

L'alcool au boulot, que peut faire le médecin du travail ?

Françoise Verstraete

Alcohol at work, what can the occupational physician do?

In Belgium, drug and alcohol consumption at the workplace is regulated by a Collective Labor Agreement called CCT 100. In theory, all employers are required to assume a preventive policy concerning this issue. Yet, in the field, employers sometimes call on occupational physician as a matter of urgency, distraught by one of their employee's excessive alcohol consumption. During the medical consultation, the occupational physician should attempt to provide preventive information and guidance to the employee or, in case of high-risk activity, to assess the employee's ability to perform the specific duties. The role of the occupational physician is strictly regulated by labor legislation, although he is invited to collaborate with all medical stakeholders, while observing professional secrecy. This article presents a few practical cases that precisely outline the role of the occupational physician as regards to alcohol consumption at work.

KEY WORDS

Alcohol, addiction, occupational physician, CLA 100

En Belgique, la consommation de drogues et d'alcool sur les lieux de travail est réglementée par une Convention Collective de Travail, appelée CCT 100. En théorie, chaque employeur a l'obligation d'établir une politique préventive en la matière. Pourtant, sur le terrain, il arrive que l'employeur s'adresse en urgence au médecin du travail, désarmé face à une consommation excessive d'alcool de l'un de ses travailleurs. Lors de la consultation de médecine du travail, le médecin tentera soit d'informer et d'orienter préventivement le travailleur, soit dans le cas d'une activité à risque, de statuer sur son aptitude à exercer cette fonction déterminée. Le rôle du médecin du travail est strictement cadré par la législation du travail mais il doit pouvoir collaborer avec tous les intervenants médicaux dans le respect du secret professionnel. Cet article reprend quelques cas pratiques qui situent précisément la place du médecin du travail face à la problématique de l'alcool au travail.

Que savons-nous à ce propos ?

Tous les employeurs en Belgique doivent définir une politique préventive en matière d'alcool et de drogues (CCT 100). Le médecin du travail doit veiller à aider et à orienter les travailleurs éprouvant des difficultés avec la consommation d'alcool au travail. Il occupe une place dans le chemin thérapeutique du patient/travailleur. Ce rôle du médecin du travail, qui est très réglementé par la législation, reste pourtant méconnu des autres intervenants médicaux mais aussi des employeurs et travailleurs.

Que nous apporte cet article ?

À travers trois cas concrets, les différents rôles du médecin du travail face à une problématique de consommation d'alcool sont évoqués dans son cadre législatif. Soit en prévention individuelle lors de la consultation, soit en cas de problème dans l'entreprise (avant ou lors du retour au travail). L'article évoque aussi les types de collaboration possibles entre confrères.

What is already known about the topic?

In Belgium, all employers must assume a preventive policy regarding drug and alcohol consumption (CCT 100). The occupational physician must provide assistance and guidance to employees facing difficulties with alcohol consumption at work. The physician is clearly involved in the patient/employee's therapeutic pathway. This role, which is highly regulated by legislation, is still poorly understood by other medical stakeholders, as well as by employers and employees alike.

What does this article bring up for us?

Through three concrete cases, the different roles of the occupational physician as regards alcohol consumption are considered within their legislative frameworks, either in case of individual prevention during a consultation or if problems occur within the company (before or after returning to work). The article also addresses the different types of potential collaboration between colleagues.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1) (pour 2010) et l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) (2) (pour 2015) évoquent respectivement une consommation annuelle de 12,8 et 12,6 litres d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans en Belgique. Au niveau mondial, l'OMS (1) documente une consommation de 6,2 litres par personne au sein de la même tranche de population. La Belgique se place en seconde position, du moins parmi les pays qui communiquent leurs chiffres ! Dans le monde, en 2012, 3,3 millions de personnes sont mortes à cause de l'alcool, c'est-à-dire 5,9 % du total des décès (1).

La consommation d'alcool par la population des travailleurs pose problème au sein des entreprises. En 2016, la Katholieke Universiteit Leuven (KUL) (3) a conduit une enquête étudiant la prévalence de la consommation problématique de l'alcool et de drogues chez plus de 5700 travailleurs. 83,1% des travailleurs signalent une consommation d'alcool au cours de la dernière année. Parmi eux, 35,4% buvaient au moins 3 à 4 verres standard par jour (plus particulièrement les travailleurs de plus de 46 ans ayant un niveau de scolarité supérieur) et 11,4% en buvaient au moins 5 à 6 (nettement plus chez les moins de 35 ans, dans ce cas-ci).

Une autre étude antérieure initiée par Securex annuellement de 2009 à 2013 (4,5) enrôlant environ 1444 travailleurs chaque année, mettait en évidence une consommation excessive d'alcool chez 15% des travailleurs c'est-à-dire qu'ils consommaient plus de 2 verres standard par jour pour les femmes et 3 verres standard par jour pour les hommes. Les normes OMS visant une réduction des risques de l'alcool sur la santé sont en effet de maximum 2 verres standard par jour pour la femme et 3 verres pour l'homme, maximum 4 par occasion et un jour d'abstinence par semaine. Depuis mai 2018, le Conseil Supérieur de la Santé propose de limiter la consommation à 10 verres standard par semaine avec plusieurs jours d'abstinence (6). Cette évolution des normes belges traduit la sous-estimation antérieure de l'impact de l'alcool sur la santé.

