);

¹³⁵ www.mdph.fr

- Reconnaître la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Les MDPH s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires associant divers professionnels du champ médico-social (médecins, infirmiers, assistantes sociales, ergothérapeutes, psychologues, etc.). Cette pluridisciplinarité permet d'évaluer les besoins de la personne sur la base du projet de vie et de proposer un plan personnalisé de compensation du handicap intégrant notamment la dimension du parcours professionnel. Enfin, les MDPH organisent des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désignent un référent pour l'insertion professionnelle des adultes handicapés.

L'Association de Gestion de Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH)¹³⁶

Depuis la loi du 10 juillet 1987²⁴ et l'obligation faite aux entreprises d'au moins 20 salariés d'avoir au minimum 6% de leur effectif représenté par des travailleurs handicapés, l'AGEFIPH perçoit et gère les contributions des entreprises qui ne respectent pas cette obligation d'emploi. Depuis 2013, l'AGEFIPH possède en outre les compétences en matière de gestion et de contrôle de la déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH).

La principale mission de l'AGEFIPH est de favoriser au mieux l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées grâce aux fonds collectés. Deux catégories de bénéficiaires rentrent donc dans le champ d'action de l'association : les travailleurs handicapés et les entreprises. Des critères d'éligibilité précis, en fonction de l'aide ou du service demandé, sont nécessaires afin de pouvoir bénéficier de l'accompagnement de l'AGEFIPH. En plus de ces missions d'insertion et de maintien dans l'emploi, l'AGEFIPH assure en parallèle le développement des politiques publiques en faveur de l'emploi des personnes handicapées. Pour ce faire, elle coopère avec des acteurs en charge de l'emploi (Pôle emploi), de la formation professionnelle (Conseils Régionaux) et de la compensation du handicap (CNSA). Ces coopérations sont formalisées dans des conventions nationales, régionales ou locales. Des prestations spécialisées délivrées ponctuellement sur prescription pour répondre à un besoin identifié sont également dispensées par l'AGEFIPH. Par exemple: compensations de handicaps (déficiences auditives, visuelles, motrices, psychiques, intellectuelles), études préalables à l'aménagement des situations de travail, conseil en création d'activité, formations courtes et collectives. Depuis le 1er janvier 2013, une aide spécifique a été mise en place pour faciliter le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en fin de carrière. L'objectif étant de permettre aux employeurs de maintenir dans leur emploi les salariés handicapés seniors jusqu'à leur départ à la retraite. Enfin, l'AGEFIPH propose des offres d'emploi pour travailleurs handicapés. A titre d'illustration, pour le mois de mai 2013, près de 25 000 offres étaient ainsi proposées sur le site internet de l'association.

C'est sur la base de cahiers de charges précis que l'AGEFIPH sélectionne, anime et finance trois types de partenaires-services dédiés respectivement à l'insertion professionnelle et au recrutement (Cap Emploi), au maintien dans l'emploi (SAMETH) et à l'information et la sensibilisation des entreprises (ALThER). Des prestataires dans les domaines de la formation et de l'orientation, du conseil à la création d'entreprise, du conseil à l'aménagement des situations de travail et de l'expertise sur les principaux types de handicap sont également susceptibles d'interagir avec l'association. La demande d'aide ou de prestations (financières ou non) à l'AGEFIPH se fait par le biais d'un dossier constitué avec l'aide d'un conseiller à l'emploi relevant de Pôle emploi, des Cap emploi, des missions locales ou bien d'un conseiller SAMETH pour une prestation relative au maintien dans l'emploi. En outre, certaines aides, par exemple les aides à l'insertion professionnelle ou les aides au maintien dans l'emploi, doivent obligatoirement être prescrites par un conseiller.

¹³⁶ <http://www.agefiph.fr/#agefiph>

En 2011, 128 400 entreprises privées étaient assujetties à l'obligation d'emploi. Parmi elles, 78000 (61 %) ne contribuaient pas à l'AGEFIPH car elles avaient atteint ou dépassé le taux de 6 % de travailleurs handicapés ou avaient signé un accord d'entreprise portant sur l'emploi et le handicap. Les entreprises n'atteignant pas le taux de 6% et versant une contribution à l'AGEFIPH étaient au nombre de 50 400, soit 39%. Concernant le montant des contributions, il s'élevait en 2011 à 484 M€ (au titre de la collecte 2010) soit une baisse de 10% par rapport à 2010. Cette baisse s'inscrit dans un contexte de diminution régulière des recettes observé depuis le pic de la collecte de 2007 lié aux modifications législatives du 11 février 2005. Ainsi, depuis 2007, le montant de la collecte a diminué de 20%.

Les Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)^{137,138}

Les SAMETH sont des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés qui ont pour rôle d'éviter tout licenciement de salarié devenu inapte à son poste. Ce service est financé par l'AGEFIPH pour le secteur privé et mis à disposition des établissements des fonctions publiques pour le compte du FIPHFP. A noter toutefois que tous les 3 ans, l'AGEFIPH réalise un appel d'offres. Il n'est donc pas impossible que dans l'avenir, des structures privées remplissent le rôle des Sameth. Les SAMETH interviennent en partenariat avec les acteurs des champs médical, social et de l'emploi tels que les services de santé au travail, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), la mutualité sociale agricole (MSA), les organismes de bilan ou de formation.

Les SAMETH peuvent être saisis à la demande du salarié, du médecin du travail, de l'employeur, des assistants sociaux, des MDPH, des CHSCT et des CARSAT. L'aide au maintien dans l'emploi peut être sollicitée dès la demande du statut de travailleur handicapé sans que celui-ci soit déjà officiellement obtenu. Une fois les SAMETH saisis, leurs aides peuvent s'adresser : aux entreprises privées et à leurs salariées en CDI ou CDD de plus de 6 mois, y compris les entreprises sous accord agréé qui ont atteint leur quota de 6 % de travailleurs handicapés ; aux établissements publics et à leurs agents ou stagiaires de la fonction publique, y compris les centres de gestion de la fonction publique territoriale et les plates-formes régionales interministérielles d'appui à la gestion des ressources humaines ; aux travailleurs indépendants.

Les aides proposées par les SAMETH sont de plusieurs ordres :

- Informations et conseils sur le cadre juridique et sur la démarche de maintien dans l'emploi.
- Analyse de la situation et accompagnement dans la recherche et dans la construction de solutions adaptées.
- Mobilisation des aides et des prestations techniques, humaines et financières pour la mise en œuvre de la solution de maintien dans l'emploi.

En pratique, le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés peut être facilité par des aménagements des conditions de travail, du matériel ou par une aide technique. Toutefois, l'aménagement pris en charge par la SAMETH est celui qui permet de compenser le handicap.

Si par exemple l'acquisition de matériel permet d'augmenter la productivité, l'AGEFIPH participera de façon moins importante à l'acquisition du matériel. De même, si des salariés, autres que le travailleur handicapé, bénéficient du matériel, l'entreprise devra prendre à sa charge une partie du coût du matériel. Des aides financières sont également possibles tels que des subventions forfaitaires, des contrats de rééducation en entreprise (une partie du salaire pouvant alors être pris en charge par la CPAM lorsque la formation se fait au sein de l'entreprise sur le temps de travail),

¹³⁷ <http://www.agefiph.fr/L-Agefiph/Que-faisons-nous/Sameth>

¹³⁸ <http://www.atousante.com/situations-particulieres/travailleurs-handicape/sameth-service-appui-maintien-dans-emploi/>

des tutorats (soutien financier en cas de manque d'autonomie de la personne sur son poste de reclassement) ou bien des aides au financement de l'auxiliaire professionnel (personne remplaçant temporairement le salarié handicapé en attendant qu'une autre solution soit trouvée). Les SAMETH peuvent également aider les entreprises et les salariés par leur expertise en termes de bilan de compétences ou d'étude ergonomique en vue d'un aménagement du poste de travail.

En 2011, le réseau SAMETH a pris en charge 24 458 nouvelles situations et a permis à 17 523 personnes handicapées d'être maintenues dans leur entreprise.

Le réseau national des Cap emploi : insertion professionnelle et recrutement des personnes handicapées^{139,140}

Le réseau national des Cap emploi est composé de 118 organismes définis par la loi du 11 Février 2005 comme des O.P.S, c'est à dire des Organismes de Placement Spécialisés.

Dans le cadre d'une compétence départementale, chaque Cap emploi assure une mission de service public en complément de l'action de Pôle Emploi. L'objectif des Cap emploi étant de favoriser le recrutement et l'intégration des personnes handicapées dans les entreprises privés et publiques.

Concernant le recrutement, Cap emploi fournit aux travailleurs handicapés une analyse des postes à pourvoir et des profils recherchés au regard de leur handicap. Cap emploi dispense également des informations sur le handicap en situation de travail et, en fonction des besoins, les moyens de le compenser. Aux entreprises, Cap emploi mobilise les aides financières existantes comme les contrats aidés par l'Etat ou les primes à l'embauche AGEFIPH mais peut également rechercher les candidats correspondants aux postes à pourvoir et les présenter aux employeurs. Au niveau de l'intégration, Cap emploi réalise l'appui au montage des dossiers AGEFIPH et le suivi de la personne nouvellement embauchée.

En 2011, le réseau Cap emploi a contribué au recrutement de 67 134 personnes handicapées dont 11 186 auprès d'employeurs publics. Les contrats durables, comme les CDI et CDD de plus de 12 mois, représentent 39% des contrats signés.

L'ALThER : information et sensibilisation des entreprises¹⁴¹

ALThER est un partenaire-service de l'AGEFIPH dédié à la mobilisation des entreprises pour l'emploi des personnes handicapées. Pour ce faire, ALThER dispense ses services aux entreprises privées et plus particulièrement aux entreprises dont l'effectif est compris entre 20 et 250 salariés ainsi qu'aux nouvelles entreprises nouvellement contributantes à l'AGEFIPH.

Des informations relatives à l'emploi des personnes handicapées et à l'environnement législatif sont ainsi mises à disposition des employeurs. A cela s'ajoute un service d'accompagnement dans lequel ALThER réalise un diagnostic de l'entreprise pour l'aider à remplir son obligation d'emploi, identifie les actions réalisables et accompagne l'entreprise dans leur mise en œuvre. Enfin, un service mobilisation permet d'identifier les possibilités d'accueil en entreprise pour des personnes handicapées en formation en alternance ou en stage.

En 2011, ce sont près de 4 800 établissements de toute nature qui ont bénéficié des services d'ALThER.

La Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT)¹⁴²

¹³⁹ <http://www.agefiph.fr/L-Agefiph/Que-faisons-nous/Cap-Emploi>

¹⁴⁰ <http://www.capemploi.net/cap-emploi/>

¹⁴¹ <http://www.agefiph.fr/L-Agefiph/Que-faisons-nous/Alther>

¹⁴² http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-gard/acteurs-locaux/le-service-social-de-la-carsat_gard.php

Les CARSAT, de par leur service social, agissent en coordination avec tous les autres intervenants sociaux. Les trois missions prioritaires définies par l'Assurance Maladie sont de :

- Développer des conditions nécessaires pour l'accès aux soins des personnes démunies, ou pour celles qui sont fragilisées par la maladie, le handicap, un accident. Ceci en collaboration étroite avec les CPAM ;
- Prévenir la désinsertion professionnelle des assurés malades, invalides ou handicapés, en liaison avec les différents partenaires et contribuer à la préservation de l'autonomie des personnes âgées ;
- Aménager un maintien à domicile de qualité pour les personnes malades, handicapées ou âgées en perte d'autonomie, grâce aux diverses prestations de l'action sociale de la CARSAT.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)¹⁴³

Le CHSCT est un acteur important dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail et du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, dans les structures de plus de cinquante salariés. En effet, plusieurs de ses missions concernent le handicap et la santé des salariés. En plus de leur rôle d'écoute, de conseil et d'orientation des salariés, les CHSCT doivent également sensibiliser l'ensemble du personnel à ces problématiques. Ils peuvent notamment travailler sur :

- Les conditions d'accès aux locaux ;
- Les aménagements de poste nécessaires à l'intégration ou au maintien des personnes handicapées ;
- Le suivi des personnes devenues inaptes au poste de travail suite à une maladie professionnelle ;
- Les conditions de travail comme origine de handicap ou de maladies professionnelles.

