

Engagement des entreprises pour la prévention des conduites addictives (alcool, tabac et stupéfiants)

Engagement des entreprises pour la prévention des conduites addictives (alcool, tabac et stupéfiants)

Animatrice

Odile UZAN – ADERSE
vice-présidente de la Plateforme RSE

Rapporteurs

Pierre PHILIPPE – Coop de France
Geoffroy de VIENNE – CFTC

Secrétariat permanent

Gilles BON-MAURY, secrétaire permanent

Solène ROISIN, chargée d'études

Mathilde DUCROZ, stagiaire

plateformerse@strategie.gouv.fr



SOMMAIRE

COMMUNIQUÉ.....	5
INTRODUCTION.....	7
Définition des termes.....	9
CHAPITRE 1 – CONSOMMATIONS ET PRATIQUES EN FRANCE.....	13
1. Contexte statistique et socioéconomique	13
1.1 <i>Les consommations addictives en France</i>	13
1.2 <i>L'alcool, le tabac et les drogues illicites dans l'économie française.....</i>	19
2. La lutte contre les addictions dans les outils de la RSE	23
2.1 <i>La norme ISO 26 000.....</i>	23
2.2 <i>Les objectifs de développement durable (ODD).....</i>	23
2.3 <i>La Global Reporting Initiative (GRI)</i>	24
2.4 <i>Les travaux de l'Organisation internationale du travail (OIT).....</i>	24
2.5 <i>Les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).....</i>	24
2.6 <i>Engagement actionnarial et investissement responsable</i>	25
CHAPITRE 2 – CONSOMMATIONS ET PRATIQUES EN MILIEU PROFESSIONNEL	27
1. Consommation et réglementation en milieu professionnel.....	27
1.1 <i>Consommation à risque dans le monde professionnel</i>	27
1.2 <i>La réglementation des consommations sur le lieu de travail en France</i>	33
2. L'entreprise, un lieu de sensibilisation, d'information et d'actions pour prévenir et réduire les consommations à risque des salariés	36
2.1 <i>Formation de la médecine du travail</i>	36
2.2 <i>Sensibilisation et information des managers et employeurs</i>	38
2.3 <i>Sensibilisation et information des salariés.....</i>	38
2.4 <i>Contrôle et dépistage.....</i>	39
2.5 <i>Des actions à mener dans les entreprises de toutes tailles.....</i>	40

CHAPITRE 3 – LE CAS DES ENTREPRISES PRODUISANT OU DISTRIBUANT DE L’ALCOOL OU DU TABAC	43
1. Formation des responsables de vente des produits	43
2. Pratiques des entreprises en matière de publicité et de marketing.....	44
3. Pratiques des entreprises pour des modes de consommation responsable	48
4. Jusqu’à la proposition d’offres commerciales alternatives	49
CHAPITRE 4 – RECOMMANDATIONS DE LA PLATEFORME RSE.....	51
ANNEXE 1 – LETTRE DE MISSION	55
ANNEXE 2 – COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL.....	57
ANNEXE 3 – AUDITIONS	59
ANNEXE 4 – RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	61



COMMUNIQUÉ

La Plateforme nationale d'actions globales pour la responsabilité sociétale des entreprises (Plateforme RSE) réunit depuis 2013 un large éventail de parties prenantes : entreprises, partenaires sociaux, organisations de la société civile, réseaux d'acteurs, chercheurs et institutions publiques.

La Plateforme RSE a été saisie par le président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives pour proposer des mesures susceptibles d'encourager les entreprises à s'engager dans des démarches volontaires afin de prévenir et réduire les consommations à risque d'alcool, de tabac et de stupéfiants.

Pour y répondre, la Plateforme RSE a constitué un groupe de travail qui a mené une vingtaine d'auditions pour élaborer un diagnostic et des propositions. En s'appuyant notamment sur les pratiques des entreprises et les outils disponibles, elle formule quatorze recommandations adressées au Gouvernement, aux entreprises et aux fédérations professionnelles.



INTRODUCTION

La Plateforme RSE a été saisie¹ pour proposer au gouvernement des mesures susceptibles d'encourager les entreprises à s'engager dans des démarches volontaires afin de prévenir et réduire les consommations à risque d'alcool, de tabac et de stupéfiants.

La politique de prévention des conduites addictives menée par le gouvernement vise à répondre au défi que représentent pour la société française la diffusion très large des substances psychoactives et les risques et dommages induits par leur consommation, tant pour l'individu lui-même que pour les tiers.

Afin de promouvoir une approche globale de prévention et de réduction des risques, l'engagement des entreprises est déterminant. Il convient d'identifier les leviers favorisant l'implication tant des services de santé au travail que des autres directions et acteurs de l'entreprise, pour sortir de la logique de dépistage et de sanction au profit d'une démarche alliant prévention et accompagnement, individuels et collectifs. Ces initiatives peuvent permettre d'améliorer le management de la santé et de la sécurité au travail, les conditions de travail et, en définitive, de contribuer à la performance sociale et environnementale de l'entreprise.

La problématique des conduites addictives constitue un véritable sujet de RSE et s'inscrit dans les volets sociétal, social et économique.

Dans son volet sociétal, l'impact de l'activité d'une entreprise sur la société, donc sur les citoyens et les consommateurs, est une problématique de RSE. Ainsi, la définition de la RSE à laquelle la Plateforme RSE adhère est celle établie en 2011 par la Commission européenne : « *la responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société*² ». La définition de l'ISO 26000 renvoie également à la « *contribution des entreprises au développement durable, y compris à la santé et au bien-être de la société* ». La santé est également abordée dans plusieurs domaines d'actions de cette norme (Relations et conditions de travail – 4. Santé et sécurité au travail ; Questions relatives aux consommateurs – 2. Protection de la santé et de la sécurité des consommateurs ; Communautés et développement local – 6. La santé). La RSE prend donc en compte les effets de l'activité d'une entreprise sur la société, la santé étant identifiée comme une des dimensions de la RSE.

¹ Lettre de saisine en annexe 1.

² Plateforme RSE (2014), [Texte de référence sur la responsabilité sociétale des entreprises partagé par les membres de la Plateforme RSE](#), France Stratégie, novembre.

Concernant le volet social de la RSE, la thématique de la santé et de la sécurité au travail, notamment la qualité de vie au travail, ainsi que celle des frontières entre vie professionnelle et vie personnelle participent de la réflexion sur les addictions et de la responsabilité de l'entreprise à l'égard de ses salariés.

Enfin, sur le volet économique, les addictions ont également des impacts en termes de performance globale de l'entreprise. Le comportement de salariés en situation d'addiction, ou la conscience de l'entreprise de la nocivité des produits qu'elle peut vendre ou distribuer, peuvent en effet avoir un impact sur les résultats mais aussi sur la réputation de l'entreprise.

En s'appuyant notamment sur une identification des pratiques des entreprises et des outils disponibles, la Plateforme RSE propose des mesures susceptibles d'encourager les entreprises à s'engager dans des démarches volontaires visant à prévenir et réduire les consommations à risque d'alcool, de tabac et de stupéfiants³.

Ses recommandations ont été élaborées par un groupe de travail constitué en septembre 2018⁴, adoptées par l'assemblée plénière de la Plateforme RSE le 19 décembre 2018, pour être remises à Nicolas Prisse, président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

³ Les addictions peuvent également être comportementales : cyberaddiction, addiction liée au travail – « workaholisme » –, aux jeux d'argent, au sexe, etc. Le présent avis n'abordera pas ces types de conduites addictives.

⁴ Composition du groupe de travail en annexe 2.



Définition des termes

Substance psychoactive

Une substance psychoactive (SPA) est une substance modifiant le fonctionnement psychique : alcool, amphétamines et produits dérivés, caféine, cannabis, hallucinogènes, nicotine (tabac), opiacés, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, solvants volatils...⁵

L'alcool et le tabac sont les substances psychoactives autorisées/légales les plus consommées en France. Le cannabis est la substance illicite la plus consommée.

Addiction

L'addiction correspond au désir puissant et permanent de continuer la consommation d'un produit malgré toutes les complications engendrées (santé, famille, relations sociales, travail, etc.)⁶.