Une consommation excessive d'alcool est donc une problématique bien présente dans le monde du travail. Cette réalité est attestée tant du point de vue des employeurs ou directeurs de ressources humaines (environ 75% d'entre eux) que des travailleurs. Parmi les travailleurs non abstinents, 12% de ceux-ci perçoivent les conséquences de leur consommation excessive: performances irrégulières (5,1%), conflits avec les collègues (3%), absentéisme (2,6%) (3).

Au travers d'une question d'un médecin traitant et de trois vignettes cliniques, le rôle et l'attitude du médecin du travail par rapport aux problématiques de l'alcool dans l'entreprise seront précisés, cadrés par la législation en la matière et à la lumière des obligations liées au secret médical.

UNE LÉGISLATION SUR LA MANIÈRE DE TRAITER LES QUESTIONS EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL SUR LE MILIEU DE TRAVAIL

VIGNETTE

Appel d'un médecin traitant : « Un de mes patients est chauffeur de clark dans un entrepôt, il déplace des palettes lourdes et les dispose en hauteur dans des racks de rangement, il consomme de plus en plus de boissons alcoolisées et je n'arrive pas à le motiver à réduire sa consommation. Je crains qu'un jour, après avoir trop bu la veille, il soit à la source d'un accident sur son lieu de travail mettant ses collègues en danger. J'aimerais savoir si le médecin du travail peut m'aider dans cette situation et si je peux lui adresser mon patient ».

L'alcool s'invite et trouve sa place dans la sphère privée, mais déborde aussi sur les lieux de travail ! Face à cette problématique, le médecin du travail a un rôle avant tout préventif. Comme tout médecin, il participe au dépistage des travailleurs présentant un problème de consommation d'alcool en abordant ce sujet lors des consultations et, si nécessaire, en réalisant une intervention brève (7) auprès de ceux-ci. Son rôle ne s'arrête cependant pas là...

Depuis le 1er avril 2010, la Convention Collective de Travail n° 100 impose aux entreprises du secteur privé de disposer d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues. Cette convention précise que l'employeur et son management ne font pas la "chasse" aux travailleurs dépendants à l'alcool ou aux drogues mais qu'ils doivent veiller aux dysfonctionnements de tout travailleur, quels que soient sa fonction et son niveau dans la hiérarchie, eux y compris (8). Sont donc concernés par ce texte : tous les dysfonctionnements liés à l'usage d'alcool mais également la consommation de produits qui influencent le niveau de conscience comme les drogues et les produits de psychopharmacologie (analgésiques, calmants, somnifères, stimulants).

Le but de cette convention est de susciter la réflexion entre l'employeur, son management, le département de ressources humaines, les services de prévention du travail ainsi que les représentants syndicaux et de mettre en place une politique préventive en matière d'alcool. Mais en réalité, celle-ci est encore trop peu implémentée, particulièrement dans les petites entreprises. Malheureusement, le médecin du travail agit trop souvent dans l'urgence, réagissant à l'appel d'un employeur affolé par une problématique difficile à gérer.

C'est la consommation d'alcool et de drogues "liée au travail" qui est pertinente et recherchée dans le cadre d'un dysfonctionnement. L'employeur doit veiller à limiter ou à supprimer toutes les consommations qui sont directement ou indirectement induites par le travail, y compris sur le chemin du travail ou lors de pauses ou d'occasions spéciales. Pratiquement, tous les employeurs doivent rédiger une déclaration de politique définissant

leurs objectifs et leurs lignes directrices. Cette phase est **obligatoire** et doit se retrouver dans le règlement de travail. La déclaration de cette politique peut viser soit l'absence totale d'alcool dans l'entreprise, soit un usage en bon "père de famille". Ainsi, dans certaines entreprises, l'utilisation de l'alcool est strictement limitée à des circonstances précises.

Si l'employeur estime qu'il n'existe pas de risque de dysfonctionnement dû à ces substances dans son entreprise, une deuxième phase, **non obligatoire**, est à négocier avec les travailleurs et doit se retrouver dans le règlement de travail. Elle sera basée sur quatre piliers : une **information** à propos des assuétudes et leurs méfaits, des **règles** spécifiques à l'entreprise permettant la consommation ou non d'alcool, des **procédures** en cas de dysfonctionnement, la **formation** de personnes qui sont susceptibles de les appliquer et finalement l'importance d'informer le travailleur dysfonctionnant sur les aides diverses disponibles.

Lorsqu'un travailleur dysfonctionne et s'il n'est plus capable d'effectuer son travail, un membre du management doit le constater, il peut pratiquer des tests non étalonnés de type psychomoteur, puis veiller au retour de celui-ci chez lui en sécurité. Les tests de dépistage (9) effectués par les médecins du travail sont très rares car la Loi du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail, dite "loi Mahoux" (Moniteur Belge, 09.04.2003), les lois sur la vie privée et le Code du Bien-être ne les permettent que dans des conditions spécifiques.

Un entretien doit avoir lieu entre le management et le travailleur dès que celui-ci est en état d'y participer activement, il doit lui être exprimé les faits qui ont été constatés. Un rendez-vous doit être prévu quelques semaines plus tard pour faire le point. Si un climat de confiance est installé et qu'il existe une bonne communication avec la hiérarchie, le travailleur sera aidé dans son parcours thérapeutique. Si le comportement ne s'améliore pas, des sanctions peuvent être prises. Celles-ci sont décrites dans le règlement de travail. Le travailleur en est informé.