Le comité d'entreprise

L'employeur a obligation de présenter au comité d'entreprise le bilan social avec le nombre de travailleurs handicapés présents dans l'entreprise, le nombre d'inaptitudes liées aux accidents de travail ou aux maladies professionnelles, le nombre de reclassements et de licenciements, etc. Dans le cadre des conventions passées entre l'entreprise et l'AGEFIPH, le comité d'entreprise est également consulté.

D'autre part, le comité porte regard sur la politique d'emploi des personnes handicapées. De ce fait, il peut impulser l'entreprise dans sa politique de gestion des ressources humaines et intégrer la dimension du maintien dans l'emploi des personnes en difficulté.

Les Associations de patients

Les associations de patients jouent un rôle clé dans l'orientation et le soutien des malades atteints de polyarthrite rhumatoïde. Leur antennes au niveau national et local ainsi que leur site internet, proposant de l'actualité, des forums de discussions entre patients, des fiches expliquant la maladie et ses traitements, permettent aux patients de mieux comprendre leur pathologie et de poser toutes les questions qu'ils souhaitent sans qu'elles soient forcément de nature médicale. Ainsi, le secteur associatif est indispensable dans l'appui des patients dans leur démarche de reconnaissance RQTH

¹⁴³ Maladies chroniques évolutives. Pluridisciplinarité et maintien dans l'emploi en Aquitaine. ANACT. Avril 2008. Disponible sur http://www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=1946537

surtout chez les travailleurs malades ne souhaitant pas communiquer leur maladie à leur entourage professionnel. Le dialogue avec d'autres malades dans des situations similaires peuvent aider les patients à surmonter leur crainte et ainsi à pouvoir demander à bénéficier de toutes les aides qui leurs sont possiblement allouées. La HAS reconnaît d'ailleurs le rôle bénéfique des associations et recommande « *d'informer tout patient atteint de PR de l'existence d'associations de malades, notamment dès que le diagnostic est formellement établi, et de lui en communiquer les coordonnées, s'il le souhaite* ».

ANNEXE 8

DEFINITION DE L'ADDICTION¹⁴⁴.

Définition de l'addiction.

L'addiction se caractérise fondamentalement par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et par la poursuite de celui-ci en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives et dommageables. Le terme d'addiction est en lui-même ancien, mais le concept a été développé à propos des conduites de dépendance depuis les années 1960-1970 aux États-Unis et plus particulièrement par Goodman¹⁴⁵ en 1990, ce dernier ayant élaboré les critères du trouble addictif, critères repris et complétés dans les travaux récents sur l'addiction.

Ces critères définissent le trouble addictif par un état caractérisé par :

- des échecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique,
- un sentiment de tension croissante avant de débiter le comportement ;
- un sentiment de plaisir ou de soulagement au moment de l'action
- un sentiment de perte de contrôle en débutant le comportement.
- au moins cinq des items suivants :
 - fréquente préoccupation liée au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation,
 - fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée,
 - efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement,
 - importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets,
 - réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies,
 - abandon ou réduction d'activités sociales, occupationnelles ou de loisirs importants en raison du comportement,
 - poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement,
 - besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité, agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi,

¹⁴⁴ Contribution de Philippe-Jean Parquet, psychiatre, fondateur de la clinique d'addictologie au centre hospitalier de Lille, responsable du DESS conduites addictives (Lille II et Lille III) et responsable de la capacité d'addictologie (Lille II). Extrait du guide d'intervention en milieu scolaire sur la prévention des conduites addictives, corédigé par la Direction générale de l'enseignement scolaire et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies.

¹⁴⁵ GOODMAN A. « Addictions : Definition and Implications », British Journal of Addiction, 1990.

– certains symptômes ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Cette définition permet d'identifier toutes les variétés de conduites addictives mais ces conduites peuvent revêtir des expressions cliniques très diversifiées.

Les différentes formes de conduites addictives.

Les trois types de comportement suivants constituent des conduites addictives.

L'usage individuellement et socialement réglé

L'usage ou l'expérimentation ne saurait être considéré comme pathologique, puisqu'il n'induit pas de dommages actuels, mais il peut conduire à des risques situationnels : conduite de véhicules ou d'engins, travail sur machine, lors de la grossesse et des risques liés aux quantités consommées ou aux modes de consommations (contamination par le VIH lors des injections par exemple).

L'usage nocif

Cette conduite est caractérisée par la survenue de dommages physiques, psychologiques, sociaux et moraux mais aussi citoyens. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa quatrième édition (DSM IV)¹⁴⁶ insiste sur :

- l'utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des occupations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
- l'utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- l'utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents.

Cette conduite implique la prise en charge conjointe du comportement de consommation et de chaque type de dommage.

La dépendance

La dépendance est définie, dans le même manuel, par un « mode d'utilisation inappropriée d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif comme en témoignent trois ou plus des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- l'existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même substance ;
- l'existence d'un syndrome de sevrage ;
- la substance est souvent prise en quantité supérieure ou en un laps de temps plus long que prévu ;
- un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;

¹⁴⁶ DMS IV Diagnostic and Statistical Manual- Revision 4, est un outil de classification qui représente le résultat actuel des efforts poursuivis depuis une trentaine d'années aux Etats-Unis pour définir plus précisément les troubles mentaux.

- d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;
- l'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent... »

Certaines personnes peuvent parcourir ces étapes successivement dans un temps plus ou moins rapide ou en rester à l'un d'entre eux. Il en résulte une cohabitation de ces trois comportements dans la population obligeant à construire une politique générale adaptée à ces trois sous-populations conjuguant des actions de prévention des conduites et de prévention des dommages ainsi que des actions de soins et de réhabilitation.

Les déterminants des conduites addictives.

Les déterminants des conduites addictives permettent de comprendre pourquoi certaines personnes débutent une consommation, d'autres en restent à des consommations non dommageables et d'autres évoluent vers la dépendance. Ces déterminants sont très divers et liés :

- à l'offre de produits, justifiant la loi, la réglementation et la répression du trafic ;
- aux facteurs de vulnérabilité et aux facteurs psychologiques de protection ainsi qu'aux éventuels troubles mentaux ;
- au développement psychologique et donc à l'âge ;
- aux représentations sociales et culturelles.

La multiplicité de ces déterminants conduit à promouvoir des actions de prévention diverses dont on ne voit pas toujours l'impact immédiat sur les conduites addictives, mais dont l'efficacité n'est plus à mettre en doute.

Par ailleurs, les compétences bio-psychosociales développées à partir de l'éducation à la santé et l'éducation à la citoyenneté, aident les personnes à faire des choix éclairés.

ANNEXE 9

L'ANALYSE DES COMPORTEMENTS ADDICTIFS DANS LE BAROMETRE SANTE 2010.

Les données du Baromètre santé 2010 consacrées à l'évolution de la prévalence du tabagisme depuis 2005 révèlent la première hausse véritablement significative du tabagisme depuis la loi Evin. Ainsi, la baisse du tabagisme observée en population masculine depuis les années 1970 semble désormais enrayée. On assiste même à une reprise du tabagisme féminin concernant en particulier les femmes nées entre 1945 et 1965

Chez les personnes âgées de 15 à 75 ans, les fumeurs quotidiens ont augmenté de 2 points entre 2005 et 2010, passant de 26,9 % à 28,7 %. L'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes (de 23,0 % à 25,7 %), et n'apparaît pas significative parmi les hommes (de 31,0 % à 31,8 %). Le tabagisme occasionnel reste stable que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Comme c'était déjà le cas en 2005, la proportion de fumeurs occasionnels diminue avec l'âge.

L'écart de niveau de consommation entre hommes et femmes est relativement important chez les trentenaires, probablement en raison des grossesses et de la présence d'enfants en bas âge au sein des foyers qui sont des opportunités d'abandonner le tabagisme plus volontiers saisies par les femmes.

Chez les hommes de 20 à 25 ans, la prévalence du tabagisme quotidien a baissé de presque 5 points (de 47,0 % à 42,2 %). En revanche, elle augmente chez ceux âgés de 26 à 34 ans, passant de 41,2 % à 46,7 %.

Parmi les femmes, la hausse apparaît particulièrement forte, de 7 points, chez celles âgées de 45 à 64 ans (passant de 16,0 % à 22,5 %) et relativement modeste voire inexistante sur les autres tranches d'âges. Cette hausse peut s'expliquer par trois éléments.

Les femmes sont entrées dans le tabagisme 20 ans après les hommes. La génération des femmes nées entre 1945 et 1965 est celle de l'émancipation féminine, qui s'est accompagnée d'une entrée dans le tabagisme, jusqu'alors stigmatisé pour les femmes. Cette entrée s'est faite aussi avec le développement de stratégies marketing spécifiques par l'industrie du tabac, avec l'apparition de produits ciblés par genre notamment.

La tranche d'âge 45-65 ans serait une période de vie plus propice à une reprise du tabagisme chez les femmes. L'existence de cette fragilité n'est pas nouvelle, mais on peut constater qu'en 2010, c'est une génération particulièrement fumeuse qui arrive à cet âge (avec des fumeuses qui n'arrêtent pas et d'anciennes fumeuses susceptibles de reprendre).

Cette génération des femmes ayant une propension à rester ou redevenir fumeuses se situe dans un contexte de lutte contre le tabagisme moins centré sur les hausses des prix qu'il ne le fut entre 2000 et 2005.

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers semble, en revanche, avoir diminué, (15,4 cigarettes par jour en 2005 à 13,9 en 2010). Cette diminution semble plus importante chez les hommes (de 16,8 à 15,1) que chez les femmes (de 13,7 à 12,6).

La proportion de fumeur de plus de 10 cigarettes est passée de 72,8 % en 2005 à 68,7 % en 2010.

En 2010, on comptait environ 3,8 millions de consommateurs à risques (dépendants ou non) de 18 à 75 ans au sens du test Audict-C. Cette consommation à risque croît considérablement avec l'âge

et concerne principalement les hommes (3,2 millions contre 0,6 millions pour les femmes), niveaux probablement sous évalués car les populations les plus précaires ne sont pas interrogées dans les enquêtes en population générale¹⁴⁷.

En 2010, parmi les 18-75 ans, 12 % des personnes interrogées déclarent avoir bu de l'alcool tous les jours au cours des douze derniers mois, 37 % au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement) et 38 % moins souvent. Par ailleurs, 13 % des personnes interrogées disent ne pas en avoir bu durant la dernière année. La consommation de boissons alcoolisées reste plus importante chez les hommes, ceux-ci étant en effet trois fois plus nombreux à consommer quotidiennement de l'alcool (18 % contre 6 %) et 64 % d'entre eux déclarant une consommation hebdomadaire, contre 35 % des femmes.

L'alcoolisation, surtout lorsqu'elle est quotidienne, concerne plus souvent des personnes de 45 ans et au-delà. Plus l'âge s'élève, plus les écarts de prévalence entre les hommes et les femmes augmentent.

La consommation en une même occasion d'au moins six verres de boissons alcoolisées a également été documentée. Cette consommation ponctuelle de quantités importantes d'alcool se distingue de la stricte notion anglo-saxonne de « binge drinking » (ce terme désigne à la fois la pratique consistant à boire plusieurs verres d'alcool en une même occasion, dans un laps de temps court et dans une perspective de « défonce »). Plus d'un tiers des adultes interrogés (36 %) déclarent au moins un épisode au cours de l'année écoulée.

Là aussi les hommes sont plus nombreux : 52 % déclarent un tel épisode au cours de l'année, contre 21 % des femmes. Ce sont plutôt les hommes de moins de 35 ans qui apparaissent les plus concernés (64 %), alors que chez les femmes la prévalence est maximale chez les 20-25 ans (40 %).

La survenue d'une ivresse au cours de l'année écoulée concerne 19 % des adultes.

Les ivresses régulières (au moins dix fois dans l'année) représentent pour leur part 3 % des personnes interrogées. Comme pour tous les usages d'alcool, les ivresses s'avèrent aussi nettement plus masculines : 27 % des hommes contre 11 % des femmes sont concernés. Pour les personnes qui déclarent avoir été ivres dans l'année, le nombre moyen d'ivresses est de 6,6, avec là encore une nette prédominance masculine (7,7 vs 3,8 chez les femmes).

