

# ÉTUDES

318

## I L'état du droit au regard d'un objectif novateur : prévenir, au travail, les conduites addictives

par Christian Lenoir  
Inspecteur général honoraire des affaires sociales

*Un paradoxe caractérise la problématique des addictions et du travail : bien que très répandues dans le monde du travail et avec d'importantes conséquences, les pratiques addictives y sont souvent une question niée parce que sensible, voire taboue.*

*Dans le contexte novateur du 3<sup>o</sup> plan de santé au travail dont l'objectif stratégique est de faire du travail un facteur de santé, la présente étude effectue une analyse critique de l'état du droit, examiné dans ses catégories et segmentations. Elle montre comment l'approche dominante, d'ordre individuel, freine l'essor d'une prévention effective des addictions en milieu professionnel. Elle esquisse une stratégie juridique de prévention plus globale et collective, dans une approche qui serait gagnante tant pour la santé publique que l'efficacité économique.*

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la communauté scientifique convergent : l'addiction est *une maladie*, une pathologie.

Elle se manifeste par l'impossibilité pour un individu de maîtriser ou arrêter, malgré sa connaissance des conséquences négatives, une pratique apportant du plaisir ou neutralisant une sensation de mal-être. L'objet de l'addiction devient une « béquille » dont la personne ne peut plus se passer et qui envahit son quotidien. L'addiction, répète le Dr Olivenstein <sup>1</sup>, est « une maladie complexe du cerveau et des émotions ».

Avec l'évolution des modes de vie, les pratiques individuelles addictives ont pénétré tous secteurs et milieux professionnels <sup>2</sup>. Ces pratiques regroupent l'ensemble des usages de substances psycho-actives (SPA) <sup>3</sup>, certaines licites et d'autres illicites : usage simple (sans conséquences immédiates), usage nocif (consommation répétée avec conséquences mais pas de dépendance) et la dépendance : addiction, évolution ultime d'une pra-

tique addictive. Selon leur niveau de consommation, toutes les SPA modifient l'activité mentale. Elles incluent les médicaments prescrits pour traiter des pathologies psychiatriques, des troubles de la personnalité, des troubles du sommeil, de la douleur..., parfois détournés de cet usage thérapeutique (automédication fréquente). Se répandent aussi d'autres dépendances (addictions sans substance), purement comportementales : *workaholisme* <sup>4</sup>, techno-dépendances <sup>5</sup>.

Avérée <sup>6</sup>, la relation entre conduite addictive et entreprises est marquée par des paradoxes.

- Les consommations comparées des demandeurs d'emploi et des actifs occupés montrent qu'exercer une activité professionnelle est plutôt protecteur <sup>7</sup>.
- Pour autant, le travail est très concerné : outre la diffusion par *importation* dans tous les milieux professionnels, des liens endogènes existent entre conduites addictives et travail : soit *par acquisition* (sollicitations et facilitations dans le milieu de travail :

(1) Le 22 octobre 2015 lors des Assises nationales de la prévention des conduites addictives en milieux professionnels.

(2) Les pratiques varient selon les milieux et statuts professionnels : v. tableau et documentation <http://www.inrs.fr/risques/addictions/exposition-risque.html>. V. aussi F. Beck et al., « Liens entre substances psychoactives et milieu professionnel », Le Courrier des addictions, janv -mars 2016.

(3) SPA : substances modifiant le fonctionnement psychique : alcool, amphétamines et produits dérivés, caféine, cannabis, hallucinogènes, nicotine (tabac), opiacés, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, solvants volatils, etc.

(4) Incapacité à se détacher du travail : attitude compulsive

(5) L'usage de téléphonie et internet mobiles au volant, la dépendance aux jeux, etc.

(6) Le site internet du ministère du travail mentionne les postes les plus touchés par les addictions.

(7) Synthèse de la revue de littérature sur les addictions en milieu professionnel, note 2015-05 de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

alcool ou autres substances lors de pauses, « pots », repas d'affaires...), soit *par adaptation* de type « dopage au quotidien ». Certaines conditions de travail peuvent favoriser les consommations de SPA, dans le but recherché de diminuer le stress, résister à la souffrance induite par une activité contraignante et/ou augmenter la capacité de travail.

- Dans leur diversité, toutes les conduites addictives altèrent le comportement au travail et/ou la vigilance professionnelle requise. Elles peuvent générer accidents, absences, conflits interpersonnels, dysfonctionnements, erreurs de jugement, perte de compétences, voire exclusion de l'emploi, mais *a contrario* faciliter, à court terme, l'adaptation aux exigences du travail.
- Le sujet des conduites addictives est tabou<sup>8</sup> alors qu'agir pour en prévenir la survenance au travail présenterait beaucoup d'intérêts pour la santé des personnes et les enjeux économiques<sup>9</sup>. Le thème de la performance et du dépassement de soi importé du registre sportif s'est banalisé dans les milieux professionnels, mais le tabou s'oppose à reconnaître le fait que ces consommations constituent, pour certains salariés, une ressource aidant à travailler et atteindre les objectifs, comme dans le phénomène du dopage très discuté dans le domaine sportif. Ce tabou se traduit par une réticence générale à se saisir du sujet pour l'analyser dans sa complexité<sup>10</sup>. Dans les entreprises, direction des relations humaines (DRH) et comité d'hygiène, sécurité et des conditions de travail (CHSCT) abordent ce sujet à la marge, le cantonnent au domaine médical.

Par leur ampleur, les conduites addictives sont un enjeu de santé publique notamment pour les jeunes. Le constat a officiellement été posé d'un « problème récurrent et transversal dont il conviendrait de prendre la réelle mesure afin d'y apporter une réponse adaptée à l'ampleur des effets des conduites addictives<sup>11</sup> ». Absence d'évaluation complète, flou des catégories statistiques, faible outillage méthodologique pour agir : ce tabou reflète des facteurs culturels. Cependant le débat sur l'usage des SPA au travail évolue d'une part avec des problématiques de santé publique (augmentation des usages, nouveaux modes de consommation, accès aux soins), l'apport d'analyses de sciences humaines sur les interactions des évolutions du travail et leurs impacts sur la santé, ainsi que le lien avec la sécurité de l'entreprise et celle des tiers.