Dans le cadre des visites de pré-reprise¹, le médecin du travail peut assurer le suivi d'un travailleur. Un contact peut être envisagé par celui-ci avec le(s) médecin(s) traitant(s) si le travailleur donne son accord. Tout en préservant le secret professionnel et toujours avec l'accord du travailleur, le médecin du travail peut assurer également le lien entre les différents intervenants (travailleur, ligne hiérarchique, entreprise). Le médecin du travail ne peut jamais évoquer, oralement ou par écrit, de diagnostic médical avec les divers intervenants de l'entreprise et ceci même si l'employeur connaît celui-ci ! Le médecin du travail ne peut évoquer que les conséquences de problèmes de santé sur la capacité et l'aptitude du travailleur à exercer son travail, les traduire par des recommandations visant une adaptation des tâches. Selon l'évolution de l'état de santé du travailleur, ces recommandations seront allégées, maintenues voire renforcées. Pratiquement, si

le travailleur donne son accord ou le souhaite, quel que soit le problème (lombalgie, assuétude, ...), le médecin du travail pourra évoquer oralement le caractère favorable de l'évolution du travailleur. Cette communication minimale permet à ce dernier de continuer d'exister comme un travailleur potentiel dans l'entreprise et à l'employeur de ne pas l'oublier ! Si un retour est envisageable à moyen terme et que des conditions spécifiques de reprise de travail s'imposent, celles-ci seront alors abordées en accord avec le travailleur.

QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL FACE À CETTE PROBLÉMATIQUE ?

Les différents rôles du médecin du travail sont passés en revue au travers de trois cas pratiques. Comme déjà signalé, ceux-ci sont cadrés par la législation.

CAS N°1. UNE TRAVAILLEUSE ADMINISTRATIVE QUI DYSFONCTIONNE

Madame X, 56 ans est employée administrative, à mi-temps. Son bureau est situé au 1er étage d'une petite maison urbaine. Elle accède à son bureau par un escalier étroit et très abrupt. Nous sommes en 2015, son employeur demande un examen de reprise de travail², car Madame X a été absente pendant plus de 4 semaines, pour une fracture de la cheville. Il profite de l'occasion pour signaler au médecin du travail que Madame X est plus lente, peine à comprendre certaines consignes. Ses collègues rencontrent quelques difficultés avec elle ; elle présente parfois des tremblements des mains. Il lui est très difficile de descendre cet escalier abrupt. Elle doit demander à une collègue de se mettre devant elle pour ne pas voir vers le bas car cela engendre chez elle des angoisses et une impression de vertige. Cette entreprise n'a pas encore réalisé de politique de prévention en matière d'alcool et de drogues.

Dans ce cas précis, l'employeur souhaite que le médecin du travail rencontre la travailleuse, lui explique l'existence de la CCT 100.

Le jour de l'examen, Madame X se présente, peu sûre d'elle, avec un léger tremblement des mains. Elle raconte une chute banale sur un trottoir défectueux et sa fracture de cheville ; elle remarque correctement sur un sol non accidenté. Le médecin du travail aborde le quotidien au travail tant au niveau des actes à effectuer que des relations entre les différents intervenants et exprime ce qui lui a été rapporté de manière neutre. La panique de l'escalier lui est confirmée, certaines jeunes collègues sont bienveillantes et l'aident à descendre, d'autres sont plus cassantes dans leurs attitudes et discours. Au fil de l'anamnèse, la consommation de tabac ainsi que la consommation d'alcool hebdomadaire sont précisées, cette dernière en « verres » et finalement en unités d'alcool.

1 Qu'est-ce qu'une visite de pré-reprise ? (voir encart législatif)

2 Qu'est-ce qu'une évaluation de santé de reprise du travail ? (voir encart législatif)

La travailleuse consomme nettement plus que les unités hebdomadaires « acceptables ». La suite de l'anamnèse, au niveau somatique et professionnel, révèle différents symptômes éventuellement évocateurs de dépendance. Tout ceci est verbalisé avec la travailleuse qui peut aussi évoquer ses difficultés relationnelles avec ses jeunes collègues.

Durant la consultation, la travailleuse est informée des différentes démarches possibles d'assistance. Elle décide d'en parler à son médecin pour envisager un suivi thérapeutique. En fin de consultation, elle est déclarée apte à reprendre le travail. Ceci est écrit sur le formulaire d'évaluation de santé qui est remis obligatoirement, dans le cadre d'une reprise de travail, à l'employeur avec copie à la travailleuse. Un contact reste possible si le travailleur souhaite que l'employeur soit informé d'un fait précis et que cela n'entre pas en ligne de compte avec le secret médical. Le médecin du travail propose à cette travailleuse de la revoir dans un délai de trois mois pour faire le point au niveau de ses démarches, ce qu'elle accepte. Trois mois plus tard, elle demande une consultation spontanée³ en soutien dans la thérapie qu'elle a décidé de suivre, à savoir : 1. réduction de la consommation, 2. abstinence. Au fil du temps, la travailleuse voit ses tremblements disparaître et se sent mieux au travail, la relation avec les collègues s'améliore même si la différence d'âge et de génération reste présente.

Dans ce cas précis, la décision d'aptitude au travail donnée par le médecin du travail en fin de consultation tient compte de l'état général de Madame X, cheville comprise, et ce malgré une symptomatologie évoquant un début possible de dépendance. En effet, Madame n'occupe pas un poste de travail où elle risque de mettre la santé et la sécurité de ses collègues de travail en danger et son travail de type administratif en lui-même n'est pas susceptible d'entraîner un dommage pour sa santé ou celle d'autrui (la décision du médecin du travail pourrait être autre s'il s'agissait par exemple d'une infirmière). Mais le médecin du travail ne juge pas la rentabilité d'un travailleur.