Il s'agit d'un terme restrictif qui se limite aux cas de dépendance. Il existe en effet plusieurs types de comportements dans la consommation d'un produit, allant d'un usage simple à la dépendance.

Pratique addictive

Les pratiques addictives englobent l'ensemble des pratiques de consommation d'une substance psychoactive.

Dans le domaine de la psychiatrie et de l'addictologie, deux classifications internationales sont utilisées : la classification américaine des troubles mentaux, le DSM (*Diagnostic & Statistical Manuel*) et la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM). Le DSM-IV, repris par l'INRS lors de la rédaction de son rapport *Pratiques addictives en milieu de travail. Principe de prévention*, publié en mars 2013 et s'appuyant sur les travaux de Michel Reynaud⁷, distingue trois catégories de pratiques addictives :

- **l'usage (ou usage simple)** : consommation occasionnelle ou régulière qui n'entraîne pas de problème de santé ou d'autre dommage à court terme. Toutefois, des complications peuvent survenir à moyen ou à long terme ;

⁵ Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles-INRS (2018), « Les conduites addictives », *Travail & sécurité*, n° 793, avril.

⁶ *Ibid.*

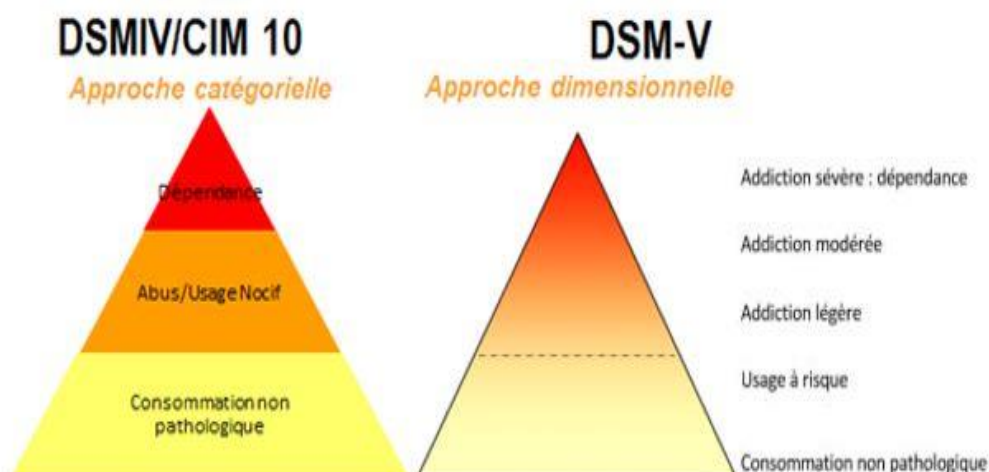
⁷ *Ibid.*

- **l'usage nocif / abus** : consommation répétée qui est responsable de complications sur le plan de la santé, de la vie et/ou du travail ;
- **la dépendance** : le sujet ressent un désir puissant de continuer sa consommation malgré toutes les complications existantes. Il n'arrive pas à contrôler ce besoin et des effets de « manque » peuvent se ressentir. Ce comportement est pathologique. Lors de l'arrêt, un syndrome de sevrage peut survenir.

Cette classification DSM a été mise à jour en 2013 avec la publication du DSM-V. Une refonte de la classification a été réalisée : les termes de dépendance et d'abus ont fusionné sous un concept plus global appelé « trouble de l'usage de substances ». Le DSM-V a ainsi permis de faire évoluer le concept d'addiction d'une approche catégorielle à une approche dimensionnelle, permettant de justifier l'utilité d'interventions et de programmes de soins gradués, allant de la simple intervention brève à la prise en charge globale médico-psychosociale.

En pratique, le DSM-V reste peu utilisé par les purs cliniciens, se présentant plutôt comme un outil principalement utilisé pour la recherche. C'est pourquoi les travaux de l'INRS s'appuient encore sur la classification antérieure (DSM-IV).

La CIM-10 (classification actuelle de l'OMS) est également catégorielle et sépare la dépendance d'un côté et l'usage nocif de l'autre, au sein d'un vaste ensemble appelé « troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive ⁸ ».



⁸ Rolland B., (2018), « Quelles évolutions à attendre pour les diagnostics addictologiques dans la CIM-11 ? », *Addict AIDE* (site internet), janvier.

Diagnostic médical de trouble de l'usage de substances

Ce diagnostic, selon le DSM-V, repose sur au moins deux des onze critères suivants qui doivent avoir été présents en même temps, au cours des douze derniers mois :

1. besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ;
2. perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ;
3. beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ;
4. augmentation de la tolérance au produit addictif ;
5. présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes ; provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ;
6. incapacité de remplir des obligations importantes ;
7. usage même lorsqu'il y a un risque physique ;
8. problèmes personnels ou sociaux ;
9. désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ;
10. activités réduites au profit de la consommation ;
11. poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques.

Ce trouble est qualifié de faible si deux à trois critères sont satisfaits, modéré pour quatre à cinq critères et sévère pour six critères et plus.

Tout utilisateur d'alcool, de tabac ou de toute autre substance psychoactive ne présente pas un comportement addictif si l'on ne retrouve pas plus de trois critères présents en même temps, au cours des douze derniers mois (DSM-V). Ce qui caractérise l'addiction n'est pas le produit en lui-même mais bien l'utilisation qu'en fait le sujet⁹.

Il est utile de noter que l'addiction, quand elle est diagnostiquée comme telle par le corps médical, est considérée comme une pathologie. À ce titre, elle relève de la sphère privée de l'individu, du secret médical et de la protection des droits des patients. Les travaux de la Plateforme RSE sur le sujet des conduites addictives ne porteront donc pas sur le traitement en aval de ce diagnostic.

Facteurs d'installation d'une addiction

Il est communément admis, selon les professionnels auditionnés par le groupe de travail, que l'installation d'une addiction repose sur trois composantes essentielles :

- l'individu ;
- le produit ;
- l'environnement (familial, professionnel, social).

⁹ Reynaud M., (2016), « Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ? », Fédération française d'addictologie (FFA), audition publique, avril.

L'individu (facteurs individuels de vulnérabilité ou de résistance) : chaque individu est plus ou moins vulnérable à l'addiction, qui peut être liée à son caractère (caractéristiques de personnalité qui prédisposent aux addictions comportementales ou aux produits : recherche de sensations ou évitement de la souffrance), à une vulnérabilité d'origine génétique (les gènes expliqueraient de 40 % à 80 % de la variance interindividuelle des addictions aux différentes substances¹⁰), à des événements de vie ou à des troubles psychiatriques. L'âge de début de la consommation peut également augmenter le risque ultérieur de dépendance :

« Commencer à consommer de l'alcool au début de l'adolescence multiplie par dix le risque de devenir alcoolo-dépendant à l'âge adulte, par rapport à une initiation plus tardive vers l'âge de 20 ans ¹¹. »

Le produit : certaines substances ont un pouvoir addictif supérieur à d'autres ; la vitesse d'installation de l'addiction va donc varier selon les substances. Le produit le plus addictif est le tabac (32 % des consommateurs sont dépendants), suivi par l'héroïne (23 %), la cocaïne (17 %) et l'alcool (15 %)¹². Aussi, le « statut social » du produit¹³ peut avoir un rôle dans l'installation de la pratique addictive.

L'environnement (familial, professionnel, social) : des facteurs environnementaux sont également impliqués, cela peut être la dynamique familiale (fonctionnement, consommation), l'environnement professionnel (consommation régulière lors de pots, de repas d'affaires, d'*afterworks*, de pauses café, ou les cadences de travail, etc.) ou encore des facteurs d'environnement sociaux (exposition au produit, disponibilité, attractivité, etc.). Par exemple, le principal facteur de risque de dépendance au tabac est d'avoir grandi au sein d'un foyer de fumeurs, ce qui facilite l'accès au tabac.

¹⁰ Kendler K.S., Jacobson K.C., Prescott C.A. et Neale M.C. (2003), « Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins », *The American Journal of Psychiatry*, avril.

¹¹ Inserm (2014), « Addictions, du plaisir à la dépendance », dossier réalisé en collaboration avec Bertrand Nalpas, directeur de recherche à l'Inserm et chargé de mission Addiction, décembre.