Le test Audit-C3, qui tient compte à la fois de la fréquence de consommation au cours des douze derniers mois, du nombre de verres bus un jour de consommation type et de la fréquence des épisodes de consommation ponctuelle de quantités importantes, permet de définir quatre types de buveurs : ainsi, 37 % des 18-75 ans sont des buveurs sans risque occasionnel, 12% des buveurs sans risque régulier, 28 % des buveurs à risque ponctuel et 9 % à risque chronique.

La consommation à risque ponctuel diminue avec l'âge, tandis que la consommation à risque chronique, importante chez les jeunes (14 % parmi les 18-25 ans), diminue jusqu'à 45 ans (7 % parmi les 35-44 ans), puis augmente au-delà (9 % chez les 65-75 ans).

Les épisodes d'ivresse au cours de l'année augmentent globalement (de 15 % en 2005 à 19 % en 2010), et ce dans toutes les classes d'âge et quel que soit le genre. Cependant, l'ampleur de la hausse a été plus importante chez les jeunes de 18 à 34 ans, et en particulier chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans, pour qui les niveaux ont le plus nettement augmenté : leur consommation ponctuelle de quantités importantes est passée de 30 à 42 % entre 2005 et 2010, et l'ivresse au cours de l'année de 20 à 34 %.

¹⁴⁷ Drogues, chiffres clés. 4ème édition OFDT Janvier 2012.

La hausse des usages à risque ponctuel et chronique apparaît, là encore, marquée chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans (41 % en 2010 vs 29 % en 2005). Chez les hommes de 26 à 34 ans, les usages à risque chronique marquent également une hausse.

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France. En 2010, parmi les adultes âgés de 18 à 64 ans, environ un tiers (33 %) déclare en avoir déjà consommé au cours de leur vie. Cette expérimentation est davantage le fait des hommes que des femmes (41 % contre 25 %). L'usage actuel (dans les 12 derniers mois) concerne 8 % des 18-64 ans (11 % des hommes et 5 % des femmes), tandis que la proportion d'usagers au cours du mois (usagers récents) atteint globalement 4 %. Ces usages touchent particulièrement les jeunes générations : 18 % des garçons et 9 % des filles de 18-25 ans sont des usagers récents (au cours du dernier mois), 9 % et 4 % respectivement sont des usagers réguliers (i. e. au moins dix fois au cours des trente derniers jours).

Même si l'expérimentation est passée de 29 % à 33 % pour l'ensemble des tranches d'âge entre 2005 et 2010, la consommation de cannabis s'avère stable. En effet, la légère hausse observée est mécanique, liée à un effet de « stock » des générations anciennes de fumeurs, dans la mesure où les autres formes d'usage apparaissent stables. La proportion d'individus ayant expérimenté le cannabis est maximale entre 26 et 34 ans chez les hommes (64 %), et diminue ensuite pour atteindre 13 % entre 55 et 64 ans. Chez les femmes, la proportion d'expérimentatrices de cannabis se situe autour de 40 % entre 18 et 34 ans pour diminuer à 7% entre 55 et 64 ans. La consommation actuelle de cannabis concerne surtout les plus jeunes (23 % pour les 18-25 ans), elle diminue ensuite avec l'âge et est quasiment nulle à 55-64 ans

Depuis le début des années 1990, la disponibilité des substances stimulantes, qu'il s'agisse de la cocaïne ou des autres drogues de synthèse (ecstasy, amphétamines...), s'est développée en France. C'est également au cours des années 1990 que l'on a assisté à l'émergence puis à la diffusion relative de la forme base 8 de la cocaïne, c'est-à-dire le crack, dont la consommation reste très rare et localisée.

Expérimentée par 3,8 % des 18-64 ans (0,9 % de la population en ayant consommé au cours de l'année), la cocaïne se situe au deuxième rang des produits illicites les plus consommés, très loin derrière le cannabis et les produits psychotropes licites. La hausse de sa diffusion est néanmoins très nette, traduisant la démocratisation d'un produit autrefois circonscrit à des catégories aisées et qui touche, depuis quelques années, des sphères de plus en plus larges de la société. L'usage actuel comme l'expérimentation concernent environ trois fois plus les hommes que les femmes.

Témoignant d'une évolution entre les générations, la part des personnes ayant déjà pris de la cocaïne au moins une fois dans leur vie apparaît maximale chez les 26-34 ans (8 % dans l'ensemble, 11 % chez les hommes, 4 % chez les femmes), les générations antérieures étant moins nombreuses à l'avoir expérimentée.

L'usage au cours de l'année concerne en premier lieu les 18-25 ans (2,5 % dans l'ensemble, 3,7 % chez les hommes, 1,3 % chez les femmes), pour régresser ensuite et devenir pratiquement nul à partir de 55 ans.

La part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par trois en deux décennies (de 1,2 % en 1992 à 3,8 % en 2010) et a pratiquement augmenté de moitié entre les deux dernières enquêtes du Baromètre santé. En 2010, toutes les tranches d'âge en deçà de 50 ans comptent de nouveaux expérimentateurs. Au-delà, c'est le vieillissement des usagers qui accroît les taux d'expérimentation. Quant à l'usage dans l'année, de 0,2 % en 2000, il est passé à 0,6 % en 2005 et à 0,9 % en 2010 parmi les 18-64 ans.

La consommation des autres drogues illicites reste marginale sur l'ensemble de la population des 18-64 ans. L'usage au cours de la vie de champignons hallucinogènes se situe en 2010 à 3,2 % des personnes interrogées (4,9 % chez les hommes, 1,6 % chez les femmes) et l'usage actuel à 0,2 %. Les niveaux d'expérimentation pour les substances synthétiques telles que l'ecstasy ou les amphétamines sont respectivement de 2,7 % et de 1,7 %. La prévalence de l'expérimentation de

l'héroïne est de 1,2 % dans l'ensemble des 18-64 ans (1,9 % chez les hommes vs 0,6 % chez les femmes).

L'expérimentation des champignons hallucinogènes apparaît en légère hausse pour les deux sexes, mais l'usage actuel se révèle stable. La proportion d'expérimentateurs d'héroïne a également augmenté de manière significative (de 0,9 % à 1,2 %). Enfin, l'usage actuel d'ecstasy (sous forme de comprimé ou de poudre) est en baisse, bien que ce produit continue de se diffuser dans la population.

ANNEXE 10

LA RÉGLEMENTATION DE L'USAGE DU TABAC, DE L'ALCOOL ET DES DROGUES ILLICITES.

Si l'impact en matière de santé publique des pratiques addictives est important et a donc mobilisé l'attention du législateur, d'autres motivations l'ont également guidé dans son souci de réglementer, voire d'interdire, l'usage des produits sources d'addictions.

Ainsi, très tôt les préoccupations de sécurité publique ont conduit à réglementer les conditions de vente de l'alcool et il en va de même pour les dispositions interdisant l'usage des produits stupéfiants.

Chronologiquement, c'est l'usage de l'alcool qui a été le premier réglementé, l'ivresse publique et manifeste étant une infraction depuis 1873. Puis l'arsenal législatif et réglementaire a été complété au fil du temps pour couvrir désormais non seulement l'usage de l'alcool, mais aussi celui du tabac et des drogues illicites. Cette réglementation est à la fois préventive et répressive. Préventive, en encadrant les conditions de vente, de publicité et de consommation des produits licites (alcool, tabac) en particulier à l'égard des mineurs. Répressive, en pénalisant l'usage des drogues illicites et les comportements jugés dangereux pour la sécurité ou la santé publique s'agissant du tabac et de l'alcool.

La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (dite loi Evin) a marqué un temps fort dans la réglementation de l'usage du tabac et de l'alcool en posant le principe d'une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, ainsi que dans les lieux collectifs de transport. Concernant l'alcool, elle limite fortement le droit de faire de la publicité pour les boissons alcoolisées afin de protéger les jeunes. Plus récemment, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a renforcé la réglementation existante, en particulier en direction des mineurs.

En matière de drogues illicites, c'est la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses qui a posé les bases de la législation applicable en matière de lutte contre les drogues illicites, en instaurant une double série de mesures, sanitaires, d'une part, et répressives, d'autre part.

Tabac.

La réglementation de l'usage du tabac couvre tant la publicité que les conditions de vente aux mineurs ou les lieux où il est possible de fumer.

Publicité.

La loi n° 91-32 du 10 janvier 1991, dite loi Evin, énonce que « toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac ainsi que toute distribution gratuite sont interdites » (article 3 de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 et article L3511-3 du code de la santé publique).

Toute opération de parrainage est interdite lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, sauf en ce qui concerne la retransmission des compétitions de sport mécanique qui se déroulent dans des pays où la publicité pour le tabac est autorisée.

Les unités de conditionnement du tabac et des produits du tabac ainsi que du papier à rouler les cigarettes portent, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé, un message général et un message spécifique de caractère sanitaire (article L 3511-6 du code de la santé publique).

L'arrêté du 25 mars 2003 fixe entre autre, les modalités d'inscription des messages de caractère sanitaire et des mentions obligatoires sur les unités de conditionnement des produits du tabac. On peut lire sur les paquets de cigarettes, les avertissements sanitaires généraux : « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage » et des avertissements sanitaires spécifiques.

L'arrêté du 15 avril 2010 rendant obligatoire l'apposition d'images sur les paquets de cigarettes a pris effet le 20 avril 2011 car il laissait un an aux fabricants pour écouler les paquets de cigarettes en stock et deux ans pour les autres produits du tabac concernés. L'arrêté exclu les « tabacs à usage oral » et les « autres produits du tabac sans combustion ».

Quatorze images en couleurs illustrent les avertissements sanitaires écrits à présent depuis plusieurs années sur les paquets. Les images sont apposées au dos du paquet, sur la partie inférieure et couvrent 40% de la surface de celui-ci. Les coordonnées du dispositif national d'aide à l'arrêt du tabac, le téléphone 3989 et le site internet www.tabac-info-service y figurent également.

Vente.

Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), il est interdit de vendre ou d'offrir, dans les débits de tabac, les commerces et les lieux publics, des produits du tabac ou leurs ingrédients, y compris le papier et le filtre, à des personnes de moins de 18 ans. La loi a été complétée par un décret du 25 mai 2010 relatif aux sanctions prévues pour la vente et l'offre de produits du tabac aux mineurs et par l'arrêté du 28 mai 2010 qui fixe le modèle de l'affichette devant être apposée dans les points de vente de tabac pour rappeler cette interdiction.

Le décret prévoit entre autre que : "Le fait de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac, dans tous commerces ou lieux publics, des produits du tabac à un mineur est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la quatrième classe, sauf si le contrevenant prouve avoir été induit en erreur sur l'âge du mineur.

La personne chargée de vendre des produits du tabac peut exiger que les intéressés établissent la preuve de leur majorité, par la production d'une pièce d'identité ou de tout autre document officiel muni d'une photographie."

Par ailleurs, l'article L.3511-2 du code de la santé publique interdit « la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées dont la teneur donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret ».

Lieux de consommation.

Il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transport collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs (article L.3511-7 et articles R.3511-1 à R.3511-8 du code de la santé publique).

Cette interdiction est effective depuis le 1er janvier 2007 pour :

- tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail;
- les moyens de transport collectifs ;
- les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.

Elle s'applique depuis le 1er janvier 2008 à tous les autres lieux publics : débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants.

Cette interdiction ne s'applique pas dans les emplacements mis à la disposition des fumeurs et dans lesquels aucune prestation de service ne peut être délivrée. L'air doit y être renouvelé, en l'absence de tout occupant, pendant au moins une heure avant que les tâches d'entretien et de maintenance puissent y être exécutées.

Le non respect de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif expose à des sanctions.

Ainsi favoriser sciemment la violation de l'interdiction de fumer ou n'avoir pas mis aux normes applicables les emplacements réservés aux fumeurs ou la signalétique y afférente est sanctionné par une contravention de 4ème classe (article R.3512-2 du code de la santé publique)

Fumer hors des emplacements réservés est punissable d'une « amende forfaitaire » de 3è classe soit 68 euros pour le fumeur.