Dans le cadre d'une reprise de travail, en cas de problème d'alcool et avec l'accord du travailleur, il est souhaitable qu'il y ait une communication verbale ou écrite entre le médecin traitant et le médecin du travail. (9)

Le médecin du travail qui reçoit un travailleur en reprise de travail, commence par s'intéresser à la raison de l'absence et ses conséquences sur le travail, il envisage ensuite la globalité de la santé de ce dernier. Comme tout médecin, dans le cadre d'une anamnèse, il s'informe de l'hygiène de vie du travailleur. Il faut savoir que le travailleur ne choisit pas son médecin du travail et que, dans certains services externes, il ne voit pas toujours le même ; il est alors difficile de créer un lien de confiance dans ce colloque singulier. Ce dernier doit néanmoins réaliser une anamnèse fouillée : consommation, solutions d'aide apportées au travailleur, médicaments pris, soutien familial ou autre, choix de l'abstinence, ... Avec toutes ces réponses, il décide soit

d'une reprise du travail, soit, si possible et avec l'accord de l'employeur, d'une reprise avec adaptation temporaire du poste de travail au sein de l'entreprise, soit d'une prolongation de l'incapacité demandée au médecin traitant.

CAS N°2. UNE TRAVAILLEUSE ADMINISTRATIVE DÉCOUVERTE EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ PAR SA SUPÉRIEURE

Madame Z a 38 ans et travaille depuis 16 ans dans une grande entreprise au sein d'une équipe administrative composée de quatre personnes. Leur fonction principale consiste à organiser des plannings avec des clients par contact téléphonique. Un jour, les collègues appellent la responsable du service car Madame Z est en état d'ébriété, a une voix pâteuse et très lente, cherche ses mots. La responsable du service constate l'incapacité de Madame Z à effectuer son travail. N'étant pas très à l'aise avec la CCT 100, elle fait appel au département RH. En concertation avec le conseiller en prévention interne qui, comme dans la majorité des entreprises, n'est pas médecin, ils décident après discussion avec la travailleuse de la renvoyer chez elle. Son compagnon, averti par téléphone, vient la rechercher. En discutant avec les collègues, la responsable du service, apprend que depuis plusieurs mois, Madame Z quitte régulièrement son poste de travail, est fréquemment malade après des soirées arrosées dont elle se vante, sans percevoir les émotions qu'elle suscite auprès ses collègues. Cette absence de perception des émotions de l'autre correspond à un trouble de la cognition sociale, fréquent chez la personne alcoolique (11).

Après une absence de 15 jours, Madame Z reprend le travail. Un entretien est alors organisé avec la responsable du service, le conseiller en prévention interne et un représentant du service des ressources humaines. Il lui est clairement demandé de ne plus se présenter au travail en état d'ébriété. Il lui est également conseillé de suivre une thérapie. Le conseiller en prévention interne et l'employeur, via les ressources humaines, lui proposent une rencontre avec le médecin du travail⁴ afin d'aborder la problématique. Madame Z accepte le rendez-vous.

Lors de l'entretien avec le médecin du travail, la travailleuse reconnaît d'abord une consommation excessive d'alcool mais occasionnelle et finit par admettre qu'elle a un « usage à risque » régulier (au-delà des normes hebdomadaires). Le médecin du travail lui explique l'effet de l'alcool sur les neurotransmetteurs du cerveau et par son anamnèse, essaye de dépister une dépendance. Dépendance que Madame Z dénie totalement malgré l'utilisation d'un questionnaire AUDIT (12) [Cfr. Figure 1] qui se révèle nettement positif. Il lui rappelle aussi la nécessité d'en parler avec son médecin traitant, ce qui n'a jamais été fait. N'ayant pas de raison médicale suffisante pour stipuler une incapacité, il maintient l'aptitude au travail de Madame Z. Le retour de congé de maladie n'est pas du tout apprécié par les collègues de travail qui ne souhaitent plus

3 Qu'est-ce qu'une consultation spontanée ? (voir encart législatif)

4 Comment se passe un examen demandé par l'employeur ? (voir encart législatif)

Figure 1. Questionnaire AUDIT (Alcohol use disorders Identification Test – OMS)

| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | SCORE (réservé au MT) |
|-----|--|--------|---------------------------|---|------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. | Combien de fois vous arrive-t-il de prendre une boisson alcoolisée ? | Jamais | 1 fois par mois ou moins | 2 à 4 fois par mois | 2 à 3 fois par semaine | Au moins 4 fois par semaine | |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 2. | Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire ? | 1 ou 2 | 3 ou 4 | 5 ou 6 | 7 ou 8 | 10 ou plus | |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 3. | Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 4. | Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 5. | Dans l'année écoulée, combien de fois, parce que vous avez bu, vous n'avez pas pu faire ce que vous aviez à réaliser | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 6. | Dans l'année écoulée, combien de fois, après une période de grosse consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour fonctionner normalement ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 7. | Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 8. | Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'est passé la nuit précédente, parce que vous aviez bu ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 9. | Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ? | Non | | Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | | Oui, au cours de l'année | |
| | | 0 | | 0 | | 0 | |
| 10. | Est-ce qu'un ami ou un médecin, ou un autre professionnel de santé, s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ? | Non | | Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | | Oui, au cours de l'année | |
| | | 0 | | 0 | | 0 | |

fonctionner dans un rôle de co-alcoolique et pallier les déficiences induites par sa consommation (détérioration de sa qualité de travail, de sa productivité, de sa perte de capacité d'adaptation bureautique, irrégularité de ses horaires, voire absences). En fait, elles ont trop longtemps « camouflé » sa consommation, manipulées par les promesses d'arrêt et par du chantage affectif (importance de garder le secret car elle a besoin de son travail pour sa famille). Finalement, après deux mois de reprise de travail, Madame Z remet un certificat pour une absence de

plusieurs mois. Elle ne donne aucune nouvelle au sein du service. Des collègues ont rapporté qu'elles l'aperçoivent régulièrement consommant de l'alcool en grande quantité dans le cadre d'activités collectives extérieures.