Dans ce contexte, les partenaires sociaux nationaux se sont prononcés en 2014 dans le cadre du COCT pour un changement de paradigme : opérant une rupture majeure, l'objectif collectif retenu est *d'agir pour que le travail devienne un facteur de santé*<sup>12</sup>. Il s'ensuit que le troisième Plan santé au travail pour 2016-2020 (PST3) promeut une approche positive, même stratégique, du travail.

L'essor d'une culture de prévention des problèmes à leur source (pas seulement de leurs effets) devient un enjeu de majeur, facteur à la fois de santé des personnes, de prévention de risques professionnels classiques<sup>13</sup> ou liés à certaines modalités du travail (troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux et *burn-out*), et aussi d'engagement professionnel donc d'efficacité économique. Il s'agit d'optimiser le rôle protecteur du travail (sous conditions) pour que les relations de travail deviennent un levier de prévention collective y compris de risques multifactoriels (facteurs personnels *et* professionnels). Avec le PST3 la problématique s'ouvre à la prévention des pratiques addictives.

Mettre en œuvre cette nouvelle orientation oblige à progresser méthodologiquement, à changer perceptions et représentations – peut-être aussi à faire sauter des verrous ? Dans cette éventualité au plan juridique, la présente étude effectue une analyse critique de l'état du droit, examiné dans ses catégories et segmentations. Elle montre comment l'approche individuelle freine l'essor d'une prévention collective des addictions en milieux professionnels (I). Par une approche gagnante pour tous, un chemin est esquissé pour une stratégie juridique équilibrée de prévention globale et collective (II).

## I. - Entre enjeux de sécurité et respect de la vie privée, l'approche juridique dominante des conduites addictives favorise un traitement réactionnel et individuel

Le principe général est que la consommation de substances relève de la sphère privée, bénéficiant à ce titre de la protection de l'article 9 du Code civil « Chacun a droit au respect de sa vie privée ». Par exception et au nom de l'intérêt général, le législateur a imposé des règles par étapes dans une logique de prohibition pour les drogues illicites ou de limitation dans l'espace public de l'usage de subs-

(8) F. Vercamer, député, avis au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2014, t. VI, 10 oct. 2013. JOAN 1432. « Sortir de l'irresponsabilité collective entourant aujourd'hui le problème des addictions pendant le travail, tel est l'objectif du présent avis. Après avoir mené de nombreuses auditions, votre rapporteur pour avis ne peut, en effet, que constater que celui-ci demeure encore un tabou dans les entreprises ».

(9) En 2015, un sondage diligenté par la MILDECA montre que 85 % des responsables du personnel sont préoccupés par la consommation de SPA de leurs employés

(10) En 2011, le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) avait élaboré un projet d'avis « Prévention au travail et toxicomanie » qui n'a pu aboutir faute de consensus. De même, les explications de vote dans l'avis rendu en 2015 par le CESE (v. *infra*) mentionnent que « Les débats suscités par cet avis ont été les plus houleux que la section ait eu à connaître ».

(11) F. Vercamer, préc.

(12) En cohérence avec la Convention 187 de l'OIT sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006. « Où le gouvernement, les employeurs et les travailleurs s'emploient activement à assurer un milieu de travail sûr et salubre au moyen d'un système de droits, de responsabilités et d'obligations définis et où le principe de prévention se voit accorder la plus haute priorité. »

(13) L'alcool serait à l'origine de 10 à 20 % des accidents du travail et de 45 % de ceux entraînant un décès.

tances licites (alcool, tabac). Les sanctions reposent sur des procédures avec expertise médicale à titre de preuve.

S'agissant de la sphère des relations de travail, se superposent ces règles de portée générale et la régulation par l'employeur. Pour équilibrer et limiter les tensions avec les libertés individuelles du personnel, le consensus social s'accorde pour un traitement en mode individuel, médical et/ou disciplinaire.

### **A. - Quelques textes de portée générale réglementent les conduites addictives pour sécuriser la société vis-à-vis de risques induits**

Lacunaire et inégale, la législation générale relative aux SPA pose des interdictions pour garantir la sécurité ou la santé des tiers (usagers, clients...). Elles s'imposent à quiconque, y compris au salarié.

S'agissant des SPA *illicites*, le Code pénal (art. 222-37) interdit la détention (transport, offre, cession, acquisition ou usage) de stupéfiants. En outre, le Code de la route (art. L. 235-1) interdit de conduire un véhicule<sup>14</sup> ou d'accompagner un élève conducteur ayant fait usage de stupéfiants : l'objectif est ici de préserver la sécurité des usagers de la route.

S'agissant du *tabac*, le Code de la santé publique (art. L. 3511-7 et R. 3511-1) interdit de fumer dans tout lieu fermé et couvert affecté à un usage collectif pour protéger les tiers du tabagisme passif. Cette interdiction, élargie au vapotage<sup>15</sup>, s'impose dans les entreprises à charge de l'employeur.

S'agissant de l'*alcool*, le Code de la route (art. R. 234-1) interdit de conduire un véhicule sous imprégnation alcoolique<sup>16</sup>. Il s'agit de sécurité routière.

Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE)<sup>17</sup> observe que « La notion de responsabilité vis-à-vis d'autrui et d'obligation de ne pas lui nuire [...] a incontestablement progressé dans l'opinion publique au cours de la période récente. Sur un plan plus concret, elle a été largement utilisée ces dernières années dans les campagnes publiques de prévention sur les dangers de l'alcool ou de produits illicites au volant ou sur les conséquences du tabagisme passif. Cette évolution des esprits explique sûrement pour une large part l'acceptation par la société de la mise en œuvre par les pouvoirs publics de disposi-

tions contraignantes qui auraient sans doute été jugées, il y a un demi-siècle encore, comme gravement attentatoires aux libertés individuelles ».

Par rapport au tabac, la réglementation opère une différence de traitement favorisant une tolérance de l'alcool au travail.