¹² *Ibid.*

¹³ L'image sociale des drogues renvoie à la perception de la dangerosité des produits psychoactifs par les Français.



CHAPITRE 1

CONSOMMATIONS ET PRATIQUES EN FRANCE

1. Contexte statistique et socioéconomique

La situation française en matière de consommations addictives, comparativement aux autres pays notamment européens, est assez nuancée selon les substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes).

D'après les données de l'OMS, la population alcoolo-dépendante représente 2,9 % de la population française, tandis que l'Italie et l'Espagne se situent en dessous (0,5 % et 0,7 % respectivement) et que la Suède (4,7 %) et le Royaume-Uni (5,9 %) affichent des taux beaucoup plus élevés¹⁴.

Avec 33 % de fumeurs quotidiens, le tabagisme en France se situe à un niveau très élevé comparé à la moyenne européenne (24 %) ¹⁵, et aux pays voisins en particulier.

Le rapprochement des niveaux d'usage de cannabis avec ceux mesurés dans l'ensemble des pays d'Europe confirme que la France se distingue par une consommation de cannabis parmi les plus élevées. Sur la période 2003-2015, les niveaux d'usage récent à 16 ans sont en effet deux à trois fois plus élevés qu'en moyenne en Europe¹⁶.

1.1 Les consommations addictives en France

En France, les consommations addictives concernent plus de 20 millions d'actifs en 2016 (parmi les 29 millions d'actifs), qu'ils soient salariés du privé ou agents de la fonction publique, en CDI comme en CDD¹⁷. Ce chiffre englobe toutes les pratiques de consommation (de l'usage à la dépendance).

Le tableau suivant¹⁸ concerne l'expérimentation (au moins un usage au cours de la vie, qui n'implique pas forcément une situation d'addiction) des substances psychoactives parmi les personnes de 18-64 ans.

¹⁴ Organisation mondiale de la santé (2010), *European Status Report on Alcohol and Health 2010*.

¹⁵ TNS Opinion & Social, (2017), *Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*, Commission européenne, mai.

¹⁶ Enquête ESPAD 2015.

¹⁷ Goullé J.-P. et Morel F. (2017), *Addictions en milieu professionnel*, rapport, Académie nationale de médecine, octobre.

¹⁸ Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S. (2015), « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », *Tendances*, n° 99, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), mars.

**Tableau 1 – Expérimentation des substances psychoactives
parmi les personnes de 18-64 ans (données en pourcentage, 2014)**

	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Alcool	95	92	93	95	97	98	97	94
Tabac	82	79	82	81	83	83	86	78
Cannabis	42	54	59	47	35	19	50	33
Cocaïne	5,6	7,1	10,2	6,4	4,2	1,4	8,3	3,1

Ces chiffres mettent en évidence l'existence d'un fait générationnel pour la consommation des produits illicites (cannabis, cocaïne, etc.). Leur consommation décroît avec l'âge alors que les consommations de produits licites (alcool, tabac) tendent à augmenter.

Chiffres clés

Alcool

- 49 000 décès par an sont liés à l'alcool ;
- 24 % des Français déclaraient consommer quotidiennement de l'alcool en 1992 contre 10 % en 2014 ;
- les consommateurs à risque sont estimés à 3,4 millions, soit 8 % des buveurs, et consomment 40 % du volume d'alcool consommé.

Tabac

- 73 000 décès par an sont liés au tabac ;
- 97,1 milliards de cigarettes vendues en 1991 et 44,3 milliards en 2017 ;
- le tabagisme quotidien s'élevait à 28,7 % parmi les 15-75 ans en 2016.

Drogues illicites

- la proportion d'utilisateurs réguliers de cannabis (au moins dix fois par mois) atteint 3,6 % des 18-64 ans en 2017¹⁹ ;
- hausse globale de l'expérimentation de cannabis entre 2014 et 2017²⁰ (de 42 % à 44,8 %) ;
- la part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre en deux décennies (de 1,2 % en 1995 à 5,6 % en 2017) ;
- parmi les décès par surdose chez les 15-49 ans, on compte un peu plus d'une femme pour neuf hommes en 2015 (contre environ une femme pour quatre hommes les années précédentes)²¹.

Médicaments psychotropes

- la France se situe au deuxième rang de la consommation de benzodiazépines, en 2015 : 110,7 millions de boîtes de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques ont été vendues en 2015 ;
- depuis 2010, la consommation de médicaments psychotropes a globalement diminué bien que le nombre de consommateurs reste très élevé : 13,4 % de la population française (une consommation minimale dans l'année) ;
- en 2015, la prévalence d'usage est beaucoup plus élevée chez les femmes (16,6 %) que chez les hommes (9,7 %), quel que soit l'âge. Cette prévalence augmente avec l'âge et est maximale chez les femmes âgées de 80 ans et plus (38,3 %)²².

¹⁹ OFDT (2018), « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017 », *Tendances*, n° 128, novembre.

²⁰ *Ibid.*

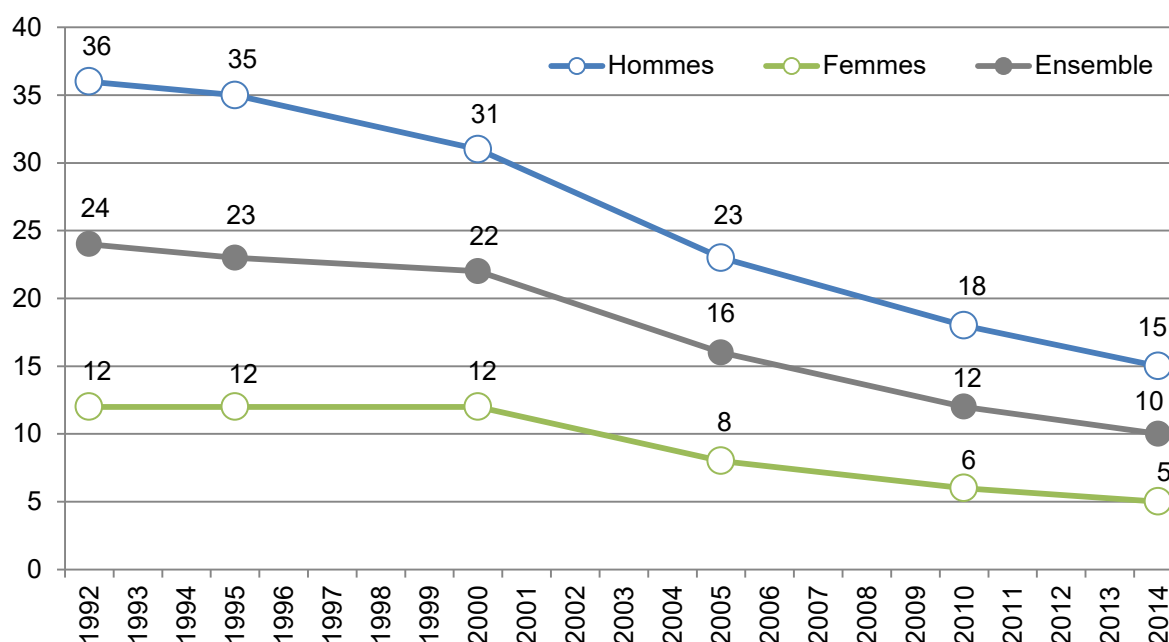
²¹ Données OFDT. En France, la surveillance des décès par surdose repose sur des analyses toxicologiques et sur une notification des cas auprès du registre général des décès (CépiDc-Inserm) et du registre spécifique des décès par surdose (DRAMES, ANSM). En cas de suspicion de décès par surdose, le médecin qui remplit le certificat de décès peut en cocher l'obstacle médico-légal. Un officier de police judiciaire doit alors venir sur les lieux et prévenir le parquet qui décidera de la suite à donner à l'enquête (autopsie et/ou les examens toxicologiques). Le recueil des données est en fin de compte essentiellement conditionné par les pratiques des procureurs, des médecins légistes et des experts toxicologues.

²² ANSM, (2017), *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*, avril.