CAS N°3. UN TRAVAILLEUR QUI VÉHICULE SES COLLÈGUES EN CAMIONNETTE

Lors d'une consultation périodique d'un travailleur du bâtiment, un chef d'équipe qui conduit la camionnette

tous les jours pour amener ses collègues sur le chantier⁵, le médecin du travail découvre une consommation de 12 unités d'alcool bues lors d'un match de football le dimanche à partir de 18 heures. Le lundi, il démarre habituellement avec son équipe au plus tard à 6 heures 30 du matin.

De prime abord, il ne consomme que 12 unités par semaine, apparemment donc dans les normes. Il est en fait en situation de « Binge drinking » car il boit au moins 6 verres en 2 heures, reprend la route pour rentrer chez lui après la « troisième mi-temps » et surtout, conduit le matin la camionnette avec son équipe.

Sa consommation commence par 2 verres de 25 ml de bière « pils » juste avant le match, un verre à la mi-temps suivi d'une prise de 75 ml de bière par heure, les trois heures suivant le match. Pour un poids de 70 Kg, l'application « Be My Angel »[®] (13) estime qu'il n'atteindra le seuil de 0,5 g/l qu'à 7h30 du matin et sera à zéro à 12 h. En effet, cette application reproduit de manière théorique la métabolisation de l'alcool en fonction du poids et du sexe ; dans ce cas précis, le travailleur pesant 70 Kg métabolise normalement une unité d'alcool en environ 75 minutes à partir de 18 heures ; comme il en a absorbé 12 unités, à 7h30 du matin, il en reste environ 2 unités soit 0,5 gr/litre (sang).

Ce travailleur qui conduit son équipe vers le chantier le matin et la ramène le soir, occupe un poste de sécurité et n'a pas besoin d'un permis spécifique. Il n'est pas rémunéré spécifiquement pour la conduite de la camionnette et ne conduit pas un véhicule lourd. Il s'agit ici d'un véhicule de transport.

Remarque : pour les chauffeurs de poids lourds, les chauffeurs de camping-cars de plus de 3,5 tonnes ainsi que les chauffeurs de taxis, un examen médical spécial est indispensable pour obtenir un permis de conduire spécifique. Il est important de leur rappeler que la norme tolérée dans le sang n'est pas de 0,5 g/l mais bien de 0,2 g/l (AR Permis de conduire, 1998).

D'autre part, ce travailleur ne semble pas dépendant à l'alcool, il a juste pris une « mauvaise » habitude de consommation de bière les soirs de match. Lors de l'examen médical, il a pris conscience de sa consommation excessive par rapport à la conduite d'un véhicule. Il s'est remis en question et a spontanément réfléchi à diverses solutions, comme par exemple, celle de diminuer sa consommation ou celle de donner le volant à un collègue qui n'a pas fait d'excès la veille. Le médecin du travail par son anamnèse a questionné le travailleur sur sa consommation, l'a informé des risques personnels et situationnels de celle-ci. Ce travailleur perçoit clairement l'objectif à atteindre au niveau professionnel et est motivé pour l'atteindre. Le médecin du travail lui a conseillé d'en parler à son médecin traitant afin d'éviter toutes situations de « Binge drinking ». Dans ce cas, l'aptitude au poste de sécurité a été maintenue car un lien de confiance s'est

créé, une réelle prise de conscience a été réalisée et une motivation claire pour une réduction de sa consommation a été exprimée. Ceci constitue une intervention brève réalisable en quelques minutes. L'efficacité de la thérapie brève n'a été validée que chez les travailleurs/patients non dépendants (14), ce qui est le cas manifestement de celui-ci. Lors de l'évaluation de santé suivante, la question de la conduite sans influence d'alcool sera bien entendu posée.

Si la consultation ne s'était pas déroulée dans ce climat, le médecin du travail aurait pu accorder une aptitude exclusivement pour sa fonction de base comme maçon, et pas pour son poste de sécurité, avec suppression de la conduite de la camionnette. Une révision de cette décision aurait été possible après une preuve de l'amélioration de sa consommation par un suivi sanguin initié par le médecin traitant (suivi qui devrait comprendre γ GT, TGO, TGP, VGM et CDT). Dans le cadre d'une découverte de dépendance à l'alcool, il faut pouvoir prouver par plusieurs prises de sang une abstinence de 6 mois avant de pouvoir reprendre le volant à nouveau.

EN PRATIQUE, COMMENT SE VIT LA PROBLÉMATIQUE LIÉE À L'ALCOOL DANS L'ENTREPRISE ?