Enfin est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 4è classe le fait, pour le responsable des lieux où s'applique l'interdiction prévue à l'article R. 3511-1, de :

- ne pas mettre en place la signalisation prévue à l'article R. 3511-6 ;
- mettre à la disposition de fumeurs un emplacement non conforme aux dispositions des articles R. 3511-2 et R. 3511-3 ;
- favoriser, sciemment, par quelque moyen que ce soit, la violation de cette interdiction. "

La loi Evin a donné aux associations dont l'objet social comporte la lutte contre le tabagisme (article L.3512-1 du code de la santé publique) et qui sont régulièrement déclarées, la possibilité de se constituer partie civile afin de déclencher les poursuites, dans les cas d'infractions aux dispositions du code de la santé publique concernant le tabac.

Outre la voie pénale, la voie civile est aussi possible pour les personnes physiques ou les associations qui démontrent que la violation de la loi leur a causé un dommage.

Alcool.

Parce qu'elle est la plus ancienne et parce que les effets néfastes de l'alcool sur la santé et la sécurité publique ont été très tôt identifiés, la législation encadrant l'usage de l'alcool est très complète. Elle régleme, comme pour le tabac, la publicité et les conditions de vente, en particulier aux mineurs, mais aussi les comportements des utilisateurs au volant ou dans les lieux publics.

Publicité.

La loi Evin, qui ne prohibe pas la publicité des boissons alcooliques, l'encadre strictement quant à son contenu et à son support.

Ainsi, la publicité en faveur des boissons alcoolisées, dont la fabrication et la vente ne sont pas interdites, est autorisée sur les supports prévus à l'article L.3323-2 du code de la santé publique.

La publicité est autorisée :

- dans la presse écrite, à l'exception des publications destinées à la jeunesse,
- par voie de radiodiffusion sonore pour des catégories de radios et dans les tranches horaires déterminées par décret en Conseil d'Etat,
- sous forme d'affiches et d'enseignes, ainsi que d'affichettes et d'objets à l'intérieur des lieux de vente à caractère spécialisé, dans les conditions définies par décret en Conseil d'Etat,

- sous forme d'envoi par les producteurs, les fabricants, les importateurs, les négociants, les concessionnaires ou les entrepositaires, de messages, de circulaires commerciales, de catalogues et de brochures, dès lors que ces documents ne comportent que les mentions prévues à l'article L.3323-4 et les conditions de vente des produits qu'ils proposent,
- par inscription sur les véhicules utilisés pour la livraison des boissons, mais l'inscription ne doit comporter que la désignation des produits, le nom et l'adresse du fabricant, des agents ou des dépositaires,
- en faveur des fêtes et foires traditionnelles consacrées à des boissons alcooliques locales,
- en faveur des musées, universités, confréries ou stages d'initiation œnologique à caractère traditionnel, ainsi qu'en faveur de présentations et de dégustations, dans des conditions définies par décret,
- sous forme d'offre, à titre gratuit ou onéreux, d'objets strictement réservés à la consommation de boissons contenant de l'alcool, marqués à leurs noms, par les producteurs et les fabricants de ces boissons, à l'occasion de la vente directe de leurs produits aux consommateurs et aux distributeurs ou à l'occasion de la visite touristique des lieux de fabrication.

Vente.

Le code de la santé publique fixe les grands principes de la vente de boissons alcoolisées.

La loi du 21 juillet 2009 modifie le code de la santé publique comme suit :

l'article 94 de la loi interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre 18 heures et 8 heures, dans les points de vente de carburant, et d'une manière générale, interdit de vendre des boissons alcooliques réfrigérées dans les points de vente de carburant (le non respect de ces dispositions est puni d'une amende de 3750€).

Dans tous les commerces autres que les débits de boissons à consommer sur place, toute personne qui souhaite vendre des boissons alcooliques entre 22 heures et 8 heures doit au préalable suivre la formation prévue à l'article L3332-1-1 (à défaut le contrevenant encourt une amende de 3.750 euros). Il s'agit de la formation spécifique sur les droits et obligations attachés à l'exploitation d'un débit de boissons ou d'un établissement pourvu de la " petite licence restaurant " ou de la " licence restaurant ". La vente à distance est considérée comme une vente à emporter.

L'article L3323-1 du code de la santé publique prévoit que si le débitant propose des boissons alcooliques à prix réduits pendant une période restreinte, il doit également proposer à prix réduit les boissons non alcooliques.

La vente au forfait ou l'offre à volonté d'alcool est également interdite. Cette interdiction vise spécialement la pratique dite des « open bars ».

Le décret n°2011-613 du 30 mai 2011 fait suite à la loi HPST et prévoit une dérogation à cette interdiction pour les fêtes et foires traditionnelles déclarées, celles, nouvelles, qui sont autorisées par le représentant de l'Etat dans le département, et pour les dégustations en vue de la vente, dès lors que ces boissons sont offertes dans un but commercial ou vendues à titre principal contre une somme forfaitaire.

Enfin, le maire peut fixer par arrêté une plage horaire, qui ne peut être établie en deçà de 20 heures et au-delà de 8 heures, durant laquelle la vente à emporter de boissons alcooliques sur le territoire de sa commune est interdite (article 95 de la loi).

L'arrêté du 27 janvier 2010 fait suite à la loi HPST du 21 juillet 2009 et fixe les modèles d'affiches devant être apposées dans tous les débits de boissons "de manière à être immédiatement visibles par la clientèle".

L'article 97 de la loi du 21 juillet 2009 modifie l'article L3323-2 du code de la santé publique afin d'autoriser la publicité en faveur de l'alcool sur internet, qui ne figurait pas à la liste limitative des supports autorisés par la loi Evin.

Pour autant, l'article L3323-2 qui autorise la publicité ou la propagande « sur les services de communications en ligne », sous réserve qu'elle ne soit pas intrusive, exclut toute publicité en faveur des produits alcooliques sur les sites destinés à la jeunesse, dédiés au sport et/ou à l'activité physique.

Comme pour tous les autres supports autorisés, la publicité sur internet doit contenir un message sanitaire « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » dont le contenu doit être encadré.

S'agissant des mineurs, l'article 93 de la loi du 21 juillet 2009 confirme l'interdiction de la vente des boissons alcooliques à tous les mineurs (et non plus aux seuls mineurs de moins de 16 ans) et ajoute que l'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs est également interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. Elle rappelle que la personne qui délivre la boisson, à qui la loi s'impose, peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité.

L'article L3342-4 du code de la santé publique impose qu'une affiche rappelant les dispositions relatives à la protection des mineurs soit apposée dans les débits de boissons à consommer sur place (de même en ce qui concerne les débits de boissons à emporter). Les modèles et les lieux d'apposition de ces affiches seront déterminés par arrêté.

La vente au forfait ou l'offre à volonté d'alcool est également interdite. Cette interdiction, bien qu'elle ne vise pas les seuls mineurs, vise spécialement la pratique dite des « open bars ».

L'exploitation de débits de boissons est interdite sur le périmètre des "zones protégées" (établissements scolaires, terrains de sport, etc.) et aucun nouvel établissement ne peut s'y implanter (sauf en cas de transfert).

Les sanctions prévues sont lourdes : la vente à des mineurs de boissons alcooliques est punie de 7.500 euros d'amende (le double en cas de récidive dans les 5 ans). L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs, dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, est punie de la même peine.

Des peines complémentaires d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d'un an au plus, ou encore l'obligation d'accomplir un stage de responsabilité parentale, peuvent être prononcées.

L'arrêté du 27 janvier 2010 fait suite à la loi du 21 juillet 2009 et fixe les modèles d'affiches devant être apposées dans tous les débits de boissons « de manière à être immédiatement visibles par la clientèle ».

Alcool au volant.

La conduite sous l'empire d'un état alcoolique est un délit, réprimé depuis 1965 en France.

Depuis le décret du 29 août 1995, l'alcoolémie légalement tolérée pour tout conducteur de véhicule est fixée à 0,5g/l de sang (0,25mg/l d'air expiré).

Au-delà de ce taux, la conduite d'un véhicule constitue une infraction relevant, selon le niveau d'alcoolémie constaté, du tribunal de police ou du tribunal correctionnel. Elle est passible entre autres d'une peine d'amende, du retrait de points du permis de conduire, de la suspension ou du retrait du permis, voire d'une peine de prison.

En cas d'accident ayant entraîné des blessures ou un décès, les peines sont aggravées et peuvent atteindre sept ans d'emprisonnement et 100.000 euros d'amende pour homicide involontaire :

- lorsque le conducteur se trouvait en état d'ivresse manifeste ou était sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure aux taux fixés par les dispositions législatives ou réglementaires du code de la route, ou a refusé de se soumettre aux vérifications prévues par ce code et destinées à établir l'existence d'un état alcoolique.

- lorsqu'il résulte d'une analyse sanguine que le conducteur avait fait usage de substances ou de plantes classées comme stupéfiants, ou a refusé de se soumettre aux vérifications prévues par le code de la route destinées à établir s'il conduisait en ayant fait usage de stupéfiants.

Si est constatée la présence d'alcool et de stupéfiants, ou si une ou plusieurs autres circonstances aggravantes sont associées à la prise de stupéfiants ou d'alcool, les peines sont encore alourdies, pouvant aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 150.000 euros d'amende.

Par ailleurs, pour lutter contre l'alcoolisme au volant et afin de prévenir les accidents de la route, l'article 94 de la loi HPST du 21 juillet 2009 interdit totalement la vente de boissons alcooliques dans les stations-service.

Ivresse publique.

L'ivresse publique et manifeste (IPM) est une infraction depuis 1873. Elle est régie aujourd'hui par le Code de la santé publique :

- Article L.3341-1 : Une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté (dite aussi « chambre de dégrisement »), pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison.

- Article R.3353-1 : Le fait de se trouver en état d'ivresse manifeste dans les lieux mentionnés à l'article L. 3341-1 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2ème classe (150 euros au plus, article 131-13 du code pénal).

La procédure d'une ivresse publique et manifeste (IPM) se déroule en trois temps :

- un temps policier : interpellation, conduite à l'hôpital, placement en chambre de dégrisement, audition ;

- un temps hospitalier qui s'est imposé au fil des ans : examen médical et délivrance d'un "bulletin de non hospitalisation" lorsque l'état de la personne est compatible avec la rétention (moins de 10% des personnes interpellées conduites à l'hôpital par les forces de sécurité sont hospitalisées) ;

- et un temps judiciaire : réquisitions de l'officier du ministère public, décision du juge de proximité.

Le nombre de personnes interpellées pour IPM se situe entre 65 000 et 70 000 par an, avec une tendance à l'augmentation et une concentration sur les régions de Bretagne, Nord-Pas-de-Calais et Franche-Comté.

Il convient de souligner que :

- entre 80 et 90 % des manifestations d'IPM sont à relier à des pathologies chroniques de l'alcool. L'état d'IPM est, sur le plan médical, une situation à risque car il peut recouvrir aussi d'autres pathologies graves (maladies neurologiques, problèmes psychiatriques etc.) ou s'accompagner d'effets dangereux (coma éthylique, delirium tremens, etc....)

Plusieurs accidents mortels se sont produits dans ce cadre (suicides, hémorragies méningées...). Les blessures sont également fréquentes (chutes, rixes...);

- bien que toutes les catégories sociales soient concernées, le phénomène semble toucher d'abord les plus défavorisés et les jeunes, notamment au cours de manifestations festives. La récidive paraît fréquente ;

- l'alcool facilitant le passage à l'acte et l'agressivité, l'IPM s'accompagne d'infractions connexes plus ou moins graves (tapage, rébellion, violences). Elle représente donc un enjeu en termes de prévention de la délinquance.

Circonstances aggravantes.

Pour d'autres infractions la loi du 5 mars 2007 alourdit les peines pour les atteintes aux personnes (violences volontaires quelles que soit l'incapacité total de travail, agressions sexuelles et viols), lorsque qu'elles sont commises « par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste d'un produit stupéfiant ».

Ce texte va donc clairement à l'encontre de ceux qui tendaient encore à considérer la prise d'alcool comme une excuse, susceptible de diminuer la responsabilité de l'auteur.

Au volant, en cas d'accident ayant entraîné des blessures ou un décès, les peines sont aggravées et peuvent atteindre sept ans d'emprisonnement et 100.000 euros d'amende pour homicide involontaire, « lorsque le conducteur se trouvait en état d'ivresse manifeste ou était sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure aux taux fixés par les dispositions législatives ou réglementaires du code de la route, ou a refusé de se soumettre aux vérifications prévues par ce code et destinées à établir l'existence d'un état alcoolique ».