Évolution de la consommation d'alcool en France

La consommation quotidienne d'alcool par la population française est en baisse ininterrompue depuis les années 1960 (la consommation moyenne baisse régulièrement de 1,7 % par an depuis 1960). Cette baisse résulte presque essentiellement de la diminution de la consommation de vin, notamment quotidienne.

Graphique 1 – Évolution de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans (en %)



Sources : Baromètres santé, INPES, données exploitées par l'OFDT²³

En 2014, les consommateurs réguliers sont estimés à 8,7 millions de personnes. 86 % des personnes âgées de 15 à 75 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours des douze derniers mois, avec un nombre moyen déclaré de verres bus par semaine estimé à 5,5²⁴. Près de la moitié des 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, un sur dix en consomme quotidiennement.

Chez les personnes âgées, la consommation d'alcool passe plus souvent inaperçue : alcoolisation au domicile, solitaire, absence d'arrêt de travail, rareté des incidents sur la voie publique, etc. Pourtant, chez les 65-75 ans, 65 % des hommes et 33 % des femmes consomment quotidiennement des boissons alcoolisées : 2,6 verres pour les hommes, 1,5 pour les femmes (en particulier du vin)²⁵.

²³ Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S. (2015), « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », *op. cit.*

²⁴ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), *Baromètre santé 2014*.

²⁵ INPES, *Baromètre santé 2005*.

Le risque chronique ou de dépendance, très majoritairement masculin, concerne 19 % des 65-74 ans et 15 % des 75-85 ans²⁶.

Si la consommation quotidienne d'alcool est en baisse continue, il est constaté une hausse significative des situations d'ivresse ou d'alcoolisation ponctuelle importante (API ou « *binge drinking* ») chez les 18-25 ans. De 2005 à 2014, la part des 18-25 ans ayant connu une ivresse dans l'année est passée de 33 % à 46 %, et la part de ceux en ayant connu au moins trois a presque doublé, passant de 15 % à 29 %²⁷.

L'OFDT estime que 8 % des buveurs, soit 3,4 millions de personnes, sont des consommateurs à risque (au sens du test de l'Audit-C²⁸).

Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est estimé à 49 000²⁹, dont 40 % de moins de 65 ans, ce qui correspond à 13 % de la mortalité annuelle et constitue la deuxième cause de mortalité évitable en France, après le tabac.

La mortalité peut être répartie ainsi : 15 000 morts par cancers, 12 000 par maladie cardiovasculaire, 8 000 par pathologie digestive, 8 000 par causes externes (accidents, suicides, chutes, homicides), et 3 000 par pathologie mentale et comportementale³⁰.

Évolution de la consommation de tabac en France

Depuis vingt-cinq ans, les ventes de cigarettes déclinent en France, passant de 97,1 milliards d'unités en 1991 à 44,3 milliards d'unités en 2017. La consommation de tabac par les 15-75 ans a connu une baisse entre 2000 et 2005, une hausse entre 2005 et 2010, puis est restée stable entre 2010 et 2016.

En 2016, 34,5 % des personnes âgées de 15-75 ans interrogées déclaraient fumer : 38,1 % des hommes et 31,2 % des femmes. Le tabagisme quotidien s'élevait à 28,7 % parmi les 15-75 ans.

D'après les résultats du Baromètre santé 2016, la cigarette électronique est utilisée par 3,3 % des Français âgés de 15 à 75 ans, dont 2,5 % quotidiennement. Six vapoteurs quotidiens sur dix sont aussi fumeurs de tabac (58,8 %) et 41,2 % sont des anciens fumeurs.

Le nombre annuel de décès attribués au tabagisme pour l'année 2013 a été estimé en France à 73 000. Il s'agit de la première cause évitable de mortalité.

²⁶ INPES, *Baromètre santé 2010*.

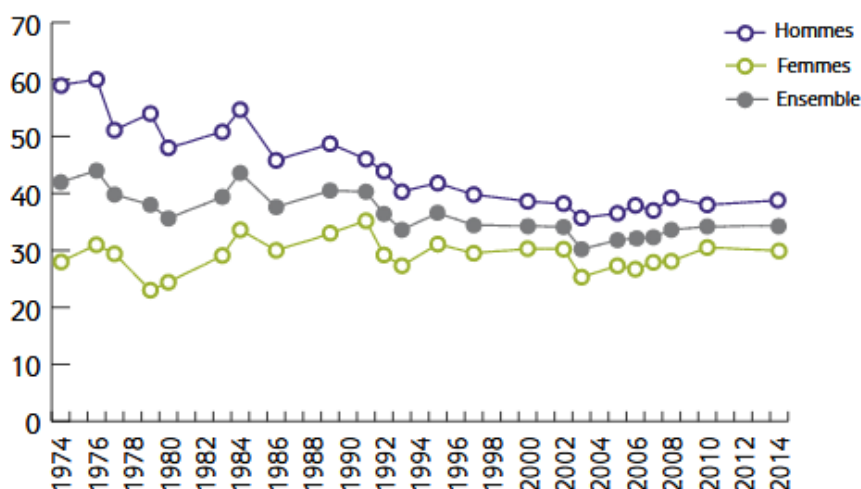
²⁷ Beck F., Palle C., Nguyen-Thanh V., Richard J.-B., Arwidson P. et Guignard R. (2015), « La consommation d'alcool en France en 2014 », *Évolutions*, n° 32, OFDT et INPES, avril.

²⁸ Test de trois questions développé par l'OMC permettant de révéler une consommation problématique d'alcool.

²⁹ Guérin S., Laplanche A., Dunant A. et Hill C. (2013), « Mortalité attribuable à l'alcool en France », *European Journal of Public Health*.

³⁰ Reynaud M., Bernoux A., Leleu X., Meyer L., Lery J. F. et Ruch C. (1997), "Alcohol use disorders in French hospital patients", *Alcohol and Alcoholism*, vol. 32, n° 6, p. 769-775, novembre.

Graphique 2 – Évolution de la consommation de tabac parmi les 18-75 ans (en %)



Sources : Enquêtes du CFES (Comité français d'éducation pour la santé) et de l'INPES 1974-2014, Exploitation OFDT³¹

Évolution de la consommation de drogues illicites en France

Les Baromètres Santé de l'INPES montrent une hausse globale des niveaux d'usage de cannabis et une nette hausse concernant la consommation de cocaïne.

Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée, avec 44,8 % de personnes âgées de 18 à 64 ans déclarant l'avoir déjà essayé. La proportion d'utilisateurs récents (dans le mois) atteint globalement 6,4 % et son usage régulier (au moins dix fois par mois) concerne 3,6 % de personnes en France³².

La cocaïne est le deuxième produit illicite le plus consommé ; sa consommation concerne environ dix fois moins de personnes que le cannabis, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage dans l'année. Toutefois, elle connaît une augmentation importante : la part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre en vingt ans, passant de 1,2 % en 1995 à 5,6 % en 2017³³.

Évolution de la consommation de médicaments psychotropes en France

Les médicaments psychotropes recouvrent un ensemble de molécules : les neuroleptiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques ; ces deux dernières classes étant principalement représentées par les benzodiazépines.

³¹ Beck F., Richard J-B, Guignard R., Le Nézet O., Spilka S. (2015), « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », *op. cit.*

³² OFDT (2018), « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017 », *Tendances*, n° 128, novembre.

³³ *Ibid.*

La France est le deuxième consommateur de benzodiazépines en Europe avec 117 millions de boîtes vendues en 2015³⁴. Seize millions de personnes parmi les 11-75 ans ont déjà pris des médicaments psychotropes et 13,4 % de la population française a eu au moins un remboursement de benzodiazépines dans l'année. Le traitement par ce type de médicament est initié à 82 % par un médecin généraliste.

La consommation des benzodiazépines, majoritairement féminine (65 % sont des femmes), augmente avec l'âge : 36 % des consommatrices ont 65 ans ou plus. Les catégories socioprofessionnelles qui en consomment le plus sont les employés et les ouvriers.

Toutefois, entre 2012 et 2015, le nombre de consommateurs de benzodiazépines a baissé de 5,7 % (3,8 % de baisse pour les anxiolytiques ; 12,8 % de baisse pour les hypnotiques).