L'apparition d'une problématique liée à l'alcool au sein d'une entreprise bouleverse les rapports entre les individus. Les conséquences pour l'entreprise sont diverses, celles-ci sont dues aux effets neurobiologiques provoquées par la consommation excessive sur l'individu, dont celles le plus souvent exprimées par l'employeur et sa ligne hiérarchique sont :

- Augmentation de l'absentéisme
- Dégradation des relations entre collègues
- Baisse de productivité
- Détérioration de la qualité du travail
- Problème d'ambiance de travail : conflits psychosociaux
- Attention diminuée
- Augmentation du nombre d'incidents/accidents
- Augmentation des coûts directs et indirects
- Augmentation des coûts de formation et de recrutement
- Atteinte de l'image de marque de l'entreprise

Dans un communiqué de presse de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (15), on peut lire que les directeurs des ressources humaines tant des petites entreprises (79%) que des entreprises de plus de 50 travailleurs (74%) perçoivent les risques induits par la problématique alcool. Dans certaines entreprises, la prise de conscience n'est présente que suite à un incident plus ou moins important. Les médecins du travail sont donc de plus en plus interpellés pour répondre à des demandes d'information de la part d'un cadre ou d'un membre du service des ressources humaines. Lors d'une enquête de l'auteure réalisée en 2017 auprès de médecins du travail, 3 médecins sur 44 répondants (sur un total de 78 questionnaires) ont signalé ne pas avoir eu de contact

⁵ Il occupe donc un poste de sécurité: (voir encart législatif)

avec des employeurs en difficulté dans ce domaine, ce qui veut dire que 41 médecins en ont eu. Toutefois, 80% d'entre eux estiment ces contacts à moins de 10 par an.

Les travailleurs, eux, réalisent plus facilement le problème relationnel et psychosocial induit par la présence de collègues en mésusage d'alcool dans leur entreprise. Néanmoins, comme le précise la plaquette issue de l'étude "Consommation de produits psychoactifs en milieu de travail" (16), les travailleurs n'ont pas toujours conscience de l'obligation légale de tout travailleur de veiller à la sécurité et à la santé de ses collègues et de lui-même. Vu cette ignorance, il leur est donc difficile de prévenir leur supérieur lorsqu'un dysfonctionnement est constaté.

Par méconnaissance, lorsqu'un ou des travailleurs perçoivent un problème chez un de leurs collègues, l'un d'eux tente d'en parler de manière bienveillante avec celui-ci mais en dehors de toute procédure. Le travailleur incriminé réagit de différentes façons. Soit il nie farouchement et donc n'accepte pas la perche tendue par son collègue, soit il reconnaît sa consommation d'alcool mais l'explique par des soucis privés ou professionnels. Ceci positionne alors son collègue dans une situation de complice car il ne faut absolument pas dévoiler ce secret, "sinon ma femme me quittera, sinon je perdrai mon emploi... mais tu sais je vais arrêter de boire...", c'est ainsi que dans certaines petites unités de travail, comprenant des travailleurs ayant des liens privilégiés entre eux on se retrouve avec des travailleurs qui assument une partie de la charge de travail de leur collègue, s'épuisent au travail et sont finalement co-alcooliques afin de sauver l'image de leur collègue, de l'équipe et donc au travers elle, leur propre image, comme cela existe au sein des familles. La promesse d'arrêter de boire peut également induire des comportements de surveillance et de menaces des collègues, ce qui est malsain au sein de l'entreprise (17). Quand tout est découvert, ces travailleurs épuisés par le secret et le rôle de complice qu'ils ont endossé risquent une réprimande. La confiance sera très difficile à reconstruire entre eux. La tendance sera un rejet catégorique de celui devenu abstinent par son ancienne équipe. Il faut donc préparer le retour du travailleur avec les collègues immédiats afin de redonner une place à celui qui a été absent un certain temps, de pouvoir lui accorder à nouveau du crédit et de ne pas interpréter de manière erronée des comportements, notamment impulsifs propres à la personnalité intrinsèque de l'individu, qui existaient antérieurement à l'alcoolisation actuellement disparue (18).

Dans l'entreprise, la formation des différents interlocuteurs est l'élément principal à toutes les améliorations. En cas d'information orale, elle doit être dynamique, intéressante, adaptée au public qui la reçoit et complétée par un écrit. Des vidéos, des mails de rappel viendront en support. Tous les travailleurs de l'entreprise doivent bénéficier de cette information, en ce compris la ligne hiérarchique.

Les travailleurs doivent être informés sur les risques de la consommation d'alcool sur leur santé mais aussi pour leur sécurité au travail. Ils doivent également prendre connaissance des critères de consommation. Une

formation légale de leur responsabilité, tant pour eux-mêmes que pour leurs collègues, doit leur être dispensée. Celle-ci les aidera à mieux comprendre le comportement à tenir en cas de dysfonctionnement d'un collègue. Les procédures doivent être expliquées à tous sans équivoque et il faut bien préciser qu'elles sont les mêmes pour tous ; sauf risques particuliers pour certains postes de travail aux normes plus sévères : poste de sécurité, vigilance. Le médecin du travail participe bien entendu lors de ses évaluations de santé ou ses visites de lieux de travail au rappel de ces informations. Le management, qui a un rôle légal dans la prévention à la santé et sécurité des travailleurs, doit être formé spécifiquement aux procédures afin de faire face à toute situation de dysfonctionnement en respectant toujours le travailleur incriminé. La mise en place rapide des procédures, connues de tous, permet d'accroître l'efficacité.

En dehors de l'entreprise, un réseau doit se créer autour du travailleur-patient afin de le sortir de la spirale infernale (11) de l'alcool et de lui permettre ainsi de retrouver au plus tôt le chemin du travail. En effet pour aider un travailleur qui se trouve depuis un certain temps dans une situation soit de mésusage, soit de dépendance avérée, surtout en plus s'il fait l'objet d'une procédure CCT 100 au sein d'une entreprise, il faut que tous les intervenants, qu'ils soient thérapeutes directs ou non, communiquent entre eux. Le travailleur/patient décrit toujours son poste de travail en fonction de l'axe de perception qui est le sien ; il ne connaît pas toujours toutes les contraintes collectives du management même s'il croit les connaître. Il est donc important qu'une communication puisse avoir lieu et que celle-ci permette au médecin du travail de savoir si le travail effectué avec les professionnels de la santé mentale évolue dans un sens favorable et permette une reprise de travail. Cette communication entre médecins et autres professionnels de la santé est autorisée par le Code de déontologie 2018 de l'Ordre des médecins (19). Le médecin du travail doit pouvoir faire partie du réseau thérapeutique autour du patient afin d'aider celui-ci sur le chemin du retour au travail.