Aux côtés du tabac, l'alcool est une des SPA les plus consommées en France<sup>18</sup> mais bénéficie d'une différence révélatrice de résistances. Le législateur, via le Code de santé publique, interdit de fumer ou vapoter en tous lieux collectifs même en entreprise<sup>19</sup>, mais via le Code du travail il délègue depuis toujours la régulation de l'alcool à l'employeur. La subtile révision réglementaire de 2014<sup>20</sup> marque une inflexion, sans mettre fin à l'hétérogénéité de traitement entre alcool et tabac (v. *infra*).

À défaut de définir une politique publique globale intégrée de lutte contre les consommations nocives d'alcool, le choix rédactionnel nuancé traduit un héritage socioculturel et des enjeux économiques à rebours du diagnostic du CCNE : « Au regard de la question de leur usage en milieu professionnel, les risques restent de l'avis général très majoritairement liés à la consommation d'alcool. Une attention particulière doit être portée à la consommation conjointe d'alcool et de médicaments psychotropes ». Ce choix induit une tolérance vis-à-vis de l'alcool n'ayant plus cours pour le tabac<sup>21</sup>.

### **B. - Au travail, les addictions sont appréhendées selon une logique fondée sur le pouvoir de direction de l'employeur et son obligation de sécurité**

Un schéma juridique spécifique fondé sur le pouvoir de direction de l'employeur régit les comportements au travail, puisque le personnel, selon le critère distinctif du contrat de travail, lui est *subordonné juridiquement*. La responsabilité (civile et pénale) d'employeur procède des Codes de la sécurité sociale (faute inexcusable) et du travail dont l'article L. 4121-1 lui enjoint de prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs », ce qui inclut les addictions. La jurisprudence a qualifié strictement cette obligation<sup>22</sup>, la Cour de cassation ayant jugé qu'« en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat »<sup>23</sup>.

(14) Réglementations spécifiques pour transports aériens, ferroviaires.

(15) CSP, art. L. 3511-7-1, créée par l'art. 28, L. n° 2016-41, 26 janv. 2016.

(16) Alcoolémie égale ou supérieure à 0,2 g/litre pour transports en commun et 0,5 g pour les autres véhicules

(17) CCNE, avis n° 114, 19 mai 2011.

(18) V. « Baromètre santé » INPES/évolution de consommation quotidienne 2010/2015

(19) Or, contrairement à l'alcool et aux drogues, le tabac n'altère pas la vigilance professionnelle.

(20) Décr. n° 2014-754, 1<sup>er</sup> juill. 2014, modifiant l'art. R. 4228-20, C. trav., à la suite du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

(21) Avec 49 000 décès attribuables à l'alcool en 2009 la situation française de consommation nocive d'alcool est supérieure à la moyenne européenne, avec des coûts sociaux proches de ceux du tabagisme.

(22) L'état d'ébriété du salarié n'exonère pas l'employeur de sa responsabilité, v. Soc. 31 oct. 2002, n° 00-18.359, D. 2003. 644, note Y. Saint-Jours ; *ibid.* 382, obs. F. Signoretto ; Dr. soc. 2003. 145, obs. P. Chaumette ; RDSS 2003. 69, obs. P.-Y. Verkindt.

(23) Soc. 28 févr. 2002, n° 00-10.051, Dr. soc. 2002. 445, point de vue A. Lyon-Caen ; *ibid.* 828, étude M. Babin et N. Pichon ; RDSS 2002. 357, obs. P. Pédrot et G. Nicolas ; RTD civ. 2002. 310, obs. P. Jourdain ; et Cass., ass. plén., 24 juin 2005, n° 03-30.038, D. 2005. 2375, obs. A. Astaix, note Y. Saint-Jours ; Dr. soc. 2005. 1067, obs. X. Prétot ; RDSS 2005. 875, obs. P.-Y. Verkindt.

### 1. - Le règlement intérieur, en tension entre sécurité et libertés individuelles

Pour remplir cette obligation, l'employeur s'appuie sur la législation lorsqu'elle interdit ou limite la consommation de SPA et régule en édictant son règlement intérieur<sup>24</sup> dont les manquements sont constitutifs de faute (sanctions disciplinaires).

Droit des relations individuelles de travail et obligations de l'employeur pour l'utilisation des locaux de travail façonnent le régime juridique « hybride » du règlement intérieur. Son contenu ne peut aborder que les « points relatifs à l'application de la réglementation en matière de santé et de sécurité dans l'entreprise et à la discipline » (C. trav., art. L. 1321-1), tandis que « les restrictions apportées aux droits des personnes, aux libertés individuelles et collectives doivent être préalablement écrites et strictement limitées par la nature de la tâche à accomplir » (principe de justification et de proportionnalité).

Le règlement intérieur ne peut édicter des mesures d'interdiction totale ou partielle de l'alcool sur le lieu de travail que si les risques sur les postes de travail le justifient. Le Conseil d'État a censuré que « la consommation de boissons alcoolisées soit interdite dans l'entreprise, y compris dans les cafétérias, au moment des repas et pendant toute autre manifestation organisée en dehors des repas, au motif qu'un tel caractère général et absolu excède les sujétions que l'employeur peut légalement imposer »<sup>25</sup>. Cette position sanctuarisant la liberté individuelle d'agrémenter d'une boisson alcoolisée ses repas au travail persiste (C. trav., R. 4228-20, al. 1). La création de l'alinéa 2 accroît la capacité de l'employeur à encadrer, voire interdire par règlement intérieur les consommations d'alcool si la sécurité et la santé physique et mentale des salariés sont en jeu mais en nuancant : « ces mesures qui peuvent notamment prendre la forme d'une limitation, voire d'une interdiction de cette consommation, doivent être proportionnées au but recherché ».

Avec l'impératif d'équilibre entre sécurité et libertés, le règlement intérieur peut lister les postes de sûreté et de sécurité en précisant les modalités de dépistages éventuels de consommation de substances psycho actives, organiser les conditions de contrôle par ouverture des vestiaires ou d'autres systèmes de surveillance.