Selon une étude citée par le Comité consultatif national d'éthique³⁵, 20 % des salariés utiliseraient des médicaments psychotropes pour « être en forme au travail », 12 % en prennent sur leur lieu de travail pour traiter un « symptôme gênant » et 18 % « pour se détendre au cours d'une journée difficile ».

1.2 L'alcool, le tabac et les drogues illicites dans l'économie française

L'alcool dans l'économie française

- **Chiffre d'affaires**

En 2017, la France est le deuxième producteur mondial de vin, et premier exportateur de vin et d'eau-de-vie en valeur. Le chiffre d'affaires global de la filière alcool française représentait 30 milliards d'euros en 2017.

- **Emplois**

Vin & Société indique que la filière vinicole représente 250 000 emplois directs, dont 142 000 dans la viticulture et près de 70 000 dans la distribution et la vente du vin (emplois dans les coopératives viticoles, le courtage et le négoce, la grande distribution et chez les cavistes, etc.). Le nombre d'emplois indirects est évalué à 300 000 (tonnelage, chaudronnerie, verre, logistique, etc.)³⁶. L'Association des brasseurs de France estime à un peu plus de 71 000 le nombre d'emplois dans la filière de la bière.

La Fédération française des spiritueux indique de son côté 100 000 emplois générés dans cette branche : 73 000 dans la production et 27 000 dans les réseaux de distribution.

³⁴ ANSM (2017), *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*, rapport, avril.

³⁵ Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2011), *Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection*, avis n° 114, mai.

³⁶ « Chiffres clefs de la filière vin », *Vin & Société* (disponible sur le site internet).

- **Taxes**

Chaque année, les taxes sur les boissons alcooliques (hors TVA) représentent environ 3,1 milliards d'euros, dont près de 80 % proviennent des spiritueux, plus de 10 % sont issus des bières et environ 5 %, des vins³⁷. Ces taxes sont composées des droits d'accise³⁸ et des cotisations de sécurité sociale sur les boissons à plus de 18 degrés d'alcool et sur les « *premix* ».

Les droits d'accise sont différents selon le produit (vin, bières ou spiritueux). Dans un rapport de 2016³⁹, la Cour des comptes interroge cette répartition par rapport aux objectifs de santé publique : « *Il n'existe aucune relation entre la consommation, les chiffres d'affaires réalisés et le niveau de taxation par catégorie de boissons. Ainsi, le vin représente 58 % de la consommation, 71 % du chiffre d'affaires hors exportation et seulement 3,6 % des droits d'accise [...]. La finalité du régime fiscal paraît donc peu inspirée par des objectifs de santé publique.* »

- **Coûts sanitaires et sociaux**

Une étude pilotée par l'OFDT en 2015⁴⁰ chiffre les coûts sanitaires et sociaux de l'alcool à 120 milliards d'euros par an en France. Cette étude prend en compte la perte de qualité de vie, les pertes de production, les dépenses de prévention, de répression et de soins, etc., en intégrant les recettes des taxes prélevées sur l'alcool ou encore les économies de retraites non versées.

Chaque année, les soins correspondants aux pathologies liées à l'alcool représentent un coût pour les finances publiques de 7,7 milliards d'euros⁴¹.

- **Import-export**

En 2015, alors que la demande mondiale de vins en vrac est très dynamique, la France se positionne surtout sur les vins en bouteille, haut de gamme, qui lui permettent de dégager un excédent commercial de 7,6 milliards d'euros⁴².

Les exportations de produits agroalimentaires ont considérablement augmenté en 2017 (+ 6,2 %) par rapport à l'année précédente (+ 0,2 %). Les ventes de boissons sont particulièrement vives aux États-Unis et en Chine, notamment celles de vins et cognac⁴³.

³⁷ Insee (2013), Commission des comptes de la sécurité sociale, calculs commission des affaires sociales.

³⁸ Les droits d'accise sont des taxes indirectes sur la vente ou l'utilisation de certains produits. Les États membres de l'UE doivent appliquer des droits d'accise sur l'alcool, le tabac et l'énergie.

³⁹ Cour des comptes (2016), *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, juin.

⁴⁰ Kopp P. (2015), « [Le coût social des drogues en France](#) », note de synthèse, OFDT, septembre.

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Le chiffre du commerce extérieur (2016), « Faible positionnement de la France sur le segment des vins en vrac », *Études et éclairages*, n° 64, mars.

⁴³ Le chiffre du commerce extérieur (2018), « Année 2017 », Département des statistiques et des études économiques, février.

En effet, les ventes de spiritueux génèrent en France un solde structurellement excédentaire et croissant qui a doublé entre 2009 et 2017 : 3,2 milliards d'euros en 2017 contre 2,8 milliards pour le champagne et 5,5 milliards pour les autres vins⁴⁴. Bien que le cognac soit un produit phare du commerce extérieur français en matière de spiritueux, la France diversifie sa production : elle est désormais le deuxième exportateur mondial de vodka, après la Suède.

- **Principales entreprises françaises de la filière**

Les principales entreprises françaises de la filière de l'alcool sont : Pernod Ricard LVMH, Castel Frères, Rémi Cointreau, MBWS et Vranken-Pommery.

Concernant la bière, le marché hexagonal est dominé par deux groupes étrangers : Carlsberg et Heineken. Au niveau international, le marché est dominé par quatre grands groupes : SAB Miller, InBev et les deux cités précédemment.

Le tabac dans l'économie française

- **Chiffre d'affaires**

Le chiffre d'affaires de l'industrie du tabac en France est estimé à 18,2 milliards d'euros en 2017. Pour les seules cigarettes, il atteint 15 milliards d'euros en 2017.

Depuis l'arrivée de la cigarette électronique (ou e-cigarette), développée pour la première fois en Chine au milieu des années 2000 et commercialisée à partir des années 2010, une chute des ventes de tabac a été observée : alors que les ventes sont restées stables en France de 2005 à 2011, une baisse s'observe depuis 2012.

Fin 2017, on dénombrait 2 614 boutiques spécialisées dans la vente d'e-cigarettes et des produits afférents (+ 6 % par rapport à 2016). Le marché est estimé en 2017 à un milliard d'euros de chiffre d'affaires. Les cigarettiers « classiques » se sont lancés depuis la fin de l'année 2011 dans le rachat des compagnies d'e-cigarettes et développent désormais leurs propres produits.

- **Emplois**

La filière tabacole en France représente 66 000 emplois, de la tabaculture à la distribution. La Confédération des buuralistes dénombre 24 869 débitants de tabac (réseau de vente officiel) en 2018, et 9 000 fermetures depuis 2000.

- **Taxes**

Les taxes issues du tabac représentent environ 10,4 milliards d'euros à l'État⁴⁵.

⁴⁴ Le chiffre du commerce extérieur (2018), « L'excédent commercial des spiritueux a doublé depuis 2009 », *Études et éclairages*, n° 82, mars.

⁴⁵ Kopp P. (2015), « Le coût social des drogues en France », *op. cit.*

En France, la part des ventes provenant du commerce illégal et frontalier est l'une des plus élevée d'Europe. Ce commerce parallèle représente 30 % des cigarettes consommées. En 2015, le volume de saisies de tabac par les douanes s'élève à 629,5 tonnes.

- **Coûts sanitaires et sociaux**

Le coût social du tabac est estimé à 120 milliards d'euros, en prenant l'ensemble des coûts supportés par la collectivité (dépenses de santé, prévention, pertes de revenus et de production, etc.)⁴⁶.

Chaque année, les soins correspondant aux pathologies liées au tabac représentent un coût pour les finances publiques de 25,9 milliards d'euros⁴⁷.

- **Principales entreprises de la filière**

Quatre entreprises étrangères se partagent le marché français : Philip Morris International, Seita-Imperial Tobacco, Japan Tobacco International et British American Tobacco.

Le poids des drogues illicites dans l'économie française

- **Chiffre d'affaires**

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) ont estimé⁴⁸ à un peu plus de 2,3 milliards d'euros les dépenses de consommation des principales drogues (consommations finales en 2010) :

- 1 117 millions d'euros pour le cannabis ;
- 902 millions d'euros pour la cocaïne ;
- 267 millions d'euros pour l'héroïne ;
- 42 millions d'euros pour l'ecstasy/MDMA ;
- 13 millions d'euros pour les amphétamines.