Pour répondre à la question initialement posée par un médecin généraliste : le travailleur peut demander une consultation spontanée soit via son employeur, soit directement à son médecin du travail, pour évoquer le sujet. Lors de cette consultation, celui-ci peut bien sûr amener un document explicatif de son médecin traitant. Si le médecin traitant a l'accord du patient, il est préférable qu'il téléphone directement au médecin du travail pour introduire le sujet et demander une consultation spontanée. Cependant, si le travailleur est en incapacité, c'est la visite de pré-reprise qui permettra cet examen dans les mêmes conditions. Celle-ci aura l'intérêt de préparer le retour au travail tant pour le travailleur que pour l'entreprise dans les limites acceptables pour les deux parties. Lors de la reprise du travail, la collaboration des intervenants médicaux est importante afin de déterminer le moment adéquat de cette reprise tant pour le travailleur que pour l'entreprise.

CONCLUSIONS

Les employeurs du secteur privé doivent mettre en place une politique préventive et matière de consommation d'alcool et de drogues liée au travail, ceci leur est imposé par la Convention Collective de Travail 100. Les objectifs de cette convention sont d'éviter les conséquences néfastes de l'alcool à la fois par rapport à l'entreprise et dans les relations entre travailleurs (co-alcoolisme). Ceci impose une information effective et précise à propos des dangers de l'alcool auprès de tous (du travailleur à l'ensemble du management), des règles concrètes quant à la possibilité de présence ou non d'alcool dans l'entreprise et des procédures strictes en cas de dysfonctionnement au poste de travail connues de tous.

Une anamnèse soigneuse du médecin du travail à propos de la consommation d'alcool lui permet d'évaluer chaque travailleur ; il a un rôle préventif par rapport à la consommation d'alcool pour éviter la survenue d'un mésusage (20). Lors de mésusage sans dépendance, une intervention brève (21) permet, dans une proportion importante de cas, de recadrer le patient/travailleur. Si le problème est plus important, le médecin du travail tentera d'orienter le travailleur vers les intervenants de première ligne. Par ailleurs, la collaboration entre médecins préventeurs et médecins traitants, généralistes ou spécialistes, encadrée par le secret médical, constituera toujours un plus sur le parcours thérapeutique du patient/travailleur.

Au vu de toute cette problématique, il est évident que la formation en alcoologie des différents intervenants (médecin du travail, médecin généraliste voire gastroentérologue) doit être améliorée par rapport à l'évaluation initiale du patient/travailleur. Cette formation, étendue à toutes les addictions, devrait être incluse dans le cursus universitaire de tout médecin. Cependant

au sein des Services Externes de Prévention et de Protection, à l'attention des médecins et psychologues, des recyclages plus pointus pourraient être mis en place éclairant l'installation progressive des modifications entre autres cognitives, motivationnelles, émotionnelles et sociales provoquées par les effets neurobiologiques de l'alcoolisation chronique et le rythme de leur éventuelle régression après un sevrage réussi.

Par ailleurs, des études ultérieures, comme celle de la KUL en 2016, pourraient préciser une éventuelle évolution de la situation: y a-t-il une diminution de la consommation d'alcool chez les travailleurs et, si c'est le cas, peut-on mettre en évidence le ou les éléments déterminants de celle-ci (CCT 100, informations diverses, anamnèse systématique de la consommation par le médecin du travail) ?

Si aucune diminution n'était constatée, des réflexions sur les mesures, adaptations, évaluations de procédures effectivement mises en place devraient être envisagées.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

En tant qu'intervenant médical auprès d'un patient en difficulté avec l'alcool, il ne faut jamais hésiter, dans le cadre du secret médical, à contacter le médecin du travail qui de par sa vision de la situation globale de l'entreprise et de la place de chacun au sein de celle-ci, aidera au mieux le travailleur et facilitera peut-être son retour au travail s'il est absent.

REMERCIEMENTS

Je remercie Nathalie Boonen, documentaliste, pour le support qu'elle m'a apporté tout au long de ce travail.

ENCART N°1 - QUELQUES EXPLICATIONS LÉGISLATIVES

Evaluation de santé de reprise du travail : les travailleurs dont le poste de travail présente des risques pour la santé et qui ont été absents plus de 4 semaines doivent être vus par le médecin du travail dans les 10 jours qui suivent la reprise du travail. Cet examen doit être demandé par l'employeur. Le rôle du médecin du travail est de décider si un travailleur est apte à reprendre son travail.

Visite de pré-reprise : accessible à tous les travailleurs en incapacité de travail. Elle se fait avant la reprise de travail, en vue d'un aménagement éventuel du poste de travail. Lorsque l'examen a lieu à l'initiative du travailleur qui la demande directement au médecin du travail, le rendez-vous doit avoir lieu dans les 10 jours ouvrables. Si le travailleur est d'accord, le médecin du travail prévient l'employeur et peut se concerter avec le médecin traitant et/ou le médecin conseil.