Si une ou plusieurs autres circonstances aggravantes sont associées à l'alcool (par exemple, prise de stupéfiants), les peines sont encore alourdies, pouvant aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 150.000 euros d'amende.

La mesure d'injonction thérapeutique.

Elle est destinée aux personnes faisant « une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ».

Depuis la loi du 5 mars 2007, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques, la mesure d'injonction thérapeutique (articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique) est étendue à tous les stades de la procédure pour les personnes dépendantes à l'alcool comme pour les usagers de drogues illicites.

Cette injonction peut ainsi être décidée pour les personnes reconnaissant avoir commis une infraction passible d'une peine inférieure ou égale à 5 ans d'emprisonnement, dans le cadre des alternatives aux poursuites (composition pénale), ou pour les personnes condamnées, lors du jugement ou dans le cadre de l'exécution des peines, notamment dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve.

Drogues illicites.

C'est la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses qui a posé les bases de la législation applicable en matière de lutte contre les drogues illicites en instaurant une double série de mesures, sanitaires, d'une part, et répressives, d'autre part.

Philosophie de la loi de 1970.

La loi de 1970 considère l'usager de drogues comme un individu à la fois malade et délinquant. Délinquant puisqu'elle incrimine spécifiquement l'usage solitaire et prévoit une peine d'emprisonnement ferme. Malade puisqu'elle prévoit une exemption de poursuites pénales pour les toxicomanes usagers " simples " qui acceptent de se soumettre à une cure de désintoxication.

La loi de 1970 est une loi qui, en rupture avec les lois antérieures, vise les personnes plus que les produits. Elle confirme un principe de prohibition (elle interdit tout usage de stupéfiant, même privé) et d'abstinence, à laquelle les toxicomanes doivent être contraints, au besoin, par le biais de l'injonction thérapeutique. Son principe contribue à renforcer les attitudes discriminatoires entre des

usagers dépendants de produits illicites et des usagers dépendants de drogues licites (alcool notamment). Surtout, la loi exige des médecins qu'ils agissent contre la volonté d'individus qui ne nuisent pourtant qu'à eux-mêmes.

De fait, la loi de 1970 est appliquée à des usagers de drogues, et, dans la majorité des cas, à des usagers de cannabis. Cette loi ne prévoit rien lorsque l'usage est associé au trafic. La circulaire du 17 septembre 1984 fut la première à distinguer usager-simple et usager-trafiquant, cette dernière catégorie étant reprise par la loi du 31 décembre 1987 pour l'écarter de l'alternative sanitaire.

Volet sanitaire

Les dispositions sanitaires constituent l'article premier de la loi et prennent place dans le code de la santé publique sous le titre de " lutte contre la toxicomanie ". Des dispositions substitutives et alternatives à la répression de l'usage sont prévues :

-Traitement spontané : en cas de présentation spontanée dans un dispensaire ou un établissement hospitalier, aucune mesure de contrôle ou d'injonction thérapeutique judiciaire ou émanant des autorités sanitaires, du fait de l'usage de stupéfiants, n'est envisagée. L'intéressé peut, s'il le désire, être admis anonymement, cet anonymat ne pouvant être levé en vue d'une poursuite judiciaire concernant l'usage des stupéfiants.

Pour rendre ces mesures opérationnelles, les soins sont gratuits : l'État assure la totalité du financement des frais afférents à ces prises en charge. Diverses institutions, ouvertes directement dans le contexte de la loi de 1970, dont l'exemple type est le Centre Marmottan, ont pu constituer ainsi des espaces protégés pour la prise en charge des toxicomanes dans un contexte général de répression.

Les sujets ayant bénéficié d'un traitement dans ces conditions peuvent demander au médecin qui les aura traités un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement. Ce certificat permet à son possesseur de faire valoir ultérieurement sa démarche auprès des autorités judiciaires afin d'éviter l'exercice de l'action publique (toutefois, le non-exercice de cette action n'est pas acquis d'office en cas de réitération de la pratique).

- Traitement sous injonction thérapeutique : ce dispositif permet au procureur de ne pas poursuivre un consommateur de stupéfiants s'il accepte de se faire soigner.

Volet répressif

C'est la notion de délit d'usage de stupéfiants. « User » de stupéfiants signifie en consommer. L'usager de stupéfiants est donc celui qui consomme un produit stupéfiant. La détention de petites quantités de produits stupéfiants y est souvent assimilée par l'autorité judiciaire, de même que la culture de cannabis lorsqu'elle est destinée à une consommation personnelle. Il en est de même également avec les produits stupéfiants qui sont utilisés dans le cadre de conduites dopantes (recherche de la performance tant professionnelle qu'intellectuelle ou sportive).

Les sanctions réellement prononcées varient grandement. En effet, les magistrats tiennent compte de la situation personnelle de l'usager et disposent de nombreuses options pénales.

L'usager encourt un an d'emprisonnement, 3 750 euros d'amende ou l'une de ces deux peines seulement.

Cette peine peut être portée à 5 ans d'emprisonnement et/ou 75.000 euros d'amende lorsqu'elle a été commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, ou par le personnel (y compris intérimaire) d'une entreprise de transport terrestre, maritime ou aérien, de marchandises ou de voyageurs exerçant des fonctions mettant en cause la sécurité du transport.

L'utilisateur encourt également, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, selon les modalités fixées à l'article 131-51-1 du code pénal.

Le délit d'usage de stupéfiants étant puni d'emprisonnement, les magistrats peuvent prononcer, à la place de l'emprisonnement, diverses peines privatives ou restrictives de liberté : des peines alternatives aux peines de prison et/ou d'amende : suspension du permis de conduire, confiscation de véhicule appartenant au condamné, retrait du permis de chasser, interdiction d'exercer une activité professionnelle ou sociale, lorsque les facilités que procure celle-ci ont été sciemment utilisées pour commettre l'infraction, notamment (cf. article 131-6 du code pénal).

Comme toute sanction pénale, le fait d'être condamné pour usage de stupéfiants peut en effet interdire l'accès ou le maintien dans certaines professions. Ces interdictions sont soit directement liées à une condamnation pour usage, soit liées aux exigences professionnelles de moralité de certaines professions.

Par ailleurs il existe des alternatives aux poursuites, réponse judiciaire créée en 1999, applicable pour de nombreux délits, dont celui d'usage de stupéfiants, et qui suppose l'acceptation de la personne poursuivie.

Ainsi, l'utilisateur majeur peut se voir proposer diverses mesures qui, si elles sont exécutées, entraînent l'arrêt des poursuites.

Ces mesures peuvent être notamment :

- le paiement volontaire d'une amende de composition d'un maximum de 1 900 euros,
- l'exécution d'un travail non rémunéré d'un maximum de 60 heures au profit de la collectivité,
- la remise de son permis de conduire ou de chasser au tribunal pour une durée maximale de 4 mois,
- la réalisation d'un stage payant de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants

Le Procureur peut enjoindre à un usager, même mineur, de se soigner. Les poursuites sont alors suspendues. Si l'utilisateur ne se plie pas à cette injonction, ou s'il est à nouveau interpellé pour usage, le procureur de la République peut décider une nouvelle injonction thérapeutique, soit traduire l'utilisateur devant le tribunal correctionnel.

A tous les stades du processus pénal, les juges peuvent recourir à une mesure d'obligation de soins.

Contrairement à l'injonction thérapeutique, décidée au premier stade des poursuites par le procureur de la République et réservée à l'utilisateur de stupéfiants, ces mesures sont applicables à tous les justiciables présentant un problème de dépendance (drogues illégales, alcool), et quelle que soit l'infraction initiale concernée : infraction à la législation sur les stupéfiants, ou tout autre crime ou délit. Elles sont ordonnées par le juge d'instruction, par le tribunal ou par le juge d'application des peines.

Le trafic de drogue et la provocation à l'usage font également l'objet de poursuites pénales.

La loi du 3 février 2003 prévoit deux ans d'emprisonnement et 4.500 euros d'amende pour toute personne conduisant ou ayant conduit sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants, la présence du produit ayant été confirmée par analyse sanguine. La peine et l'amende sont aggravées si la personne était également sous l'emprise d'alcool. La peine complémentaire relative à l'usage de stupéfiants (stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants) est également encourue.

Les forces de police et de gendarmerie peuvent pratiquer ou faire pratiquer des dépistages (urinaires ou salivaires) d'absorption de substances ou plantes classées comme stupéfiants sur tout conducteur impliqué dans un accident (matériel, corporel ou mortel) ou lorsque le conducteur a commis une autre infraction au code de la route, ou lorsqu'il existe une ou plusieurs raisons

plausibles de soupçonner que le conducteur a fait usage de stupéfiants. En cas de résultat positif, une analyse de sang doit être pratiquée.

La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance a par ailleurs introduit la possibilité d'effectuer, sur réquisitions du procureur de la République, des dépistages systématiques pour le personnel (y compris intérimaire) d'une entreprise de transport terrestre, maritime ou aérien, de marchandises ou de voyageurs exerçant des fonctions mettant en cause la sécurité du transport, s'il existe à leur encontre une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elles ont fait usage de stupéfiants (article L 3421-5 du code de la santé publique).

En cas d'accident ayant entraîné des blessures ou un décès, les peines sont aggravées et peuvent atteindre sept ans d'emprisonnement et 100.000 euros d'amende pour homicide involontaire :

- lorsque le conducteur se trouvait en état d'ivresse manifeste ou était sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure aux taux fixés par les dispositions législatives ou réglementaires du code de la route, ou a refusé de se soumettre aux vérifications prévues par ce code et destinées à établir l'existence d'un état alcoolique.

- lorsqu'il résulte d'une analyse sanguine que le conducteur avait fait usage de substances ou de plantes classées comme stupéfiants, ou a refusé de se soumettre aux vérifications prévues par le code de la route destinées à établir s'il conduisait en ayant fait usage de stupéfiants.

Si est constatée la présence d'alcool et de stupéfiants, ou si une ou plusieurs autres circonstances aggravantes sont associées à la prise de stupéfiants ou d'alcool, les peines sont encore alourdies, pouvant aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 150.000 euros d'amende.

ANNEXE 11

LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS DANS LOI DE SANTÉ PUBLIQUE ET LES PLANS PLURIANNUELS.

La loi de 2004 prévoyait, parmi les 100 objectifs, six spécifiquement ciblés sur la lutte contre les addictions : quatre relatifs à la consommation d'alcool et de tabac qui sont exprimés en termes de déterminants de santé, et deux objectifs relatifs aux drogues illicites, l'un en termes de résultat de santé, l'autre d'activité / procédure. Seul l'objectif 4 cible spécifiquement le milieu professionnel, tous les autres objectifs ayant une portée générale.

Le bilan de l'atteinte de ces objectifs est mitigé¹⁴⁸.

- Objectif n° 1 : Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %

L'objectif de la loi de santé publique, qui visait en 2008 une consommation annuelle moyenne d'alcool pur de 11,5 litres par habitant âgé de 15 ans ou plus, n'est toujours pas concrétisé: la consommation est estimée à 12,4 litres en 2009.

- Objectif n° 2 : Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.

La prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool a un peu augmenté entre 2005 et 2010, passant de 36,6 % à 37,2 % et on observe chez les plus jeunes un accroissement des usages à risque chez les hommes comme chez les femmes, en particulier chez les femmes jeunes, entre 18 et 24 ans.

- Objectif n° 3 : Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).

En 2010, 26 % des femmes et 32,4% des hommes de 15-75 ans déclarent fumer quotidiennement soit une stagnation depuis 2005.

- Objectif n° 4 : Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

Cet objectif a été atteint. Le décret du 15 novembre 2006 interdit totalement de fumer dans l'enceinte des établissements scolaires et de santé. Concernant les lieux de travail, ils sont désormais des lieux sans tabac. Quant aux lieux de convivialité que sont les bars, cafés, pubs, hôtels, restaurants et discothèques, l'application du décret d'interdiction apparaît avoir radicalement modifié le paysage tabagique des lieux destinés à un usage collectif.

- Objectif n° 56 : Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC.