Un conflit de logique apparaît : afin de préserver les libertés, la réglementation ne vise que la consommation aux temps et lieux du travail, mais la prévention des conduites addictives nécessite un angle plus large. Ainsi les effets d'alcool ou autres SPA consommés dans un cadre privé et hors du temps de travail peuvent se prolonger pendant le temps de travail avec un impact sur la sécurité. En retour, même hors travail, les consumma-

tions peuvent être liées au travail (stress, surcharge de travail, problèmes de management...). Enfin, l'utilisation des technologies nomades de communication et certaines formes d'emploi (télétravail, management par projet...) brouille la distinction temps de travail/vie personnelle.

### 2. - Le dépistage par l'employeur fait débat quant à ses modalités et à ses finalités

Lorsque les dangers des conduites addictives sont identifiés, certains employeurs effectuent des tests de dépistage en invoquant leur obligation de sécurité de résultat. Les exigences d'une concurrence mondialisée obligent ceux présents sur les marchés internationaux à garantir l'absence totale de consommation de drogues (licites et illicites) chez les professionnels exerçant dans le domaine de la fabrication ou maintenance des matériels objets du contrat commercial. Le non-respect de cette clause peut entraîner la rupture du contrat.

S'agissant de l'alcool, le Code du travail (art. R. 4228-21) interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse. La technologie des éthylotests<sup>26</sup> permet en entreprise le contrôle d'alcoolémie sous conditions précisées par la jurisprudence : prévu au règlement intérieur, non systématique et justifié par la tâche à accomplir, contestation possible des résultats, état d'ébriété avec danger pour les personnes ou les biens.

En revanche, le contrôle de consommation de drogue requiert le prélèvement nécessairement par un médecin d'un échantillon biologique (salive, urine, sang, etc.) dont les résultats sont couverts par le secret médical. L'avis 114 (précité) du CCNE estime ce dépistage justifié pour des postes ou fonctions de sûreté et de sécurité.

Mais l'absence de définition dans le Code du travail génère un flou juridique auquel sont confrontés les employeurs. Pour y remédier, le député Vercamer a recommandé d'instaurer une obligation de lister ces postes au règlement intérieur, précisant que ce recensement s'effectue en concertation avec les partenaires sociaux et les services de santé au travail.

Dans un arrêt récent,<sup>27</sup> les juges ont censuré l'inscription au règlement intérieur de tests salivaires par le supérieur hiérarchique, en dehors d'un état d'ébriété. Car susceptibles de fonder une sanction disciplinaire sans respect du secret médical et une fiabilité insuffisante (faux résultats possibles) ces tests portent une atteinte disproportionnée aux droits des personnes et aux libertés quant au but recherché.

Au total, les limites du dépistage se concentrent sur trois points :

- **dissymétrie** : certains proposent de transposer à l'employeur la généralisation en cours, en sécurité routière, du deuxième test salivaire afin de confirmer

(24) ou par notes de service dans les petites entreprises.

(25) CE 12 nov. 2012, n° 349365, *Caterpillar*, Lebon ; AJDA 2013. 385 ; D. 2012. 2810 ; RDT 2013. 413, obs. N. Olszak.

(26) Les éthylotests ne sont pas des dispositifs médicaux de contrôle.

(27) CAA Marseille, 25 août 2015, n° 66-03-01, Sem. soc. Lamy 2015, n° 1710.

l'usage de stupéfiants, mais policiers (rôle dissuasif) et employeurs (obligation de prévention) ne sont pas juridiquement comparables;

- **sélectivité**: la notion d'addiction ne se limite pas aux les produits illégaux (cannabis, cocaïne ou toute autre « drogue » au sens commun) mais inclut des substances légales, voire délivrées sur ordonnance médicale, ayant des effets psychotropes altérant la vigilance professionnelle, ce que le dépistage ne couvre pas<sup>28</sup>;

- **finalité**: l'arrêt de Marseille questionne le dépistage sur la finalité poursuivie en cohérence avec le Conseil d'État: l'objet des éthylo-tests est « de prévenir ou de faire cesser immédiatement une situation dangereuse et non de permettre à l'employeur de faire constater par ce moyen une éventuelle faute disciplinaire<sup>29</sup> ».

L'utilisation de produits stupéfiants interroge l'articulation entre le respect de la vie privée du salarié et l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur<sup>30</sup>, articulation d'autant plus difficile si ce dernier agit dans une approche (morale) individuelle et disciplinaire plutôt que préventive et collective.

### 3. - Un primat des visites d'aptitude encore mal articulé avec une médecine du travail effectivement préventive

Les services de santé au travail (SST) ont pour « exclusive mission (C. trav., art. L. 4622-2) d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur activité professionnelle », ce qui depuis 2011 inclut « de conduire les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des salariés tout au long de leur parcours professionnel; de conseiller 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 [...] ».

Bien qu'une formulation générique soit souhaitable (toute conduite addictive) cette compétence est avérée. Souvent, les directions d'entreprise soumettent aux SST leurs difficultés. À cet égard, l'avis 114 précité du CCNE rendu en 2011 sur les enjeux éthiques du dépistage en milieu de travail est clair: « Un tel dépistage ne peut être

mis en œuvre que sous la seule responsabilité du service de santé au travail. [...] L'interprétation des données biologiques et cliniques, les recommandations de soins de suite sont du ressort exclusif du médecin du travail. Ces différentes procédures sont couvertes par le secret professionnel et le secret médical, et leur consignation dans le Dossier médical personnalisé, progressivement mis en place, est soumise à l'avis du patient ».

Mais à rebours, le législateur vient de réitérer aux médecins du travail son refus d'accès au dossier médical partagé<sup>31</sup>. Le positionnement du médecin du travail est en cause<sup>32</sup>, concrétisé par son *prononcé d'aptitude* qui, avec l'absence de libre choix pour le patient, altère la confiance requise.

En retour, ce cloisonnement juridique interroge sur l'information lacunaire du médecin du travail alors qu'il doit orchestrer orientation vers l'offre de soins et prévention notamment en matière d'addictions: d'autant plus que cette même loi dispose que le médecin du travail peut prescrire des substituts nicotiniques aux travailleurs, ce qui introduit une contradiction<sup>33</sup>.

