

Thierry Thomas

DIRECTEUR ADJOINT, CHU DE BORDEAUX

Prise en charge des addictions en milieu professionnel

L'expérience du CHU de Bordeaux

À l'identique de l'ensemble des employeurs, les établissements hospitaliers sont soumis à l'obligation de protection de leurs salariés. Cette obligation touche notamment à la prévention des risques, et des comportements à risques. Le problème de l'alcool – et la notion de consommation abusive empêchant l'exercice d'un emploi hospitalier, qu'il soit ou non au contact de patients – s'est posé de longue date aux gestionnaires hospitaliers. L'intrication étant souvent très forte entre vie privée et vie professionnelle, le fait qu'une consommation addictive d'alcool puisse avoir lieu dans le cercle privé tout en ayant des conséquences sur l'aptitude professionnelle est un facteur de risque souvent difficile à appréhender par les responsables de services, des ressources humaines ou de la médecine du travail.

Les données sociohistoriques, dont l'intemporelle locution *in vino veritas*, en sont une parfaite illustration. Le fait de vivre dans un pays de tradition viticole et dans le Bordelais, région de production dans laquelle le vin fait partie intégrante du patrimoine culturel, rend plus complexe la reconnaissance même de l'existence de problèmes d'addiction, et plus délicate la mise en œuvre de politiques d'action : prévention, prise en charge, suivi.

Confronté à cette problématique au même titre que les autres grandes institutions, le CHU de Bordeaux a, au cours des années 1990, initié une politique de prévention de la consommation d'alcool, tant au domicile que sur le lieu de travail, le service de médecine du travail et le service social en étant alors les principaux animateurs. Cette politique volontariste a débouché sur la production d'un document intitulé « Charte sur la prévention du risque alcool au CHU de Bordeaux »,

édité et diffusé en 1998 dans l'ensemble de l'établissement sous la forme d'une plaquette (**Encadré**) comportant quatre intitulés principaux :

- conduite à tenir pour les cadres face à un agent en état d'ébriété ;
- agent dépendant de l'alcool et refusant de s'inscrire dans un projet thérapeutique ;
- reprise du travail ;
- risques liés à la consommation de boissons alcoolisées lors de pots et autres manifestations.

Ce support et la réflexion qui lui était associée ont pu constituer en leurs temps une avancée et ont pour le moins été l'occasion d'une prise de conscience, tant de la réalité du phénomène d'addiction alcoolique que de la nécessité d'une politique volontariste de prévention et de prise en charge, ne serait-ce que dans la perspective d'une réponse minimale aux obligations légales et réglementaires.

Pour autant, l'action et la mobilisation requises, aussi sincères et enthousiastes fussent-elles, ont eu du mal à échapper au phénomène d'érosion, à la concurrence d'autres causes et au lancement de nouvelles campagnes.

À l'aube de la décennie 2010, le constat fait par la direction du CHU, à la lumière d'éléments factuels remontés tant de la médecine du travail que des instances consultatives (comité technique d'établissement [CTE] ; comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail [CHSCT]), était sans appel : l'addiction à l'alcool interférant avec l'exercice professionnel de certains collaborateurs demeurait une réalité et constituait un problème dont la prise en compte pouvait être améliorée. Certains indicateurs diffus pouvaient également être interprétés comme autant de

Charte sur la prévention du risque alcool au C.H.U. de Bordeaux

Cette charte a pour objet de proposer une conduite à tenir pratique pour tous les intervenants face aux problèmes posés par la consommation d'alcool, et d'émettre des recommandations sur la réduction de la consommation d'alcool.

Elle concerne les situations d'alcoolisation à risque, occasionnelles ou chroniques, notamment dans le cadre de la dépendance à l'alcool, qui est une maladie.

Elle a été établie sous l'égide du C.H.S.C.T., en concertation avec les représentants de la direction, du personnel, du service social du personnel, du service de médecine du travail, avec l'aide d'un expert alcoologue.

Elle décrit également les situations à prendre en compte pour assurer la bonne exécution du service public hospitalier. Il ne s'agit pas d'exposer les conséquences administratives en cas de faute personnelle ou de service.