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est très faible chez les usagers de drogues : il est estimé à 85 en 2009, soit environ 1% de l'ensemble des découvertes Le nombre annuel de cas de

¹⁴⁸ L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. DREES. Novembre 2011.

sida chez les usagers de drogues continue à diminuer. La prévalence du VIH a aussi diminué notamment chez les plus jeunes. L'ensemble de ces données tend à indiquer que la réduction de la transmission du VIH chez les usagers de drogues se poursuit.

- Objectif n° 58 : Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs.

Selon l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), il y avait en 2006 environ 230 000 usagers problématiques de drogues (usage régulier d'opiacés, cocaïne et amphétamines ou injection).

En 2009, 76 793 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex et 37 711 sous méthadone. Ils étaient respectivement 80 173 et 14 027 en 2002. Ainsi, la méthadone serait utilisée comme traitement de substitution aux opiacés dans un tiers des cas (contre 15% en 2002).

L'atteinte des objectifs de la loi relative à la santé publique passait également la mise en œuvre de plans stratégiques pluriannuels ainsi que par la mise en cohérence des plans lancés avant le vote de la loi. Au titre des plans pluriannuels, la loi prévoyait un plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des pratiques addictives, ayant vocation à prévoir des dispositions en matière d'addictions et parmi les plans engagés avant le vote de la loi, le programme national nutrition santé pouvait aussi contenir des dispositions en relation avec les addictions.

Le plan 2007-2011 sur la prise en charge et la prévention des addictions était très centré sur le volet « santé ».

Il s'agissait d'un plan réalisé et piloté par le ministère de la santé qui mettait l'accent sur trois priorités: organiser la prise en charge hospitalière, accompagner la personne ayant une conduite addictive et mobiliser la communauté scientifique et médicale autour de l'addiction.

Il ne mentionnait pas le sujet des addictions en milieu de travail et ne prévoyait aucune mesure spécifique en direction des entreprises ou des salariés. Il n'évoquait qu'à une seule reprise les médecins du travail en préconisant « d'intégrer l'actualisation ou l'acquisition des compétences addictologiques dans la formation médicale continue en particulier pour les médecins généralistes, médecins scolaires et médecins du travail ».

La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) a organisé récemment un colloque où le thème « addictions et travail » était abordé

Les actions conduites par la MILDT privilégient une approche de prévention fondée sur les comportements plus que sur les produits (ainsi parmi les jeunes ceux qui consomment le plus de cannabis sont aussi ceux qui consomment le plus de tabac et d'alcool.). Elles se déclinent sous forme de plans pluriannuels, le dernier en date, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 s'étant fixé comme objectif la baisse du nombre d'usagers de produits illicites et de personnes ayant une consommation problématique d'alcool d'ici à 2011.

Parmi les 44 fiches-actions thématiques de ce plan, une seule était consacrée au milieu professionnel et visait à réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage de l'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants (voir annexe 12).

Deux propositions étaient formulées :

- Organiser des états généraux avec tous les partenaires concernés sur la question des conduites addictives en milieu professionnel en prenant appui à la fois sur les préconisations issues du rapport MILDT-DGT et sur les études épidémiologiques. Ces états généraux, lieu de débat et d'enrichissement mutuel, auraient pour objet d'assurer la visibilité de la politique à promouvoir en termes de conséquences sur la santé des personnels, la sécurité de l'ensemble des acteurs professionnels et des tiers et sur le management.

- Promouvoir le dépistage comme l'un des outils du médecin du travail dans sa démarche d'élaboration d'une politique globale de prévention au service de la santé et de la sécurité de l'entreprise et des personnes.

La première proposition a pu être mise en œuvre avec l'organisation de plusieurs manifestations : deux forums régionaux à Angers en juillet 2009 et à Bordeaux en novembre 2009 destinés à préparer l'organisation le 25 juin 2010 des assises nationales « Drogues illicites et risques professionnels » qui ont réuni plus de 500 personnes investies, par leur métier et ou leur fonction, dans la prévention des drogues en milieu professionnel. Ces assises co-organisées par la MILDT et la DGT ont débouché sur la diffusion en 2012 d'un guide pratique « Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel. Stupéfiants. Alcool. »

En revanche la seconde proposition n'a pas encore pu aboutir, la MILDT étant dans l'attente de réponses de la direction générale de la santé sur les spécificités techniques et le statut réglementaire des tests salivaires qui pourraient être retenus pour la mise en place de protocoles de dépistages et de prévention de la consommation de substances psycho-actives dans le monde de l'entreprise.

Même modeste, la contribution de la MILDT à la prise en compte de la question des addictions en milieu de travail est importante car il s'agit d'un sujet qui a jusqu'alors peu mobilisé les pouvoirs publics. Cette situation trouve son origine dans la difficulté à appréhender la prévention et le lutte contre les addictions en milieu de travail.

Le nouveau plan de la MILDT en cours d'élaboration prendra effet en 2014.

Ce plan de la MILDT intégrera les propositions du ministère de la santé en matière de prise en charge et de prévention des addictions. Le plan addiction antérieurement piloté par le ministère chargé de la santé ne sera pas reconduit en tant que tel. L'intérêt de la MILDT pour la thématique « addictions et santé au travail » ouvre donc des perspectives encourageantes.

Le programme national nutrition santé (PNNS) aborde de façon très marginale la consommation d'alcool sur le lieu de travail.

Lancé en 2001, le PNNS vise à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition entendue comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique. La lutte contre les inégalités sociales de santé est un objectif prioritaire du Plan National Nutrition Santé 2011-2015. Fixés par le Haut conseil de la santé publique, les objectifs nutritionnels de santé publique structurent les orientations stratégiques du Programme national nutrition santé (PNNS) et du Plan obésité (PO). Dans le domaine de la nutrition, ces objectifs quantifiés, ont été regroupés selon quatre axes :

- réduire l'obésité et le surpoids dans la population,
- augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges,
- améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risques,
- réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (dénutrition, troubles du comportement alimentaire).

L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) fait partie des associations consultées pour la préparation de ce plan. L'ANPAA intervient notamment à la demande d'entreprise afin de sensibiliser les salariés aux risques liés à la consommation d'alcool.

Dans le cadre du PNNS, la question de la prévention des addictions, y compris en milieu professionnel, est évoquée de façon très marginale dans le cadre de l'action « Développer une communication actualisée sur les repères nutritionnels du PNNS et des outils adaptés à des publics spécifiques ; informer sur les relations entre nutrition et pathologies par ... l'information sur la consommation d'alcool.

ANNEXE 12

PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES TOXICOMANIES 2008-2011

FICHE 1-9. REDUIRE LES ACCIDENTS PROFESSIONNELS, L'ABSENTEISME ET LES RISQUES LIES A L'USAGE D'ALCOOL, DE PSYCHOTROPES ET DE STUPEFIANTS.

Plusieurs études se recoupent pour affirmer que près de 15 % à 20 % des accidents professionnels, d'absentéisme et de conflits interpersonnels au travail seraient liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants. Or, jusqu'à présent, seule la consommation d'alcool a été discutée et réglementée, encore que souvent minorée à l'exception du milieu du transport où le nouvel instrument juridique que constitue la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 offre une possibilité d'extension au-delà de l'alcool. En effet, dans le but de préserver la sécurité des personnes transportées, le procureur de la République peut, désormais, faire procéder à des contrôles sur les personnes soupçonnées d'avoir consommé des stupéfiants et dont les fonctions mettent en cause la sécurité du transport (conduite, maintenance de dispositifs de sécurité).

D'une part, du fait que la consommation de produits psycho-actifs relève de la catégorie des « risques pour la santé des salariés », il doit revenir aux médecins du travail de conduire, dans tout le milieu professionnel, des actions de prévention primaire. Par ailleurs, au-delà de cette prévention directe auprès de divers acteurs, le milieu du travail constitue un contexte particulièrement propice pour mener, de façon globale, des actions de proximité envers la population adulte : il offre la possibilité de sensibiliser les personnels pour eux-mêmes et de leur apporter, par ce canal, des savoirs qu'ils peuvent transmettre à leur tour dans leur environnement familial.

D'autre part, parce que la sécurité peut être mise en cause par la consommation de produits psycho-actifs dans d'autres champs professionnels que celui des transports, il convient de mettre en œuvre un ensemble de mesures de prévention issues du rapport proposé par la MILDT et la DGT en janvier 2007 et notamment de faire en sorte qu'en cas de suspicion, le médecin du travail puisse procéder à un dépistage. Le dépistage, considéré comme une manière de faire la preuve d'une consommation de produits psycho-actifs, permettrait d'élaborer une démarche de prévention dans le respect du droit du travail, de la préservation de la vie privée et des droits des personnels.

Propositions.

- Organiser des états généraux avec tous les partenaires concernés sur la question des conduites addictives en milieu professionnel en prenant appui à la fois sur les préconisations issues du rapport MILDT-DGT et sur les études épidémiologiques. Ces états généraux, lieu de débat et d'enrichissement mutuel, auraient pour objet d'assurer la visibilité de la politique à promouvoir en termes de conséquences sur la santé des personnels, la sécurité de l'ensemble des acteurs professionnels et des tiers et sur le management.

- Promouvoir le dépistage comme l'un des outils du médecin du travail dans sa démarche d'élaboration d'une politique globale de prévention au service de la santé et de la sécurité de l'entreprise et des personnes.

ANNEXE 13

LES DEMARCHES DE PREVENTION COLLECTIVE¹⁴⁹.

La réduction des risques liés aux pratiques addictives passe par l'élaboration d'une démarche de prévention collective associée à la prise en charge des cas individuels.

Les actions de prévention consistent en premier lieu à informer les salariés de l'entreprise sur :

- les risques pour la santé et la sécurité liés aux pratiques addictives,
- la réglementation en vigueur,
- les procédures à suivre face à un salarié dans l'incapacité d'assurer son travail en toute sécurité :
 - o alerte de l'employeur,
 - o retrait de la personne de toute activité dangereuse,
 - o demande d'avis médical,
 - o respect de la vie privée du travailleur et absence de jugement de valeur sur son comportement.
- le rôle du service de santé au travail,
- le rôle des services sociaux,
- le rôle de l'encadrement : diffusion des mesures de sécurité, aide aux salariés,
- le rôle des représentants du personnel
- les aides possibles en dehors de l'entreprise : médecin traitant, adresses des consultations spécialisées les plus proches, sites Internet, numéros verts...

Les actions de prévention doivent également porter sur :

- la consommation d'alcool : encadrement des pots d'entreprise et des repas d'affaires. L'interdiction des boissons alcoolisées sur le lieu de travail peut être totale ou partielle, mais, en tout état de cause, les règles applicables doivent figurer dans le règlement intérieur.
- L'amélioration des conditions de travail pouvant favoriser la consommation d'alcool ou d'autres substances psycho-actives,
- La définition de signaux et d'indicateurs d'alerte et de suivi, afin de déceler une situation nécessitant d'intervenir et/ou d'évaluer l'impact de la démarche mise en œuvre. Bien qu'il n'existe pas d'indicateurs ou de signaux universels, on peut citer : l'absentéisme répété de courte durée, les retards fréquents, la diminution de la qualité du travail...

Dans le cadre d'une concertation entre les acteurs de l'entreprise, il peut éventuellement être défini des postes de sûreté et de sécurité pour lesquels un dépistage médical de consommation de drogues peut être pratiqué.

¹⁴⁹ Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention. INRS. Mars 2013.

La réussite de la démarche de prévention collective repose sur l'implication de tous les acteurs de l'entreprise. Aussi est-il recommandé de mettre en place un comité de pilotage représentatif de l'ensemble du personnel, qui peut être accompagné dans sa démarche par des acteurs extérieurs (CARSAT, ARACT, addictologues...).

Après réalisation d'un état des lieux, le comité de pilotage peut rédiger une charte globale de prévention définissant la politique de l'entreprise pour ce qui concerne le suivi, la prise en charge, le retrait du poste et le dépistage ou le contrôle d'une situation quand il y a mise en danger possible du salarié, de ses collègues ou des tiers. Cette charte ne remplace pas le règlement intérieur mais le complète.

ANNEXE 14

LE CHSCT ET L'INSPECTION DU TRAVAIL

Tout établissement occupant au moins cinquante salariés doit mettre en place un CHSCT au sein duquel siègent le chef d'établissement, la délégation du personnel et, à titre consultatif, le médecin du travail, le chef du service de sécurité et des conditions de travail et, si nécessaire, toute personne qualifiée de l'établissement.