*A contrario* de la formule de vérité de Boileau (« Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent aisément »), un constat s'impose: « Alors même que l'ensemble du système obligatoire de surveillance de l'état de santé des salariés au travail est fondé sur les notions d'aptitude et d'inaptitude, aucune définition de ces termes ne figure dans le Code du travail »<sup>34</sup>, ni dans la directive européenne de 1989.

Conscients des effets contre-productifs, les partenaires sociaux s'accordent « pour éviter tout risque de confusion entre médecine du travail et médecine de contrôle au titre d'une réglementation autre que celle du Code du travail »<sup>35</sup>. En ce sens le projet de loi Travail diminue la partie médecine de contrôle en limitant l'aptitude à certains postes alors que jusqu'à présent tous les postes étaient concernés.

Pour des motifs de sécurité ou des enjeux économiques, des conditions d'aptitude physique s'imposent à de nombreuses professions<sup>36</sup>, incluant la surveillance médicale de la consommation de substances psychoactives. Celle-ci s'effectue dans le cadre d'une médecine distincte d'aptitude ou de contrôle: en matière ferroviaire, le Conseil d'État a jugé que « le Code du travail a ainsi

(28) Seuls des tests de biologie médicale (urinaires et certains salivaires) permettent de dépister les consommations de médicaments psychotropes.

(29) CE 9 oct. 1987, n° 72220, Régie nationale des usines Renault, Lebon.

(30) V. I. Thominet-Thiébaud et S. Fantoni-Quinton, « L'employeur peut-il effectuer des tests de dépistage de drogues illicites ? », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 2016. 77, n° 44-50.

(31) La loi n° 2016-41 du 26 janv. 2016 n'est pas revenue sur cette interdiction existant déjà dans le code de santé publique en 2009: « Le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail » (CSP, art. L. 1111-18).

(32) En écartant les médecins du travail du champ d'application de l'art. L. 4124-2, CSP, le Conseil d'État conclut à l'absence de mission de service public lors de la délivrance d'un certificat d'inaptitude, CE 10 févr. 2016, n° 384299, Lebon.

(33) L. n° 2016-41, 26 janv. 2016, art. 134. Dans une logique médicale, il convient en effet de connaître précisément les antécédents du patient/salarié pour prescrire un traitement. Le dossier médical partagé, si l'accès était autorisé au médecin du travail, permettrait à l'ensemble des médecins d'articuler santé du salarié et santé au travail.

(34) Rapport du groupe de travail *Aptitude et médecine du travail*. IGAS, mai 2015.

(35) COCT-GPO, note 17 mars 2016.

(36) Personnels navigant technique aéronautique, fonctions de sécurité sur le réseau ferré, marins, habilitation de chauffeurs routiers, certains métiers de la fonction publique ou salariés des industries agroalimentaires, etc.

établi un régime d'incompatibilité entre les fonctions de médecine du travail et de médecine d'aptitude »<sup>37</sup>.

Mais l'activité des médecins du travail reste ciblée<sup>38</sup> sur la visite médicale individuelle avec prononcé d'aptitude. Or une politique de prévention primaire des conduites addictives implique un volet médical nécessitant confiance et transversalité d'approche. Elle renouvelle l'interrogation, ancienne et sensible, de l'avis d'aptitude médicale (tâche centrale, en part d'emploi du temps) quant à son apport à cette prévention primaire. Plutôt qu'examiner la capacité individuelle à tenir sans risque tel poste, la perspective attendue serait, conformément au principe général de prévention (C. trav., art. L. 4121-2, 4°), « d'adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production [...] ».

Au total, les conduites addictives sont appréhendées au travail par les concepts organisant la sécurité: subordination juridique du salarié, obligation de sécurité de résultat pesant sur l'employeur ayant pouvoir prescriptif via le règlement intérieur sanctionnant pour faute qui-conque s'en écarte.

Réactionnelle, cette approche individualisante trouve sa limite lorsqu'il s'agit de maladies multifactorielles, comme prévenir au travail les interactions avec les conduites addictives<sup>39</sup>.

## II. - Prévenir les conduites addictives par un processus transformant le travail en facteur de santé

La législation du travail comporte depuis 1991 une autre voie plus appropriée à l'essor de la prévention: mais 25 ans après, cette voie structurelle et collective reste trop peu usitée.

Transposant la Directive européenne 89/391, « l'introduction des principes généraux de prévention dans le Code du travail et la démarche de prévention qui en résulte, dont la phase d'évaluation des risques est la pierre angulaire, ont constitué un véritable changement de paradigme »<sup>40</sup>. Le Code définit le sens et la finalité de la prévention, précise les actions (à planifier et adapter aux circonstances) qu'elle doit comporter:

« 1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail;

2° Des actions d'information et de formation;

3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés »<sup>41</sup>.

L'article L. 4121-2 énonce neuf principes généraux de prévention sur le fondement desquels l'employeur doit prendre les mesures de prévention à sa charge. Il s'agit de « Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ». Au sommet de la pyramide normative que constitue la partie IV du Code du travail, ces principes généraux irriguent la philosophie de toute démarche de prévention. « Leur articulation est la clef de leur efficacité car ils doivent être appréhendés dans leur globalité. S'ils étaient parfaitement assimilés et systématiquement appliqués, on pourrait prétendre tout régir par eux seuls, sans qu'il soit utile d'en expliciter davantage le contenu dans des textes particuliers »<sup>42</sup>.

En déclinant ces principes généraux, une politique transversale de prévention de toutes conduites addictives sur les lieux de travail devient possible, en s'attachant à *leurs effets sur la vigilance professionnelle requise*.

Cela oblige à articuler plusieurs approches, sans se restreindre à la dimension individuelle ni se focaliser sur l'usage de drogues illicites avec traitement disciplinaire des comportements. Plutôt que d'endiguer les effets des addictions, la prévention, dans sa dimension primaire, nécessite d'articuler anticipation et actions pour « Combattre les risques à la source »<sup>43</sup>. Cette prévention requiert une dimension collective et pluridisciplinaire combinant obligations spécifiques de l'employeur, rôle et autonomie de la personne quant à sa propre santé, accompagnement médical<sup>44</sup>.