Ses enjeux sont :

- > Qualité du service au patient,
- > Sécurité des patients, des agents et de l'établissement,
- > Responsabilité,
- > Confidentialité.

4- Risques liés à la consommation de boissons alcoolisées lors de l'organisation de "pots" :

Il ne s'agit pas ici de situation de dépendance à l'alcool. L'enjeu est d'éviter l'alcoolisation à risque par imprudence. Il est rappelé que la consommation d'alcool est interdite sur les lieux de travail (Code du Travail : art. L 232.2).



Cependant, si l'organisation de "pots" avec boissons alcoolisées est tolérée, il faut rappeler les risques potentiels d'alcoolisation par imprudence, favorisés par la consommation d'alcool à jeun, (danger des apéritifs). Ces risques s'observent plus fréquemment, même avec une petite quantité d'alcool, chez des personnes en consommant peu et rarement, et, à l'inverse, chez les consommateurs excessifs :

- > Risque dans l'accomplissement des missions professionnelles,
- > Risque d'accident du travail ou du trajet-travail.

Pour éviter cela, il est important de définir des règles comme :

- > Présence obligatoire de boissons sans alcool,
- > Limitation de la fréquence et de la durée des "pots" dans chaque service.

dans chacun de ces verres ...

 10 cl de vin rouge ou blanc à 12°	 2,5 cl de digestif à 45°	 25 cl de cidre "se"
 10 cl de champagne à 12°	 25 cl de bière à 5°	 7 cl d'apéritif
 15 cl de bière forte à 8°	 2,5 cl de whisky à 45°	 2,5 cl

... entre 8 et 12 grammes d'alcool

La consommation d'un seul de ces verres entraîne une alcoolémie d'environ 0,05 g/l de sang chez l'homme, et de 0,33 g/l chez la femme, alcoolémie plus élevée en cas d'absorption à jeun. Le taux maximal d'alcoolémie autorisé pour conduire un véhicule est de 0,5 g/l de sang. Une consommation sans risque est l'équivalent de 2 verres de boisson alcoolisée par jour chez l'homme, et de 3 verres par jour chez la femme.

signes de difficultés de prise en charge de ces épisodes de crises ; le dévouement et l'engagement des médecins du travail, la sensibilisation de certains chefs de service et de cadres apportaient certes une réponse, mais celle-ci était souvent tardive, peu coordonnée et certainement très perfectible.

En conséquence et sur la base des données rapportées par le service de médecine du travail, la direction générale du CHU a décidé, à la suite d'une réunion du CHSCT, de relancer un groupe de travail dédié à ce problème de l'addiction à l'alcool et de ses interférences avec l'exercice professionnel.

Relance des travaux du groupe alcool

La direction générale a souhaité la mise en œuvre d'une composition très ouverte et pluridisciplinaire du groupe alcool, en préservant et en puisant largement dans les expériences et les acquis déjà accumulés. Le groupe a donc été composé de médecins ayant contribué aux précédents travaux ; il s'est agi pour l'essentiel d'un médecin alcoologue, de médecins du travail et de représentants du service social. De nouveaux participants ont été désignés : personnels soignants, cadres supérieurs de santé, élus du CHSCT, représentant de la direction du CHU et vice-président de la commission médicale d'établissement (CME). Ce groupe s'est réuni pour la première fois en juin 2010. Les premières réunions ont été naturellement dédiées à une présentation des membres, dont le trait commun est le caractère volontaire de leur participation. Avant même que des échanges portant sur les axes de réflexion et une méthodologie de travail puissent être menés, une difficulté non attendue est apparue, les représentants du personnel ne prenant plus part aux réunions du groupe passé les deux premières. En dépit de relances multiples, il a fallu que la question soit abordée dans le cadre d'une des réunions du CHSCT pour qu'une représentation du personnel soit à nouveau enregistrée de manière pérenne.