À défaut de CHSCT dans un établissement de cinquante salariés et plus, ce sont les délégués du personnel qui se voient attribuer le rôle du comité d'hygiène. Dans les établissements de moins de cinquante salariés, la mise en place d'un CHSCT n'est pas obligatoire. Ce sont alors les délégués du personnel et l'employeur qui exercent les missions en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. Ils bénéficient d'une formation à la santé et à la sécurité.

Le CHSCT a pour mission générale de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail et de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires fixées en ces matières. A ce titre, il est pleinement compétent pour intervenir en matière de prévention et de lutte contre les addictions, dans le cadre des analyses des risques professionnels, des inspections et enquêtes auxquelles il peut procéder.

Il peut également proposer toute initiative qu'il juge utile et des actions de prévention.

Le CHSCT doit être associé à l'élaboration de la politique de prévention collective des risques liés à la consommation de substances psycho-actives pour laquelle il peut être force de proposition et assurer un relais d'information des salariés. Il peut aussi faire appel à différents experts tels que le médecin du travail, l'inspection du travail, l'agent de contrôle de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et de consultants en prévention.

Quant aux autres représentants du personnel, en l'absence de CHSCT, ils sont les relais d'information de la politique de prévention, notamment en veillant à la rédaction du règlement intérieur et à son volet préventif, mais aussi en matière d'information et de sensibilisation. Ils ont également un rôle d'alerte et de repérage des situations à risques.

- Le rôle de contrôle et de conseil de l'inspecteur du travail.

Dans le cadre de sa mission générale de contrôle de l'application de la réglementation du travail, l'inspecteur du travail est chargé de veiller à l'amélioration des conditions de travail et au respect des règles de santé et de sécurité dans l'entreprise.

A ce titre, il peut informer et conseiller l'employeur, les travailleurs et les représentants du personnel, préconiser des mesures d'amélioration, mais aussi relever les infractions et faire cesser les situations dangereuses.

Il contrôle en particulier les dispositions du règlement intérieur dont il peut demander la modification ou le retrait sur le fondement, entre autres, du principe de justification et de proportionnalité posé par les articles L. 1121-1 et L. 1322-3¹⁵⁰ du code du travail

¹⁵⁰ Article L. 1121-1 du code du travail : « Nul ne peut apporter au droit des personnes et aux libertés individuelles et collectives de restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché. »

Article L. 1322-3 du code du travail : « La décision de l'inspecteur du travail peut faire l'objet d'un recours hiérarchique, dans des conditions déterminées par voie réglementaire.

La décision prise sur ce recours est notifiée à l'employeur et communiquée, pour information, aux membres du comité d'entreprise ou, à défaut, aux délégués du personnel, ainsi qu'aux membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail pour les matières relevant de sa compétence. »

ANNEXE 15

LE DEPISTAGE DES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES¹⁵¹.

Dépistage de l'alcool.

Il se fait en utilisant un alcootest. L'air expiré n'étant pas considéré comme un échantillon biologique, l'alcootest peut être utilisé par l'employeur. Néanmoins, ce contrôle n'est possible que s'il est prévu au règlement intérieur, que sa contestation est possible et définie, qu'il est justifié par la nature de la tâche à accomplir et que l'état d'ébriété présente un danger pour les personnes et les biens (Cour de cassation, chambre civile 24 février 2004 n° 01-47000).

La jurisprudence a été amenée à retenir certains postes pour lesquels l'imprégnation alcoolique peut constituer un risque pour le salarié, ses collègues ou des tiers : conducteur, ouvrier cariste, poste nécessitant la manipulation de machines dangereuses, poste nécessitant le port d'armes, déménageur, agent technique de chauffage...

Dépistage des drogues.

Ce dépistage se fait en prélevant un échantillon biologique (urine, salive, sang...). Il constitue un examen de biologie médicale (article L. 6211-1 du Code de la santé publique) et ne peut être réalisé que par un médecin.

Ce dernier informe le salarié de la nature du test dont le résultat relève du secret médical et n'est donc pas transmis à l'employeur.

Le comité consultatif national d'éthique (CCNE), à travers son avis n° 114 rendu en mai 2011 (Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection.), estime que le dépistage médical de l'usage de produits illicites en milieu de travail est « souhaitable et justifié » pour les postes de « sûreté et de sécurité ». Il s'agit de postes de travail où « une défaillance humaine ou même un simple défaut de vigilance, peut entraîner des conséquences graves pour soi même ou pour autrui ».

Si le dépistage est mis en place dans l'entreprise, « il doit être expressément prévu et son caractère systématique et/ou inopiné précisé dans le règlement intérieur et les contrats de travail ».

Le médecin du travail possède une indépendance dans la prescription des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude au poste de travail (article R. 4624-25 du Code du travail). L'employeur ne peut donc pas lui imposer de réaliser un test de dépistage chez un salarié, même si une liste des postes de « sûreté et de sécurité » est inscrite au règlement intérieur.

Il n'existe pas actuellement de définition réglementaire de ce type de poste. Il peut s'agir de postes comportant de grandes exigences en matière de sécurité et de maîtrise du comportement (circulaire n° 90/13 du ministère du travail du 9 juillet 1990).

Par ailleurs les tests de dépistage de drogue, qui reposent sur la reconnaissance d'antigènes (substances psycho-actives) par un anticorps, soulèvent plusieurs problèmes techniques :

- le CCNE rapporte, dans son avis n° 114, que 11 à 16% des tests sont faussement positifs. La consommation de certains médicaments ou de certains condiments alimentaires peut en effet rendre

¹⁵¹ Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention. INRS. Mars 2013.

un test de dépistage de drogue positif. Le salarié risque alors d'être, à tort, retiré de son poste. Actuellement, seules les techniques de laboratoire de biologie médicale peuvent être considérées comme fiables.

- La sensibilité insuffisante d'un test, sa mauvaise réalisation ou certaines manœuvres de la part du sujet dépisté, peuvent aboutir à un résultat négatif. Un sujet travaillant sous l'influence de substances psycho-actives risque alors d'être laissé à son poste de travail alors qu'il effectue des activités dangereuses pour lui et pour les autres.

- Le monde des drogues évolue. Plus de 150 nouvelles drogues de synthèse ont été identifiées entre 1997 et 2010. Toutes ne sont pas détectées par les tests à lecture rapide.

Aussi ces tests sont à considérer comme des outils à disposition du médecin. Ils ne remplacent pas un examen clinique.

SIGLES UTILISES

| | |
|----------------|---|
| AAH | Allocation aux adultes handicapés |
| AETH | Aide à l'emploi de travailleur handicapé |
| AFNOR | Association française de normalisation |
| AFP | Association française des polyarthritiques |
| AFSET | Agence française de sécurité de l'environnement et du travail |
| AFSSAPS | Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé |
| AGEFIPH | Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées |
| AINS | Anti inflammatoire non stéroïdien |
| AIP | Aide à l'insertion professionnelle |
| ALD | Affection de longue durée |
| ANACT | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail |
| ANDAR | Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde |
| ANPAA | Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie |
| ANR | Agence nationale de la recherche |
| ANSES | Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail |
| APB | Action participative par branche |
| ARAC | Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail |
| ARS | Agence régionale de santé |
| AT/MP | Accident du travail/maladie professionnelle |
| AVC | Accident vasculaire cérébral |
| BDSP | Banque de données en santé publique |
| BEH | Bulletin épidémiologique hebdomadaire |
| BTP | Bâtiment et travaux publics |
| CAF | Caisse d'allocations familiales |
| CARSAT | Caisse d'assurance retraite et de santé au travail |
| CCMSA | Caisse centrale de la mutualité sociale agricole |
| CCNE | Comité consultatif national d'éthique |
| CCPP | Centre de consultation de pathologie professionnelle |
| CDAPH | Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées |
| CDD | Contrat à durée déterminée |
| CDES | Commission départementale d'éducation spéciale |
| CDI | Contrat à durée indéterminée |

| | |
|-------------------|---|
| CE | Comité d'entreprise |
| CEA | Commissariat à l'énergie atomique |
| CEE | Centre d'études de l'emploi |
| CFES | Comité français d'éducation pour la santé |
| CHSCT | Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail |
| CIRE | Cellule interrégionale épidémiologique |
| CISME | Centre interservices de santé et de médecine de travail en entreprise |
| CMR | Cancérogène, mutagène ou reprotoxique |
| CNAMTS | Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés |
| CNDP | Commission nationale du débat public |
| CNIL | Commission nationale de l'informatique et des libertés |
| CNRS | Centre national de la recherche scientifique |
| CNSA | Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie |
| COCT | Conseil d'orientation sur les conditions de travail |
| COG | Convention d'objectifs et de gestion |
| COTOREP | Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CRAM | Caisse régionale d'assurance maladie |
| CV | Cardiovasculaire |
| DGAL | Direction générale de l'alimentation |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DGT | Direction générale du travail |
| DIRECCTE | Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi |
| DOETH | Déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| DRH | Directeur des ressources humaines |
| DST | Département santé au travail |
| ETP | Education thérapeutique du patient |
| FASTT | Fonds d'action sociale du travail temporaire |
| FIPHFP | Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique |
| GAST | Groupe d'alerte en santé au travail |
| GERS | Groupe d'exercice réadaptation sport |
| HAQ | Health Assessment Questionnaire |
| HAS | Haute autorité de santé |
| HCSP | Haut conseil de santé publique |
| HPST (loi) | Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires |

| | |
|----------------|--|
| HTA | |
| IC | Hypertension artérielle |
| ICAPROS | Insuffisance cardiaque |
| IDM | Instance de coordination des actions pour la promotion de la santé franco belge |
| IGAENR | Infarctus du myocarde |
| | Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche |
| IGAS | |
| INC | Inspection générale des affaires sociales |
| INCA | Institut national de la consommation |
| INERIS | Institut national du cancer |
| INPES | Institut national de l'environnement et des risques |
| INRA | Institut national de prévention et d'éducation à la santé |
| INRIA | Institut national de la recherche agronomique |
| INRS | Institut national de recherche en informatique et en automatique |
| | Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles |
| INSERM | |
| InVS | Institut national de la santé et de la recherche médicale |
| IPM | Institut de veille sanitaire |
| IReSP | Ivresse publique manifeste |
| MCV | Institut de recherche en santé publique |
| MDPH | Maladies cardiovasculaires |
| MILDT | Maison départementale des personnes handicapées |
| MSA | Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie |
| NIOSH | Mutualité sociale agricole |
| OIT | National Institut for Occupational Safety and Health |
| OMNT | Organisation internationale du travail |
| OMS | Observatoire des micro et nano technologies |
| PCH | Organisation mondiale de la santé |
| PDP | Prestation de compensation du handicap |
| PME | Prévention de la désinsertion professionnelle |
| | Petites et moyennes entreprises |
| PMI | Petite et moyenne industrie |
| PMSI | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| PNNS | Programme national nutrition santé |
| PNSE | Plan national santé environnement |
| PO | Plan obésité |
| PR | Polyarthrite rhumatoïde |

| | |
|---------------|--|
| PST | Plan santé au travail |
| RQTH | Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé |
| RNV3P | Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles |
| SAMETH | Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés |
| SST | Service de santé au travail |
| TMS | Troubles musculo-squelettiques |
| TPE | Très petites entreprises |
| VIH | Virus de l'immunodéficience acquise |
| VLEP | Valeur limite d'exposition en milieu professionnel |

BIBLIOGRAPHIE

- La prévention sanitaire en milieu de travail. Rapport IGAS. Février 2003.
- Accidents du travail et maladies professionnelles, Rapport n° 74 (2011-2012) de M.Jean-Pierre GODEFROY au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 2 novembre 2011.
- Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général - Préconisations en vue de sa prorogation puis de son renouvellement. Rapport IGAS. Avril 2013.
- Surveillance des maladies à caractère professionnel en région Centre. ORS Centre, DIRECCTE Centre, InVS. 2011.
- La prévention des maladies professionnelles, journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail. OIT. 2013.
- Le suivi médical au travail des intérimaires : une expérimentation sociale en région Centre. DIRECCTE Centre. Novembre 2011.
- Contrôle de sections d'inspection du travail. Rapport IGAS. Juin 2012.
- La recherche en Santé-Travail, premier état des lieux, des centres, des programmes et des équipes de recherche. Comité permanent du COCT. Novembre 2011.
- Les accidents du travail/Maladies professionnelles : les faiblesses de la politique de prévention du régime général de sécurité sociale. Cour des Comptes. Rapport public annuel 2013.
- La gestion du risque des accidents du travail et risques professionnels. Cour des Comptes. Rapport public thématique. Février 2002.
- Avenant à la Convention d'objectifs et de Gestion de la branche AT/MP pour l'année 2013, conclue le 12 février 2013 entre l'Etat et la CNAMTS.
- L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. DREES, rapport 2011.
- Le rôle de l'éducation pour la santé dans la prévention des maladies cardiovasculaires à travers deux exemples : lutte contre le tabagisme ; nutrition et activité physique : Présentation du Dr Cécile Fournier. INPES. Décembre 2010.
- L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011 ; Études et Résultats n° 805 - Juin 2012
- Rapport du Haut conseil de la santé publique : évaluation des objectifs de la loi de santé publique, propositions, avril 2010
- Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Avril 2010.
- De PERETTI C et al BEH n° 1 10/01/12 Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap - santé - ménages et Handicap - santé - institution, 2008-2009, BEH n° 1 10/01/12, InVS.
- Etude 2013-122 : Pathologies cardio-vasculaires d'origine professionnelle de 2007 à 2011. CNAMTS. Direction des risques professionnels. Mai 2013.
- AMOSSE T, CELERIER S, FRETTEL A. Pratiques de prévention des risques professionnels, Rapport de recherche n° 61 du Centre de l'étude et de l'emploi. Janvier 2011.
- Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé. Inserm U1018, équipe 11. 30 mars 2011.