Les travaux précités du conseil économique, social et environnemental (CESE) en 2015 sur les addictions ont permis débats collectifs et prise de recul. L'avis conclut à la nécessité « de renouveler et de renforcer la démarche des messages de prévention [...] sur les lieux de travail [...]; il est nécessaire d'intervenir précocement au moment même où l'individu bascule par usage excessif vers l'addiction et d'assurer une prise en charge rapide »<sup>45</sup>. Prévenir les dépendances en considérant toutes les catégories professionnelles appelle de nouvelles approches. La dynamique de mise en œuvre du PST3 avec son orientation stratégique d'acculturation de la prévention en fournit l'opportunité.

Dans les entreprises la nature même des questions a commencé à changer tant une politique de prévention sur le versant « santé » des conditions de travail ne peut devenir effective qu'avec l'implication des acteurs socio-économiques, employeurs et salariés. Malgré les

(37) CE 7 juin 2006, n° 279632, Lebon.

(38) Surtout dans les services interentreprises où la visite individuelle demeure unité de mesure.

(39) Il en va de même pour les maladies chroniques évolutives.

(40) H. Lanouzière, in Dossier 25 ans après la DG cadre de 1989, Sem. soc. Lamy, déc. 2014.

(41) C. trav., L. 4121-1.

(42) H. Lanouzière, préc.

(43) L'art. L. 4121-2, 3°, définit la prévention primaire.

(44) Cela ressort clairement de l'avis CCNE 114.

(45) Extrait de l'avis du CESE sur les addictions, juin 2015.

barrières techniques, l'apport des spécialistes (scientifiques, médicaux, experts) n'y suffit pas. S'agissant des conduites addictives, l'avis du CESE atteste que le regard change: expliquant son vote favorable, le groupe Entreprises a déclaré qu'« acteur parmi les autres acteurs, l'entreprise doit jouer son rôle au sein de la société mais on ne saurait tout attendre d'elle. Pourtant nous voyons bien, notamment au travers du Plan santé au travail que *les entreprises sont placées au cœur de leur détection* »<sup>46</sup>.

Le propos est ici, au plan juridique, d'indiquer une voie pour cet enjeu de *repérage précoce* en l'articulant avec l'objectif du PST3 de favoriser la culture de prévention. Appropriée à la situation de propagation des conduites addictives, cette ambition oblige à revisiter certains schémas, remettre à plat les rôles respectifs en complémentarité, rééquilibrer les responsabilités.

#### **A. - Le repérage des comportements inadaptés nécessite de prendre en compte la réalité fine du travail amorçant ainsi un processus proactif d'évaluation des risques**

Le changement d'approche via les principes généraux de prévention reste peu assimilé: le formalisme procédural du document unique d'évaluation des risques (DUER)<sup>47</sup> est dominant.

Les conduites addictives sont rarement intégrées dans l'analyse des risques d'une activité. Pourtant, « à partir du document unique, l'employeur peut déployer une politique de prévention active des risques professionnels dans l'entreprise, en associant l'ensemble des acteurs concernés »<sup>48</sup>. Il s'agit de prévenir tant les risques pour le milieu de travail liés aux conduites addictives que ceux générés et entretenus par le milieu de travail.

Les mesures conservatoires limitant « à chaud » les conséquences d'addictions en situation de travail (sécurité d'un service ou d'une zone) constituent le niveau tertiaire de la prévention (réactionnelle). Mais avec l'objectif d'assurer sécurité et santé physique et mentale de son personnel, l'employeur est tenu d'agir plus en amont, aux plans « technique, humain et organisationnel »<sup>49</sup>. En phase avec ce référentiel, l'orientation méthodologique issue des Assises nationales de 2015 se résume ainsi:

- Pour prévenir les conduites addictives, sans qu'il soit besoin de tout connaître sur leurs causes, la priorité est d'*agir à la réduction des risques* en partant des situations de travail: prévention primaire, incluant les facteurs organisationnels (et relationnels) en adaptant le travail à l'homme (plutôt que risquer l'inverse *via* une addiction d'adaptation...).

Vecteur clé pour la santé en général<sup>50</sup>, l'implication de la direction et du management l'est spécialement pour la prévention au travail des conduites addictives (CA). Les cadres, ingénieurs et techniciens investis de responsabilités d'encadrement sont à double titre concernés: les contraintes de leurs fonctions peuvent les exposer à recourir à des substances en soutien tandis que leurs propres pratiques managériales peuvent induire d'autres CA chez leurs subordonnés.

- Actant que les conduites addictives résultent de facteurs multiples, il s'agit en continu de *repérer les comportements inadaptés* aux exigences opérationnelles du travail (prévention secondaire à visée corrective). Le levier d'effectivité de cette prévention consiste à créer les conditions d'une *vigilance partagée* au sein des équipes de travail où « signaler » le comportement d'un collègue n'aboutit plus à le « dénoncer » sur le plan disciplinaire mais à permettre qu'une assistance lui soit apportée.

Ainsi, *confiance et bienveillance constituent un préalable à une politique préventive* avec modalités d'accompagnement, fondée sur un repérage précoce des symptômes (comportements inadaptés) et sur une évolution des pratiques managériales hors du seul prisme prescriptif et disciplinaire.

#### **B. - La prévention des CA nécessite de sortir du schéma univoque de responsabilité**

Pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, le Code du travail revivifié par la directive de 1989 prescrit à l'employeur que, parmi les actions concourant à la prévention, doivent figurer des « actions d'information et de formation » (en seconde position dans l'article L. 4121-1).

Ce Code prescrit aussi des obligations aux travailleurs (art. L. 4122-1): « Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail ».

Certes l'alinéa final de l'article stipule que « Les dispositions du premier alinéa sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur ». Il reste que les actions d'informations et de formation à charge de l'employeur interviennent, évidemment, dans une logique structurante d'autonomisation: afin que chacun

(46) Annexé à l'avis CESE.