- **Coûts sanitaires et sociaux**

Le coût social des drogues illicites s'établit à 8,7 milliards d'euros. Les pertes de vie humaine pèsent pour un tiers dans ce montant des soins pour 17 %⁴⁹.

Chaque année, les soins correspondant aux pathologies liées à la consommation de drogues illicites représentent un coût pour les finances publiques de 1,5 milliard d'euros⁵⁰.

⁴⁶ Kopp P. (2015), *ibid.*

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Lakhdar B., Lalam N. et Weinberger D. (2016), *L'argent de la drogue en France*, MILDECA et INHESJ.

⁴⁹ Kopp P. (2015), *op. cit.*

⁵⁰ *Ibid.*

2. La lutte contre les addictions dans les outils de la RSE

L'engagement des entreprises pour la prévention et la réduction des consommations à risque peut trouver un écho dans les normes d'application volontaire, les référentiels, nationaux et internationaux (y compris les principes directeurs des Nations unies pour les entreprises et les droits de l'Homme), et les outils de pilotage de la RSE.

2.1 La norme ISO 26000

La norme internationale ISO 26000⁵¹, adoptée en 2010, est utilisée par la grande majorité des acteurs publics et privés souhaitant élaborer une politique RSE cohérente et harmonisée avec les standards internationaux. La Plateforme RSE estime⁵² que cette norme est l'un des meilleurs instruments de promotion de la responsabilité sociétale des entreprises, et plus largement de la responsabilité sociétale des organisations, existant aujourd'hui.

La norme ISO 26000 a pour objectif de promouvoir des principes d'action éthiques et transparents, visant à « *contribuer au développement durable, y compris à la santé et au bien-être de la société* ». Bien qu'elle n'intègre pas dans ses grandes lignes directrices d'éléments précis sur la vente de tabac ou d'alcool, ni de focus particulier sur les addictions, la poursuite de son objectif tend à prendre en considération les questions de santé et de bien-être de la société au travers de plusieurs domaines d'action.

2.2 Les objectifs de développement durable (ODD)

Les objectifs de développement durable (ODD), au même titre que d'autres instruments internationaux, peuvent accompagner la transformation des entreprises tant dans leur fonctionnement que dans les produits et services qu'elles proposent⁵³.

Un des ODD fait particulièrement référence à l'enjeu de la prévention et de la réduction des consommations à risque (ODD 3 – Santé) : « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.* » Parmi les neuf cibles mesurables devant être atteintes d'ici 2030, l'une vise à « *Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool* » et une autre entend « *renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac*⁵⁴. »

⁵¹ ISO 26000 : 2010, lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale.

⁵² Avis sur la norme ISO 26000:2010 dans le cadre de son examen systématique adopté par le bureau de la Plateforme RSE le 28 avril 2017, France Stratégie.

⁵³ Plateforme RSE (2018), *RSE et objectifs de développement durable*, France Stratégie, octobre.

⁵⁴ Cible 3.5 et 3.a de l'ODD 3.

Parmi les indicateurs retenus par la France (CNIS) pour évaluer sa réalisation des ODD, l'un se réfère explicitement à l'alcool : « *Proportion de personnes ayant une consommation d'alcool à risque*⁵⁵. ».

2.3 La Global Reporting Initiative (GRI)

La *Global Reporting Initiative* fait référence à ce troisième ODD pour l'élaboration d'un des standards de reporting portant sur la promotion de la santé du salarié⁵⁶.

Un des critères est la mise en place d'un programme de promotion de la santé, proposé à tous les salariés, pour répondre aux risques professionnels et non professionnels de santé. Ces risques comprennent entre autres les consommations de tabac, de drogues et d'alcool.

2.4 Les travaux de l'Organisation internationale du travail (OIT)

L'Organisation internationale du travail (OIT) a également développé des outils visant à la prévention des conduites addictives, dans le but d'intégrer la promotion de la santé au travail, dans les politiques de santé et sécurité au travail.

Un kit pédagogique, nommé SOLVE⁵⁷, a été mis au point. Il met l'accent sur la prévention des risques psychosociaux et la promotion de la santé et du bien-être au travail à travers la conception de politiques et la mise en place de moyens d'action à l'échelle de l'entreprise.

L'organisation s'est appuyée sur le dialogue social pour construire le kit afin de favoriser le succès d'interventions réalisées en milieu de travail et au niveau des collectivités, avec la participation des employeurs, des travailleurs, des gouvernements, des services publics et des ONG. La prévention de l'alcoolisme et de la consommation de drogues au travail ainsi que le tabac et le tabagisme passif font partie des thèmes abordés.

2.5 Les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Dans la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac adoptée à Genève le 21 mai 2003, les États ont reconnu dès le préambule de ce traité international « *la nécessité*

⁵⁵ Indicateur 3.i5 de l'ODD 3. Cette évaluation se base sur les classes de risque de consommation d'alcool définies par l'Audit-C, pour une population âgée de 18 à 75 ans (le test Audit-C tient compte à la fois de la fréquence de consommation au cours des douze derniers mois, du volume absorbé un jour de consommation type et de la fréquence des épisodes d'API).

⁵⁶ Item 403-6-b "Promotion of worker health", GRI 403, Occupational Health and Safety, 2018.

⁵⁷ Site de l'OIT – kit pédagogique SOLVE_

d'être vigilant face aux efforts éventuels de l'industrie du tabac visant à saper ou dénaturer les efforts de lutte antitabac et la nécessité d'être informé des activités de l'industrie du tabac qui ont des répercussions négatives sur les efforts de lutte antitabac ».

C'est donc à l'aune de cette nécessité de vigilance que les initiatives volontaires doivent être évaluées. Évaluation qui s'est conclue, dans cette convention ratifiée par 181 États membres des Nations unies, par une disposition visant à ce qu' « *en définissant et en appliquant leurs politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties doivent veiller à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale* ». Une politique appréciée par les professionnels de santé travaillant sur l'impact des industries liées à l'alcool⁵⁸.

2.6 Engagement actionnarial et investissement responsable

Plusieurs acteurs de la responsabilité sociétale des entreprises ont été amenés à soulever la question de la compatibilité entre la production de substances psychoactives et les principes de la responsabilité sociétale des entreprises.

Le Pacte mondial des Nations unies a ainsi annoncé en octobre 2017 sa décision d'exclure le secteur du tabac de ses membres⁵⁹.

Quelques mois auparavant, l'agence de notation extra-financière Vigeo Eiris avait annoncé l'exclusion de ses indices « responsables » les entreprises du tabac.

L'initiative mondiale « *Tobacco Free – Des portefeuilles sans tabac*⁶⁰ » vise également, dans une logique propre aux Investissements socialement responsables (ISR), à réduire, et finalement éliminer, les investissements des fonds de pension dans l'industrie du tabac. Lancée initialement en Australie, elle a joué un rôle majeur dans la décision prise par plus de trente fonds australiens de désinvestir leurs actifs de cette industrie.

⁵⁸ « L'union sacrée des alcooliers s'invite dans le débat sur la santé », *Le Monde*, 24 août 2018 ; « La représentante du lobby viticole nommée conseillère agriculture d'Emmanuel Macron », *Le Monde*, 23 mai 2017.

⁵⁹ Cf. Pacte mondial des Nations unies, [Integrity Policy Update](#), 13 octobre 2017 : « *As of 15 October 2017, the UN Global Compact will de - list participating companies which fall under the tobacco exclusion. This new exclusionary criterion is strictly limited to companies that produce and/or manufacture tobacco or are part of a joint venture, have a subsidiary or affiliate stake in a company that produces and/or manufactures tobacco. It does not apply to: sale and distribution of tobacco; production, sale and distribution of tobacco - related products (including filters, packaging, chemicals such as acetate used in tobacco filters); financing of tobacco or tobacco - related products through investment portfolios.* »

⁶⁰ L'initiative est à présent portée au niveau des nations : le « *Tobacco-free finance pledge* » a été lancé le 26 septembre 2018, sous l'égide des Nations unies.