Les causes de cette défection étaient relativement simples, les représentants des partenaires sociaux dans leur large majorité déclarant ne pas être à l'aise sur ce thème de travail, qui renvoyait de leur point de vue à bon nombre de représentations à connotation très négative : démarche vécue comme liberticide et de nature à entraver la convivialité entre agents sur le lieu de travail, crainte de la délation, notion mal perçue de responsabilité partagée, phénomène de solidarité assimilant silence et protection des agents. Le groupe a fonctionné à nouveau sous sa forme plénière

à la fin de l'exercice 2010, à raison d'une séance de travail mensuelle.

Les thèmes de travail se sont dégagés assez naturellement, reprenant l'expérience des travaux précédents et des orientations fixées par la direction générale. Le thème principal consistait dans une observation stricte de la loi 73-4 du 2 janvier 1973 qui prononce une interdiction de distribution et de consommation d'alcool sur le lieu de travail, dans une région particulièrement reconnue sur le plan viticole. Parallèlement, le groupe a fait le choix de retenir comme point de réflexion initial une orientation totalement à l'opposé de celle des précédents travaux et de travailler non pas sur la prévention de l'addiction alcoolique mais plutôt sur la définition de modalités très pratiques de prise en charge des personnels sur le lieu de travail. La rédaction d'un document constituant un chemin critique, une aide à la décision dans la gestion des situations de crise, fut l'autre grand axe de travail retenu ayant ensuite vocation à être présenté devant les instances du CHU de Bordeaux.

Travaux du groupe et évolution de la réflexion

Constat

Au cours de l'exercice 2011, le groupe axe son action à la fois sur la réflexion et sur l'écriture. Ses diverses composantes, de par leurs expériences et leur connaissance du terrain, mettent en lumière de manière précise et qualifiée les difficultés rencontrées au quotidien par les cadres de proximité dans la gestion de ces situations très difficiles. Il ressort que les traits de comportement souvent évoqués de déni, de silence, voire d'une forme de bonne conscience protectrice des collègues de travail sont des phénomènes bien présents qui font partie intégrante de la complexité de ces situations et rendent encore plus difficile la mise en œuvre de prises en charge. Le caractère dominant de l'émergence de stratégies souvent partiellement conscientes et volontaires de négation de ces problèmes, communes à l'ensemble des acteurs de ces crises, est particulièrement souligné. Il apparaît également qu'il n'y a pas de secteur professionnel ou de métier qui soit plus particulièrement prédisposé à la survenue de ces mécanismes d'addiction et que l'ensemble du corps professionnel est concerné.

Une autre évolution majeure apparaît au cours de ces travaux. Les témoignages des médecins, tant spécialisés en addictions que relevant de la médecine du travail, font apparaître qu'au fil des ans une évolution

sensible des formes d'addiction s'est opérée. L'alcoolisme sur lequel portaient jusqu'alors toute l'attention et les efforts de l'institution demeure une préoccupation importante, à laquelle se sont toutefois additionnées au fil des années d'autres formes tout aussi préoccupantes : dépendance aux opiacés et autres drogues, consommation excessive et détournée de médicaments ou de substances chimiques, voire combinaison de ces facteurs.

Solutions

Une fois formalisé ce constat de l'ampleur du problème et de sa mutation vers un champ beaucoup plus large, le groupe s'attache à chercher des solutions opérationnelles à la gestion de ces périodes de crise. Il s'oriente vers la création de procédures écrites relatives à la prise en charge de ces phénomènes d'addiction, avec le souci marqué d'une accessibilité à l'ensemble des cadres. L'un des principaux objectifs de cette phase essentielle est de parvenir à rompre l'isolement souvent très marqué des cadres confrontés à ces situations. Les mécanismes de protection et de régulation du corps socioprofessionnel aboutissent trop fréquemment à ce que des cadres, souvent issus de la promotion interne, se trouvent seuls à devoir arbitrer dans l'urgence sur la mise en œuvre d'une procédure d'alerte de la direction de l'établissement et d'une stratégie visant à lisser les effets de la crise, tout en préservant les conditions d'une continuité du service. La réflexion du groupe aboutit à la définition des axes suivants :

■ Signalement

Il est nécessaire de porter le plus rapidement possible à la connaissance de la direction de l'établissement la survenue d'une situation de crise liée à un phénomène addictif chez un membre du personnel, sans considération de sa catégorie socioprofessionnelle. Ce qui inclut bien entendu les périodes hors heures ouvrables et suppose une nécessaire mobilisation du directeur de garde.