(47) Il s'agit de changer l'approche du document unique d'évaluation des risques d'un document de mise en conformité réglementaire (C. trav., art. R. 4121-1) souvent préparé par l'expert-comptable, au profit d'un document traduisant un processus piloté de prévention.

(48) F. Vercaemer, préc.

(49) C. trav., art. L. 4121-1.

(50) Rapport Lachmann, Larose et Pénicaud, *Bien-être et efficacité au travail. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, Doc. fr., févr. 2010. V. en part. la proposition n° 2 « La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas ».

de ses salariés, ainsi éclairé et documenté, sache prendre soin de lui-même.

S'agissant d'une maladie complexe avec (entre autres) des composantes personnelles, débordant l'espace et le temps du travail (de plus en plus poreux), les addictions interrogent sur les limites du schéma classique, issu de la loi de 1898 sur la responsabilité exclusive de l'employeur en matière d'accident appliquée à tous les risques au travail. La santé étant une affaire personnelle, comment la santé au travail pourrait-elle reposer sur la seule responsabilité de l'employeur et advenir sans l'implication de l'intéressé ? À l'inverse, de nouveaux comportements acquis au travail peuvent amorcer la maîtrise de sa santé au niveau privé. Il importe donc de développer l'expression collective sur le contenu et les modalités du travail au regard de la santé et d'avancer par un dialogue social responsable vers la prévention globale par la qualité du travail et un mieux-être durable (v. *infra*).

Pour ce qui concerne les risques multifactoriels, dont les conduites addictives, ne convient-il pas de rompre la mécanique « obligation de sécurité de résultat de l'employeur/recherche en retour de comportements individuels fautifs », tant elle ruine la confiance entre acteurs pour « agir ensemble » ?

Ainsi, pour prévenir les dérives addictives aux technologies nomades de communication, le rapport Mettling<sup>51</sup> souligne qu'interrompre une connexion est une coresponsabilité du salarié et de l'employeur. Ce qui suppose la définition d'un cadre collectivement concerté et de faire évoluer la pratique managériale sur ce point, tout en rappelant que le devoir de déconnexion implique de responsabiliser davantage les salariés... Il suppose aussi d'affirmer la capacité de chacun à choisir son moment de déconnexion selon ses contraintes personnelles et familiales. Savoir se déconnecter au domicile est une compétence à valoriser, nouvel acquis soutenu au niveau de l'entreprise par des contextes collectifs favorables.

Les liens collectifs et obligations inhérentes au travail constituent un cadre structurant (horaires, objectifs, rythme et échéances, discipline, relations avec les collègues, fournisseurs, clients...). Ce cadre est un levier puissant pouvant aider la personne à dépasser ses limites individuelles, y compris pour se départir d'addictions avec substances, en combinant structuration d'une aide et responsabilisation quant aux conséquences de ses conduites addictives.

Pour prévenir les risques multifactoriels, une voie consisterait à raisonner par effectivité en réalignant l'obligation de l'employeur sur la mise en œuvre des principes généraux de prévention. Puisque prévenir les conduites addictives requiert une approche transversale

et pluridisciplinaire combinant information, rôle et autonomie de la personne quant à sa propre santé, l'obligation de l'employeur gagnerait à s'analyser en termes de moyens, en justifiant<sup>52</sup> avoir impulsé un réel processus d'évaluation des risques repérant les facteurs organisationnels favorisant des conduites addictives et déployé un plan d'action approprié.

### C. - Outiller les SST pour l'analyse clinique des relations entre CA et travail, et pour la production structurée de connaissances pratiques

« La médecine du travail traite de tous les aspects de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail, l'accent étant mis en particulier sur la prévention primaire des risques »<sup>53</sup> en prenant en compte l'ensemble de déterminants qui conditionnent la santé : le style de vie de la personne et son réseau de relationnel, ses conditions socio-économiques, culturelles et environnementales dont le milieu et les conditions de travail. Considérer tous ces domaines est nécessaire pour la prévention de conduites addictives.

S'agissant des conditions du travail, la réforme de 2011 vise à renforcer la conduite « d'actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ». Cela inclut de consacrer des moyens suffisants aux actions pour le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle des personnes dont l'état de santé restreint (temporairement ou durablement) la capacité professionnelle : il s'agit d'une occurrence fréquente des conduites addictives.

Avec l'expansion des conduites addictives, se multiplient les sollicitations auprès des médecins du travail et leurs équipes. Par leur ampleur et leur complexité, ces sollicitations révèlent que ces derniers auraient bien besoin d'être outillés autrement qu'ils le sont pour jouer pleinement leur rôle. La complexité des conduites addictives accentue l'importance de s'accorder sur les bonnes pratiques médicales de référence, les boucles de rétroactions médecin du travail/offre de soin, dont le fonctionnement gagnerait à être optimisé.

Le PST3 entend remédier à ce type de difficultés structurelles de coordination : cet aboutissement facilitera l'action multidirectionnelle pour prévenir les conduites addictives. L'une concerne l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques validées par la Haute Autorité de santé (HAS) à destination des médecins afin de renforcer la prévention du *burn-out*<sup>54</sup>. L'autre vise à développer le lien entre professionnels de santé pour la prise en charge des travailleurs en risque de désinsertion professionnelle et susceptibles d'être

(51) B. Mettling, *Transformation numérique et vie au travail*, Doc. fr., sept. 2015.

(52) La chambre sociale de la Cour de cassation amorce cette inflexion en approuvant la cour d'appel qui, à partir de la justification des actions conduites, « a pu déduire l'absence de manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat », Soc. 25 nov. 2015, n° 14-24.444, D. 2015. 2507 ; *ibid.* 2016. 144, chron. P. Flores, S. Mariette, E. Wurtz et N. Sabotier ; *ibid.* 807, obs. P. Lokiec et J. Porta.

(53) Définition OMS.

(54) Action 1.20.



exposés en interaction à des risques professionnels et extraprofessionnels<sup>55</sup>.