En mai 2016, le Groupe AXA a décidé de céder ses actifs liés à l'industrie du tabac, évalués à environ 1,8 milliard d'euros. Le Groupe s'associe à l'initiative mondiale « *Tobacco Free – Des portefeuilles sans tabac* » et souhaite ainsi lancer une dynamique pour « dénormaliser » l'investissement dans le tabac. Plusieurs acteurs ont rejoint l'initiative en 2017⁶¹. L'entreprise a également fait le choix de ne plus assurer, à long terme, les entreprises de tabac.

⁶¹ BNP Paribas, Natexis, Aviva, Scor, CalPERS, AMP Capital, etc. : plus de 120 signataires ont rejoint l'initiative.



CHAPITRE 2

CONSOMMATIONS ET PRATIQUES EN MILIEU PROFESSIONNEL

1. Consommation et réglementation en milieu professionnel

Les pratiques addictives touchent l'entreprise sous plusieurs angles : celle de la santé sur le lieu de travail, celle de l'aggravation des risques professionnels et celle de leur prévention.

La prévention des addictions dans le cadre de l'entreprise peut se révéler très efficace dans la mesure où elle permet la création d'un environnement favorable, incitateur et protecteur permettant la modification des comportements.

Parallèlement, l'engagement par l'entreprise d'actions de prévention contre les addictions dans le cadre de l'exécution d'un contrat de travail peut l'exposer au risque d'atteinte à la vie privée du salarié.

Sans réponse à ce risque juridique, pour les entreprises dotées d'un service de santé au travail, l'action de l'employeur visera à l'alerter et à l'engager dans la mise en œuvre des actions pertinentes au regard de l'activité propre de l'entreprise.

1.1. Consommation à risque dans le monde professionnel

Il est important de noter qu'avoir une activité professionnelle reste un facteur de protection des conduites addictives, contrairement à la situation de recherche d'emploi⁶². L'addiction à l'alcool touche en effet 2,5 fois plus les demandeurs d'emploi que les personnes en activité.

Pour autant, plusieurs études ont mis en lumière le lien entre des difficultés rencontrées quotidiennement dans le monde professionnel (stress, exigences liées aux postes de sécurité, rythmes de travail, habitudes de consommation de l'entreprise, etc.) et une augmentation de la consommation de substances psychoactives : 36 % des fumeurs, 9 % des consommateurs d'alcool et 13 % des usagers de cannabis⁶³ reconnaissent ce lien.

⁶² Synthèse de la revue de littérature sur les addictions en milieu professionnel, note 2015-05 de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies et référence soulignée par le Dr. A. Dubois lors de son audition par le groupe de travail : « l'activité professionnelle permet de préserver la santé, notamment dans les cas de maladies chroniques ou d'addictions ».

⁶³ Beck F. (2012), *Résultats du baromètre santé 2010. Liens entre usages de substances psychoactives et milieu professionnel*, diaporama, INPES, janvier.

La dégradation ressentie des conditions de travail serait également à l'origine de la prise de médicaments psychotropes chez près du quart des actifs occupés⁶⁴.

D'autre part, la culture de l'entreprise peut parfois conduire à la consommation de substances psychoactives. Selon les professionnels auditionnés par le groupe de travail, la devise « *Work hard, Fun hard* » présente dans certains milieux professionnels les consommations excessives comme signe de reconnaissance d'une bonne productivité et d'appartenance à un groupe.

Tableau 2 – Usages de substances psychoactives des actifs occupés âgés de 16 à 64 ans en France en 2005, 2010 et 2014 (en %)

	2005	2010	2014
Tabac - Quotidien	31,3	33,5**	30,4***
Alcool - Quotidien	11,8	7,9***	7,3
Alcool - Ivresse répétée	5,9	8,2***	9,5**
Alcool - API dans le mois	16,8	19,2***	18,6
Alcool - Consommation à risque chronique	9,1	7,9**	7,3
Cannabis - Année	6,5	6,7	9,0***
Cocaïne - Année	0,4	0,8***	0,8

Note : API : alcoolisation ponctuelle importante (au moins six verres en une seule occasion)

*, **, *** : différence statistiquement significative entre 2 années consécutives respectivement aux seuils de 0,05, 0,01 et 0,001.

Sources : *Baromètres santé 2005, 2010, 2014, Inpes – données exploitées par F.Beck, C. Palle et J.B. Richard*⁶⁵

⁶⁴ Beck F., Guignard R., Haxaire C. et Le Moigne P. (2014), « Les consommations de médicaments psychotropes en France », *La Santé en action*, n° 427, mars.

⁶⁵ Beck F., Palle C. et Richard J.-B. (2016), « Liens entre substances psychoactives et milieu professionnel », *Le Courrier des addictions* (18), n° 1, janvier-février-mars.

Gladys Lutz a établi une typologie des facteurs professionnels déterminant les conduites de consommation⁶⁶ :

1. **Pratiques culturelles et socialisantes** (habitudes conviviales – pots fréquents en entreprise, support de communication non verbale, démarche commerciale –, déplacements en équipe loin du domicile).
2. **Disponibilité et offre des produits liés au milieu professionnel** (offre d'alcool sur le lieu de travail, métiers de production, de vente ou de contrôle liés aux produits psychoactifs, métiers de la santé, etc.).
3. **Précarité professionnelle** (statut, rémunération, image de marque du métier, évolution professionnelle, etc.).
4. **Tensions psychiques** (relations conflictuelles, souffrance, ennui - temps d'attente, excès de responsabilités, manque de reconnaissance, usure mentale, répétition des tâches, peur au travail, etc.).
5. **Pauvreté des liaisons sociales** (absence de reconnaissance, manque de soutien, absence de supervision, absence d'évolution professionnelle, désinsertion sociale, etc.).
6. **Tensions physiques** (temps de travail, travail en plein air, horaires atypiques – travail de nuit, horaires décalés, longues journées de plus de dix heures –, gardes, intensité des gestes, bruit, odeurs, chaleur, douleur, TMS, etc.).

Consommation sur le lieu de travail

Différents types de consommation peuvent se retrouver en milieu professionnel⁶⁷ :

- une consommation occasionnelle, le plus souvent conviviale : pots, apéritifs, rite d'admission dans un groupe ;
- une consommation répétitive et collective : instituée dans certains collectifs de travail où il est difficile de ne pas « faire comme les autres » ;
- une consommation occasionnelle ou répétitive pour tenir au travail ;
- une consommation individuelle : en lien avec une relation difficile voire pathologique à un ou plusieurs produits.

La consommation de substance psychoactive en milieu professionnel peut générer des risques pour le salarié ou les tiers, notamment accidentels, du fait de l'altération des capacités engendrée.

⁶⁶ Lutz G. (2017), *Interrelations entre l'activité de travail et l'usage de psychotropes : approches traditionnelles et perspective en clinique du travail*, « Typologie des facteurs professionnels déterminant les conduites de consommation de SPA », Sociologie, Conservatoire national des arts et métiers-CNAM, avril.

⁶⁷ Typologie arrêtée par la Fédération Addiction, *Pratiques addictives et milieu professionnel*.

On distingue généralement trois vecteurs pouvant expliquer la consommation de SPA sur le lieu de travail⁶⁸ :

- l'« importation », une consommation importée de la vie privée du salarié (la consommation hors travail peut avoir un impact au travail, pour l'alcool et les drogues : arrivée sur le lieu de travail en état d'ébriété, taux élevés d'arrêts de travail le lundi matin ou les lendemains de fêtes, etc.) ;
- l'« acquisition » : la consommation résulte de sollicitations et facilitations du milieu professionnel, du fait, par exemple, de présence de SPA lors des pauses de l'équipe, de pots, etc. ;
- l'« adaptation » : l'idée de « dopage » pour tenir au quotidien, faire face au stress, à des douleurs récurrentes, pour tenir le rythme, etc.

Plusieurs études de l'INPES ont mesuré la consommation de substances psychoactives en milieu de travail :

- pour l'alcool : près d'un salarié sur six déclare consommer de l'alcool sur le lieu de travail, hors repas et pots (18,9 % des hommes et 10,3 % des femmes)⁶⁹, 8 % des salariés ont une consommation à risque, et moins de 1% une consommation avec dépendance ;
- pour le cannabis : 9 % des salariés ont consommé du cannabis dans l'année⁷⁰, 2,7 % des actifs ont un usage régulier ;
- pour les médicaments : 13,7 % des actifs ont un usage régulier.