YUSUF S, HAWKEN S, OUNPUU S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004; 364(9438): 937-52.

JUNEAU M. Prévention cardiovasculaire. *Le Médecin du Québec*, volume 41, numéro 3, mars 2006

KIVIMAÄKI M et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*. 2012. Volume 380, Issue 9852, Pages 1491 - 1497, 27.

CHIRONI G, SIMON A. Facteurs de risque cardiovasculaires et prévention, *Revue du Praticien*, 2010, vol.60, n°9, pp.1303-1309.

O'DONNELL MJ, XAVIER D, LIU L, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *The Lancet*. 2010; 376:112-23.

Horaires décalés, travail posté. *The Heart*, Interview du Pr Chantal Simon, février 2005.

KNUTSSON A, BOGGILD H. Shiftwork and cardiovascular disease: review of disease mechanisms. *Rev Environ Health*. 2000;15(4):359-72.

VIRTANEN SV, NOTKOLA V. Socioeconomic inequalities in cardiovascular mortality and the role of work: a register study of Finnish men. *Int J Epidemiol*. Juin 2002;31(3):614-21.

Dossier « Le travail, bourreau des cœurs ». Pr Régis de Gaudemaris. *Santé & Travail* n° 075 - juillet 2011.

Médecin du travail, Diagnostiquer les situations à risques. Annie Deveaux. *Santé & Travail* n° 075 - juillet 2011.

Introduction au dossier « Le travail bourreau des cœurs ». François Desrioux. *Santé & Travail* n° 075 - juillet 2011.

PAVY B, ILIOU MC, VERGES B et al. Recommandations du groupe d'exercice réadaptation sport (GERS) de la société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation CV chez l'adulte (extrait du référentiel des bonnes pratiques cliniques de la réadaptation cardiaque 2011). Version 3. 2011.

ABOA-EBOULÉ C, BRISSON C, MAUNSELL E. Job strain and risk of acute recurrent coronary disease events. *JAMA*. 2007; 298 (14): 1652-60.

MONPERE C, RAJOELINA A, VERNOCHE P, et al. Réinsertion professionnelle après réadaptation cardiovasculaire chez 128 patients coronariens suivis pendant 7 ans : résultats et réflexion médico-économique. *Arch Mal Cœur*. 2000 ; 93 : 797-806.

Bilan de la réforme de la médecine du travail. IGAS. Octobre 2007.

Rapport du Haut conseil de la santé publique : évaluation des objectifs de la loi de santé publique, propositions. Avril 2010.

Plan santé au travail 2010-2014

TABUTEAU D. Loi de santé publique et politique de santé. *Santé publique* 2010, volume 22, n°22, pp 2253-264.

FRIMAT P. Santé au travail et promotion de la santé, compte rendu : docteur Brigitte BIARDEAU, ACMS, 32e Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Clermont-Ferrand, 5-8 juin 2012.

Inégalités sociales de santé. L'état de santé de la population en France. DREES, Rapport 2011.

Adherence to long-term therapies. Evidence for action. OMS. 2003.

Glossaire multilingue de la Banque de données en santé publique.

Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Ministère de la santé. Avril 2007.

Former les personnels de santé du XXIe siècle. Le défi des maladies chroniques. OMS. 2005.

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

Objectifs de santé publique ; Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. HCSP. Avril 2010.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La polyarthrite rhumatoïde. INSERM. 2012.

Guide ALD. Polyarthrite rhumatoïde, évolution grave.HAS. 2008.

Polyarthrite rhumatoïde : diagnostic et prise en charge globale. Recommandation de bonne pratique. HAS. Décembre 2012.

Polyarthrite rhumatoïde : aspect thérapeutiques hors médicaments et chirurgie – aspects médico-sociaux et organisationnels. HAS. 2007.

GUILLEMIN F, SARAUX A, GUGGENBUHL P et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France : 2001. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:1427-30

MARAVIC M, LE BIHAN C, BOISSIER MC et al. Activité rhumatologique hospitalière à partir des données PMSI 2000 : étude de six affections rhumatologiques. *Rev Rhum*. 2004 ; 71(12) : 1221-5.

MARAVIC M, DAURÈS JP, SANY J. hospital costs of rheumatoid arthritis in France in 2001. *Ann Rheum Dis*. 2005; 64 (suppl):403.

KOBELT G, WORONOFF AS, RICHARD B et al. Disease status, costs and quality of life of patients with RA in France: the ECO-PR study. *Joint Bone Spin*. 2008; 75: 408-415.

FAUTREL B, MARAVIC M, MAUREL F et al. Coûts indirects associés à la polyarthrite rhumatoïde et déterminants. 22^{ème} congrès français de rhumatologie. 2009.

FAUTREL B, MARAVIC M, MAUREL F et al. Impact de la polyarthrite rhumatoïde sur les conditions de travail et le revenu des patients. 22^{ème} congrès français de rhumatologie. 2009.

PUOLAKKA K, KAUTIAINEN H, PEKURINEN M et al. Monetary value of lost productivity over a five year follow up in early rheumatoid arthritis estimated on the basis of official register data on patients' sickness absence and gross income: experience from the FIN-RACo trial. *Ann Rheum Dis*. 2006. Jul; 65(7): 899-904.

Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Europe 2020: une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive. Commission européenne. 2010.

PH work: promoting healthy work for people with chronic illness. 9th initiative (2011-2013). ENWHP. 2013.

Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de régime général. IGAS. Avril 2013.

La diversité des ressources humaines, levier de performance économique. IMS. Novembre 2011.

MERCIECA P, PINATEL C et al. La prévention des risques professionnels. Du Document Unique au plan d'actions. Réseau Edition ANACT. 2009.

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

- Livre blanc de l'addictologie française. Fédération française d'addictologie. Mai 2011.
- Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. La documentation française. Janvier 2012.
- La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la santé et des solidarités.
- Plan santé au travail 2010-2014. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique.
- Bilan d'évaluation des objectifs du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. OFDT. Mai 2011.
- Drogues, chiffres clés. 4ème édition. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Janvier 2012
- Baromètre santé 2010. Premiers résultats. INPES. 2011.
- Des substances psycho-actives plus consommées dans certains secteurs de travail. Baromètre santé 2010. INPES. 2012.
- C. ORSET et al. « Les conduites addictives en milieu professionnel, enquête de prévalence par questionnaire chez 1406 salariés de la Loire » Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 2007. Vol. 68 p. 5-19.
- L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. DREES. Novembre 2011.
- Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention. INRS. Mars 2013.
- Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. Collection « Expertise collective ». Paris. Editions INSERM. 2003.
- LAUMON B. et al. « Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM). » Saint Denis la Plaine, OFDT 2011.
- ORRIOLS L. et al. « Prescription medicines and the risk of road traffic crashes: a french registry-based study. » PLOS Medicine, 2010 N° 7 page 1-9.
- Rapport de gestion 2011. CNAMTS. Direction des risques professionnels.
- Prévention du risque routier au travail. Texte adopté le 5 novembre 2003 par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- Prévenir les accidents routiers de trajet. Texte adopté le 28 janvier 2004.
- Livre blanc. Prévenir le risque trajet domicile-travail. Comité de pilotage pour la prévention du risque routier professionnel. Février 2012.
- Référentiel de compétences pour l'utilisation d'un véhicule utilitaire léger dans le cadre professionnel. Avril 2009.
- LECLERC C et al. « Consommation de boissons alcoolisées dans la cohorte GAZEL : déterminants, conséquences sur la santé dans le domaine cardio-vasculaire et autres relations avec l'état de santé ». Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 1994. Volume 55. Pages 509-517.
- Mesure de l'impact du travail sur les conduites addictives. A partir d'une étude épidémiologique pilote en Pays de Loire. Communication à l'occasion de la réunion de la société française d'alcoologie. Octobre 2009.
- Enquête « Médecins du travail ». Mésusage de substances psycho-actives : quel rôle de prévention pour les médecins du travail ? » INPES-INRS-SMTOIF. 2010.

Les médecins du travail face aux conduites addictives. Centres d'information régionaux drogues et dépendance de Rhône –Alpes et PACA. Février 2010.

FONTAINE (A.), FONTANA (C.), Drogues, activité professionnelle et vie privée – Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel, Paris, OFDT, 2003.

Eléments de faisabilité pour un dispositif de surveillance épidémiologique des travailleurs exposés aux nanomatériaux intentionnellement produits. InVS, département santé au travail. Mars 2011.

BLOCH D, CEA Grenoble. Nanoparticules et santé au travail, Séminaire de l'OMNT, conférence de presse du 7 février 2008.

Promouvoir des emplois sûrs et sains: Programme de l'OIT sur la sécurité et la santé au travail et sur l'environnement (SafeWork). Travail, le magazine de l'OIT, N°63 août 2008.

Les nanomatériaux. Définitions, risques toxicologiques, caractérisation de l'exposition professionnelle et mesures de prévention, INRS, septembre 2012.

HUSSAIN S et al, Lung exposure to **nanoparticles** modulates an asthmatic response in a mouse model *Eur Respir J* 2011 37:299-309.

HONNERT B, GRZEBYK M. Production et utilisation de nano-objets en France. Colloque INRS, avril 2011.

Réalités industrielles dans le domaine des nanomatériaux en France. Analyse de la réalité du poids des nanomatériaux dans la filière concernée. Rapport D & t Consultants pour la Direction générale de la compétitivité de l'industrie et des services du ministère du redressement productif, juin 2012.

Effets des nanoparticules sur la santé : état des connaissances et enjeux de la nanotoxicologie. Pr Francelyne Marno, séminaire de l'OMNT, conférence de presse du 7 février 2008.

Nanosafe, Dossier de presse CEA, novembre 2008

Bilan et perspective Santé Environnement – Santé Travail, Edition 2007, Colloque ANR 1^{er} et 2 février 2012, Paris.

ANR, Programmation 2013.

WHOLLEBEN W, WIENCH K, LANDSIEDEL R. La granulométrie réinventée? Caractérisation des nanomatériaux produits, émis, et testés. Colloque INRS, avril 2011.

COULEAU P. et al. De la santé publique à la santé au travail : vers un paradigme d'action inverse dans l'innovation en nanotechnologies ? Colloque INRS, avril 2011.

Nanotechnologies : mise en balance des avantages et des risques pour la santé et l'environnement. Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable, Assemblée Parlementaire, Conseil de l'Europe, 2012.

MURASHOV V, HOWARD J. Nanotechnology standards. New York. *Springer*. 2011.

Le développement et la régulation des nanotechnologies. Bilan du débat public, CNDP. 9 avril 2010.