L'écart constaté (v. *supra*) entre l'avis 114 du CCNE et le choix du législateur écartant l'accès du médecin du travail au dossier médical partagé montre un besoin de clarification déontologique et juridique s'agissant de la coordination médicale pour la prise en charge et la prévention des conduites addictives repérées en situation professionnelle. Cette prévention pose notamment la question de faire évoluer la clinique des médecins du travail dans le sens de l'analyse de l'usage de substances psycho actives (quelle qu'en soit l'origine) et de ses liens avec le travail. La production de connaissances pratiques repose sur les médecins du travail mais reste à structurer<sup>56</sup>. Il serait pertinent de s'accorder pour une recommandation HAS de bonnes pratiques et la coordination entre médecins.

#### **D. - La prévention des conduites addictives implique de progresser dans l'expression collective sur le travail et d'approfondir le dialogue social sur le travail**

Signe de la persistance du tabou sur les addictions, les partenaires sociaux nationaux ont jusqu'à présent évité de se saisir du sujet: ni l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2008 sur le stress au travail, ni celui de 2013 sur la qualité de vie au travail (QVT) ne fait mention des pratiques addictives qui se répandent en entreprise. Ce n'est que dans certains secteurs professionnels qu'émergent quelques négociations.

Cette carence française mérite d'être soulignée, par différence avec la Belgique où les partenaires sociaux ont signé en avril 2009 une convention collective « concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise »<sup>57</sup>. Elle énonce des principes pour guider les entreprises dans leur politique préventive. La personne concernée ne peut être « interpellée que sur la base de ses prestations de travail et de ses relations de travail (en l'espèce, son dysfonctionnement<sup>58</sup>); une politique efficace en matière d'alcool et de drogues s'applique à tous, du haut au bas de la hiérarchie ». La CCT 100 rappelle que « la politique préventive en matière d'alcool et de drogues fait partie intégrante de la politique du bien-être qui doit être mise en œuvre dans l'entreprise ». Elle organise dans le respect de la vie privée des procédures de tests respiratoires ou psychomoteurs que seul un médecin peut pratiquer.

En dépit des enjeux de santé, sociaux et économiques, les blocages sur les conduites addictives en milieu de travail proviennent tant des employeurs que des syndicats. Les impulsions pour une politique de pré-

vention que les partenaires sociaux pourraient porter par la négociation ne manquent pas:

Dans son avis précité, le député Vercamer a intégré une typologie de facteurs professionnels déterminant les conduites de consommation de substances psychoactives: autant de pistes à saisir pour structurer l'action préventive.

S'agissant des addictions sans substances, la question du droit à la déconnexion appelle un encadrement à concevoir

Dans l'avis 114 sur le dépistage, le CCNE privilégie la négociation collective pour respecter l'éthique du partage entre vie privée et vie au travail s'agissant du recensement détaillé des postes et fonctions de sûreté et de sécurité. « Cette négociation passe par une concertation approfondie entre les acteurs de l'entreprise, représentants du management, représentants des salariés, service de santé au travail, pour valider ces compléments au règlement intérieur qui devront être inscrits dans le contrat de travail ».

Au titre de la dimension secondaire et tertiaire de la prévention en lien avec l'organisation des repérages précoces des comportements inadaptés, les partenaires sociaux pourraient concourir au déploiement régional du PST3 en structurant des offres locales d'accompagnement voire de soins personnalisés (via complémentaires de santé).

Plutôt que parer les conséquences des maladies que sont les conduites addictives, une prévention primaire reste à déployer en facilitant l'expression collective sur le travail, pour avancer vers la prévention globale via la qualité du travail, en écho à l'esprit pionnier de l'organisation internationale du travail (OIT)<sup>59</sup> et s'inscrivant dans la dynamique, impulsée par l'ANI, QVT pour un mieux-être durable. Cette prévention participerait de la responsabilité sociale et environnementale (RSE) des entreprises impliquées.

En conclusion, deux grands constats se dégagent de la présente étude, ouvrant finalement une latitude réelle aux acteurs de la prévention.

En premier, l'état du droit présente certes des cloisonnements freinant le nécessaire élargissement d'approche mais pas d'obstacles au déploiement d'une stratégie de prévention au travail des conduites addictives. Le second constat concerne le déséquilibre dommageable entre les deux logiques qui traversent les textes: la faible appropriation de la voie collective d'évaluation des risques fait que l'approche individuelle continue souvent de prévaloir dans les entreprises, de sorte que les conduites addictives y sont appréhendées moralement, comme comportements fautifs passibles de sanctions.

(55) Action 3.8.

(56) Par-delà les recommandations pour la pratique clinique élaborées en 2013 par la Société française d'alcoologie et la Société française de médecine du travail.

(57) Belgique, Convention collective de travail n° 100

(58) Ce terme converge avec le critère précité du comportement inadapté aux exigences professionnelles.

(59) La Déclaration de Philadelphie (1944) énonce les principes fondant l'Organisation internationale du travail: a) Le travail n'est pas une marchandise.

La progression de la prévention relève donc essentiellement des pratiques et par conséquent des *stratégies de mise en œuvre effective du droit*.

Outre la production de richesses et de services, chacun sait que le travail<sup>60</sup> permet de se réaliser, de consolider et d'assimiler compétences et savoir-être, de développer intégration et lien social, etc. La voie qui s'ouvre consiste à investir la qualité du travail et en faire le vecteur de préservation de la santé: investissement vertueux pour tous avec un retour économique favorable pour l'entreprise, par les progrès induits d'engagement professionnel et d'efficacité des organisations.

Face à la déferlante des conduites addictives et faute de toute autre approche d'envergure (le système de

santé est structuré par les soins, non par la prévention), un choix stratégique est aux mains des partenaires sociaux dans les entreprises, sur le plan territorial, au niveau des branches professionnelles ainsi que du secteur public: à partir des exigences relationnelles des situations de travail, développer une culture de prévention, intégrant le capital personnel de santé où les problèmes addictifs sont précocement identifiés et traités en termes de maladie dans un plan d'action avec orientation et soins. Dans ce but, tout en mobilisant les responsabilités individuelles quant aux conséquences des comportements au travail, il s'agit d'opérer un rééquilibrage au profit de l'approche collective d'analyse fine des situations de travail.

(60) Les capacités structurantes du travail opèrent indépendamment du statut de l'emploi.