■ Avis médical

Il est essentiel que, très tôt dans la procédure de prise en charge, un avis médical puisse être formulé. Celui-ci doit être suffisamment précis sur les points suivants : capacité de l'agent à tenir son poste, caractérisation formelle de son état clinique mentionnant la présence ou non de symptômes relatifs à une addiction. Les acteurs privilégiés de cette phase de constat médical sont les médecins du travail pendant les heures ouvrables ; en dehors de ces périodes, il est

fait appel au médecin du service le plus proche et, en cas d'absence, aux médecins du service des urgences de chacun des établissements du CHU.

À cet égard, dans une perspective de diagnostic, le groupe recommande que les médecins du travail des quatre principaux sites du CHU disposent d'éthylomètres afin d'assurer les constats qui s'imposent. Il est précisé que les éléments relevés par le praticien examinant un agent sont des documents médicaux auxquels s'appliquent sans aucune dérogation les règles relatives au secret médical.

■ Éloignement de l'agent si nécessaire

Il est indispensable que toutes mesures utiles visant à écarter l'agent du service puissent être prises lorsque l'inaptitude a été établie. Ce qui inclut un éventuel recours à la contrainte, en tant qu'ultime solution lorsqu'il y a une opposition marquée de l'agent à respecter une prescription d'éloignement du service. Il est également nécessaire, notamment hors heures ouvrables, d'être en mesure d'assurer un retour à domicile ou à défaut dans un environnement sûr, garantissant une prise en charge minimale. Concernant ce dernier point, il est rappelé clairement l'interdiction de quitter son poste de travail pour raccompagner un collègue et *a fortiori* d'emprunter un moyen de transport personnel pour assurer un retour à domicile. La mise en œuvre de moyens adaptés à cette phase essentielle du retour de l'agent vers un lieu sûr est actée dans la procédure définie.

■ Accompagnement des cadres

La nécessité d'un accompagnement des cadres confrontés à ces situations difficiles et particulières est affirmée. La possibilité d'accéder de manière satisfaisante aux médecins, psychologues du travail et assistantes sociales du personnel est rappelée comme un des axes essentiels de cet accompagnement.

■ Rappel de la réglementation

D'un point de vue réglementaire, la direction générale du CHU marque sa volonté de voir confortée cette politique de lutte contre les addictions. Elle rappelle ainsi courant 2010 dans une note l'interdiction formelle de servir toute forme de boissons alcoolisées lors des « pots » et autres événements de convivialité, que ces derniers soient organisés par l'établissement ou des membres du personnel. Ces mesures concernent également les repas et manifestations « dînatoires » qui peuvent avoir lieu dans l'enceinte du CHU.

Phase institutionnelle

D'une manière plus générale, les mesures relatives à la prévention des addictions sont reprises dans les travaux de réécriture du règlement intérieur. L'interdiction d'introduction et de consommation de ces produits dans l'enceinte de l'établissement est réaffirmée et précisée. Le passage de ce nouveau règlement devant les instances délibérantes du CHU, CHSCT, CTE, CME, directoire, donnent un caractère de force de loi, opposable aux agents qui y contreviendraient ou s'associeraient à une action allant dans ce sens. Le schéma de synthèse des conduites à tenir (**Encadré**), qui a vocation à être diffusé à chaque cadre de l'établissement, fait l'objet de la même présentation institutionnelle.

Les passages en CHST, CTE et CME sont assurés par les membres du groupe selon une représentation mixte cadre de direction-médecins. En CHSCT et en CME, les autres catégories professionnelles, notamment soignants et service social, sont largement associées. Cette phase de passage devant les instances délibérantes soulève très peu de réserves de la part des représentants du personnel qui sont pourtant une composante majoritaire. En revanche, la mise à disposition des cadres d'une fiche d'aide à la décision en matière de gestion des situations de crise est unanimement saluée. Le point relatif à l'organisation de manifestations de convivialité désormais sans alcool est débattu et au final accepté. Les débats sont plus denses lors de la présentation de ces documents en CME, les thématiques relatives au constat médical de l'état de l'agent et à la notion de secret médical étant plus particulièrement discutées.