Consultation spontanée : accessible à tous les travailleurs, qui ne sont pas en arrêt de travail (sauf pré-reprise et réintégration) si des plaintes liées à la santé et estimées en relation avec le travail se présentent. Cette consultation se tient à l'initiative du travailleur ou du médecin traitant (avec l'accord du travailleur), le rendez-vous doit avoir lieu dans les

10 jours ouvrables. Si le travailleur est d'accord, le médecin du travail prévient l'employeur dès qu'il reçoit la demande.

Examen demandé par l'employeur : applicable à tous les travailleurs. Il se fait à l'initiative de l'employeur qui avertit le médecin du travail :

- Lorsque le travailleur se plaint de malaises ou de signes d'affection qui peuvent être attribués à ses conditions de travail.
- Lorsqu'il constate que l'état physique ou de santé mentale d'un travailleur augmente incontestablement les risques liés au poste de travail.

Le médecin du travail juge en toute indépendance si ce travailleur doit être soumis à une évaluation de santé ou si des mesures doivent être prises pour adapter ses conditions de travail. Si l'examen est jugé utile par le médecin du travail, le travailleur ne peut s'y soustraire.

Poste de sécurité : le poste de sécurité est un poste où le travailleur risque de par son état physique ou mental de mettre en danger la santé ou la sécurité de ses collègues. Les conducteurs de clark, de grue ou de tout autre engin ainsi que les porteurs d'arme occupent également un poste de sécurité.

RÉFÉRENCES

1. WHO (2014) Global status report on alcohol and health, 392 pages. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?Sequence=1
2. OCDE (2015) Lutter contre la consommation nocive d'alcool : politiques économiques et de santé publique, Editions OCDE, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/97892264244580-fr>
3. VAD (2017) Alcohol- en druggebruik bij werknemers : een kwestie van alcohol, mannen en gevolgen op het werk. <http://www.vad.be/artikels/detail/alcohol--en-druggebruik-bij-werknemers--een-kwestie-van-alcohol-mannen-en-gevolgen-op-het-werk>
4. SECUREX (2008) La consommation d'alcool du salarié belge, white paper, 69 pages. <http://www.securex.be/fr/groupe/landingpages/whitepapers/wp-la-consommation-d-alcool/index.html>
5. SECUREX (2013) 15 % des travailleurs belges boivent trop d'alcool. Communiqué de presse du 18/12/2013. <http://www.securex.be/export/sites/default/.content/download-gallery/fr/pressreleases/PR-131219-Alcool-au-travail-FR.pdf>
6. Conseil Supérieur de la Santé (2018) Risques liés à la consommation d'alcool, avis n°9438. <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9438-alcool>
7. HAUTE AUTORITE DE SANTE (2014) Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, décembre. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rplib_v2.pdf
8. Baetens, K. *et al.* (2009) Une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise. La concertation au service de la prévention, 76 pages. <http://www.cnt-nar.be/PUBLICATIES/Alcohol-drugs-FR.pdf>
9. SPF EMPLOI Alcool et autres drogues : manuel pour une politique de prévention au travail. Risques psychosociaux, 2017.
10. Godderis, L. *et al.* "Up To Date" Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; data retrieval. KU Leuven, Université de Liège, Universiteit Antwerpen, VAD, 2015.
11. De Timary P. L'alcoolisme est-il une fatalité ? Comprendre et inverser une spirale infernale. Mardaga, Bruxelles, 2016. (Santé en Soi).
12. Babor T. *et al.* (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Second edition. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence, 41 pages. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=678156E75691759B44AFOAED02688BDA?Sequence=1
13. « BE MY ANGEL » <http://www.bemyangel.ch/afpropos-application.cfm>
14. Abramovici, F. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations pour la pratique clinique. Société française d'alcoologie. Alcoologie et Addictologie 2015; 37(1): 5-84 <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
15. Garnier, S. (2006) Alcool et substances psychoactives dans l'entreprise: salariés et DRH s'expriment. Communiqué de presse. INPES, 3 mai 2006. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/06/cp060503/cp060503.pdf>
16. Cherbonnet Guillouet, C. *et al.* (2004) Consommation de produits psycho-actifs en milieu de travail. Etat des lieux & perspectives, Observatoire Régional de la Santé, 6 pages, décembre 2014. https://orscentre.org/images/files/publications/sante_et_travail/Rapports/plaquette_cppa.pdf
17. Kerger, M.-G. (2016) Alcool et autres drogues : implémentation d'une politique de prévention de l'alcool et autres drogues en entreprise ». SPF EMPLOI. http://www.evenementen.werk.belgie.be/sites/default/files/content/download/files/implementation_dune_politique_en_entreprise.pdf
18. Gueibe, R. L'alcoolisme au quotidien. De la consommation agréable à la dépendance. Seli Arslan, Paris, 2008. (Perspectives soignantes).
19. ORDRE DES MEDECINS (2018) Code de Déontologie médicale. <https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu/>
20. Gillet, C. *et al.* Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. Recommandations pour la pratique clinique. Société française d'alcoologie. Alcoologie et addictologie 2013 ; 35(1) :61-92. https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2013-1_rptextecourt.pdf
21. Godderis, L. *et al.* Recommandation pour le dépistage du mésusage d'alcool et l'intervention brève subséquent par les médecins du travail, « Up to date 2 », suite du projet : Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; data retrieval. KU Leuven, Université de Liège, Universiteit Antwerpen, VAD, 2017.

CORRESPONDANCE

Dr. FRANÇOISE VERSTRAETE

Médecin du Travail - Alcoologue

CESI asbl

Chaussée de Louvain 290

B- 5004 Bouge

francoise.verstraete@cesi.be