Phase de communication et perspectives

Passé la phase d'élaboration de ce schéma cadre de gestion et de prise en charge des situations de crise liées aux addictions, le groupe continue à se réunir. En accord avec la direction générale, il choisit de faire porter son action sur un plan se déclinant selon deux axes forts :

- la communication auprès des acteurs de terrain, sans aucune exclusive, est réalisée selon le principe de binômes associant les diverses catégories d'acteurs du groupe : médecins, cadre de direction, travailleurs sociaux, cadres soignants, représentants du personnel. Les documents d'information sont finalisés au premier semestre 2012. Les actions, menées dès fin juin, visent plus particulièrement les réunions de cadres et


cadres supérieurs de santé, les bureaux de pôle et de CME sur les divers sites, ainsi que les secteurs administratifs et techniques. Parallèlement, le document de synthèse est adressé par mail à chacun des cadres du CHU avec une brève notice rappelant son but et ses axes forts. Il est également publié sur le portail intranet du CHU ;

- les travaux du groupe relatifs au développement de politiques de prévention des addictions auprès des personnels reprennent fin 2012 et vont se poursuivre en 2013. Les axes classiques (campagne d'information, rencontres avec les équipes) sont envisagés. Le groupe exprime par ailleurs la volonté de développer des axes plus innovants, notamment en liant des contacts avec d'autres organismes professionnels engagés dans la même démarche. Un premier bilan de l'action entreprise est programmé courant 2013 devant le CHSCT.

➔ Un premier constat s'impose : celui de la nécessité de cette action. Cette conviction jamais remise en question a permis d'initier la levée d'un tabou relatif à des pratiques culturelles pourtant fortement ancrées. La réflexion a également autorisé la mise en évidence d'une mutation déjà bien engagée des conduites addictives, l'alcool n'étant bien souvent que la partie visible d'un problème aux formes de plus en plus diverses. La réunion d'un groupe à la composition très diversifiée, et notamment la participation active des partenaires sociaux et du corps médical, a incontestablement été un des facteurs de richesse et de réussite de cette entreprise. Cette démarche est sans aucun doute intervenue dans un calendrier favorable puisqu'elle s'articulait avec plusieurs axes forts du projet social et du projet managérial, qualité et gestion des risques du CHU. La mise en place d'une politique active d'accompagnement des cadres, et notamment l'appui à la prise en charge des addictions en milieu professionnel, a trouvé un écho et un relais très positifs auprès des cadres. ■

Remerciements

Que tous les membres du groupe soient remerciés de leur implication et de leur action avec une mention plus particulière pour le Dr HÉLÈNE FOSSOUX, partie en retraite au terme d'une longue carrière de médecin du travail avant l'achèvement de ces travaux, mais acteur moteur très engagé dans la prise en charge des addictions au CHU de Bordeaux.

	Entité d'application : CHU de Bordeaux Émetteur : servie de médecine du travail et de pathologies professionnelles	PR-RIS-001
	Procédure	Ind. : 01 Page : 6/6

Gestion des troubles du comportement (dont ceux liés à l'alcool et autres toxiques)

6.3 Logigramme

Acteurs concernés
Professionnels du service

Cadre de santé

Pour les services non médicaux :
responsable du pouvoir d'organisation
Hospitalisation : cadre de garde ou directeur de garde
Pour le personnel médical : médecin senior ou d'astreinte ou de garde

Médecin du travail

ou à défaut en son absence :
un urgentiste, ou un médecin senior du service, ou l'interne de garde

Cadre de santé

Pour les services non médicaux :
responsable du pouvoir d'organisation
Hospitalisation : cadre de garde ou directeur de garde
Pour le personnel médical : médecin senior ou d'astreinte ou de garde

Médecin du travail

ou à défaut en son absence : un urgentiste, ou un médecin senior du service, ou l'interne de garde