Une expertise collective de l'Inserm⁷¹ publiée en 2003 – aucune étude plus récente n'a malheureusement pu être portée à la connaissance du groupe de travail – rapporte que 15 % à 20 % des accidents du travail, de l'absentéisme et de conflits interpersonnels au travail seraient liés à l'usage des SPA (alcool très majoritairement). Cependant, concernant les accidents du travail, la plupart d'entre eux surviennent chez des personnes non dépendantes.

⁶⁸ Lenoir C. (2016), « L'état du droit au regard d'un objectif novateur : prévenir, au travail, les conduites addictives », *Revue du droit au travail*, mai.

⁶⁹ Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

⁷⁰ *Ibid.*

1.1.1.1.1 ⁷¹ Inserm (dir.) (2003), *Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance*, rapport.

Consommation de substances psychoactives selon les secteurs d'activité

Tableau 3 – Consommation selon les secteurs d'activités (en %)

NAF (nomenclature d'activités françaises)	Consommation ponctuelle importante / mois	Ivresse année	Tabac quotidien	Cannabis année	Cocaïne vie	Ecstasy amphétamine vie
Ensemble (n=14795)	19,2	21,1	33,5	6,9	3,8	3,3
Agriculture, sylviculture et pêche (n=417)	30,7	24,2	31,5	6,2	2,9	2,8
Construction (n=987)	32,7	33,2	43,8	13,0	5,6	3,8
Commerce (n=1562)	17,6	22,2	38,4	7,4	3,5	3,2
Transport, entreposage (n=745)	24,2	23,0	34,3	5,0	2,7	2,5
Hébergement, restauration (n=441)	26,9	27,2	44,7	12,9	9,2	7,9
Information, communication (n=488)	22,6	29,5	26,8	10,7	6,9	5,5
Adm. publique et défense (n=1194)	17,8	18,1	28,4	3,6	2,5	2,7
Enseignement (n=1391)	10,9	15,1	23,4	5,2	2,9	2,2
Santé hum., action sociale (n=2548)	8,5	11,8	30,0	4,0	2,6	2,5
Arts, spectacle et service récr. (n=258)	23,0	32,3	31,1	16,6	9,8	7,3
Services des ménages (n=233)	14,0	6,7	31,3	0,7	0,5	1,0

Note : En foncé, les secteurs les plus concernés, en clair les secteurs les moins concernés.

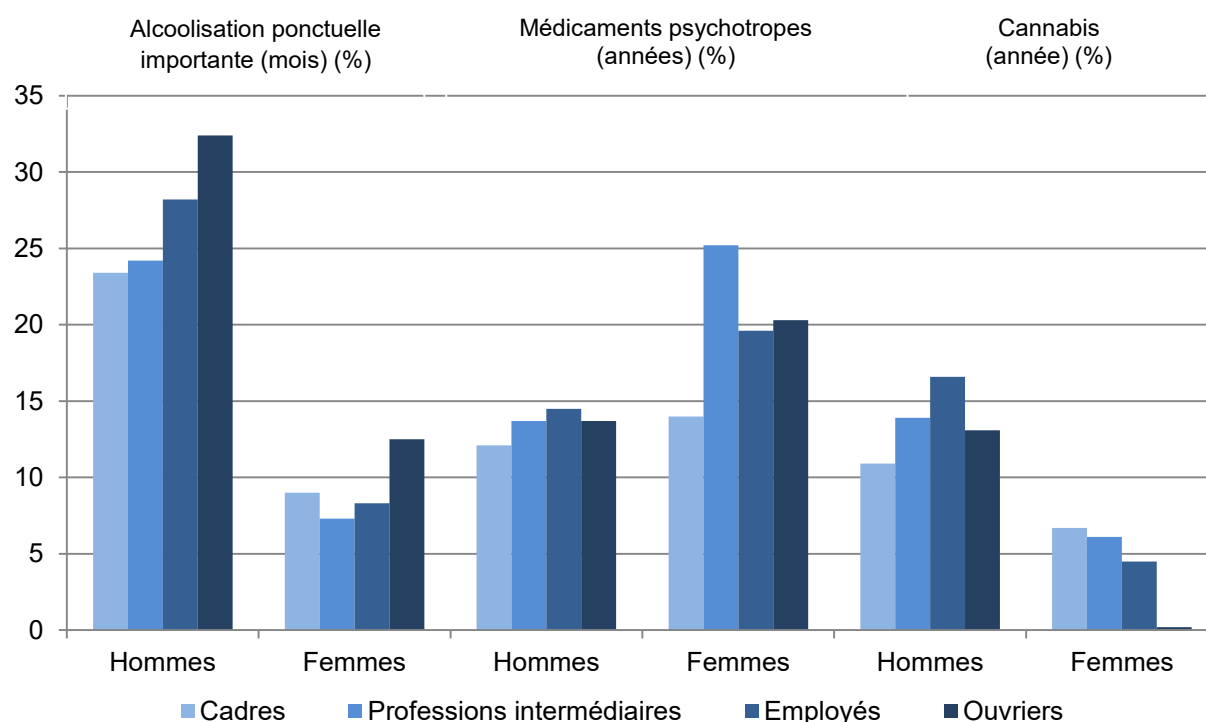
Source : Baromètre santé 2010. Santé publique France, 2012

Si toutes les entreprises sont concernées par les addictions, certains secteurs sont particulièrement touchés : la construction, l'hébergement, la restauration, les arts, spectacle et service récréatif, illustrant la typologie de Gladys Lutz (cf. *supra*).

On retrouve dans les secteurs les plus touchés la problématique du travail en plein air, des douleurs physiques (facteur 6, typologie de G. Lutz), mais également la question de la disponibilité et de l'offre des produits liées au milieu professionnel ou des horaires de nuit (facteur 2, typologie de G. Lutz).

Consommation de substances psychoactives par catégorie socioprofessionnelle

Si les substances et les pratiques ne sont pas toutes équivalentes selon les catégories socioprofessionnelles, la consommation de SPA touche l'ensemble des salariés.



Source : Palle C. (2015), Synthèse de la littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel, OFDT

Les données de l'OFDT soulignent que, même si les alcoolisations ponctuelles importantes (API)⁷² sont majoritairement du fait des hommes – et plus particulièrement les ouvriers –, les femmes cadres et ouvrières sont aussi touchées par ce type de consommation excessive.

La consommation de médicaments psychotropes est principalement le fait de femmes exerçant des professions intermédiaires.

⁷² Au moins six verres en une seule occasion.

1.2. La réglementation des consommations sur le lieu de travail en France

La réglementation des consommations d'alcool sur le lieu de travail en France

Le Code du travail limite strictement les boissons alcoolisées pouvant être introduites sur le lieu de travail. Ainsi « *aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail. Lorsque la consommation de boissons alcoolisées (...) est susceptible de porter atteinte à la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur, en application de l'article L. 4121-1 du Code du travail, prévoit dans le règlement intérieur ou, à défaut, par note de service les mesures permettant de protéger la santé et la sécurité des travailleurs et de prévenir tout risque d'accident. Ces mesures, qui peuvent notamment prendre la forme d'une limitation voire d'une interdiction de cette consommation, doivent être proportionnées au but recherché*⁷³. »

L'article R. 4228-21 du Code du travail précise de plus qu'« *il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse* ».

Le règlement intérieur précise les moments précis où la consommation de vin, de bière, de cidre et de poiré est autorisée. Dans les entreprises au sein desquelles l'activité est particulièrement dangereuse, des raisons de santé et de sécurité peuvent justifier une interdiction totale de la consommation d'alcool, peu importe la dangerosité du poste occupé.

L'interdiction de la consommation de tabac sur le lieu de travail en France

Le décret du 15 novembre 2006 (applicable depuis le 1^{er} février 2007) étend l'interdiction de fumer à tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail⁷⁴.

La circulaire du 24 novembre 2006, concernant la lutte contre le tabagisme, apporte des précisions sur la responsabilité de l'employeur : « *Une obligation de sécurité de résultat incombe à l'employeur vis-à-vis de ses salariés, en ce qui concerne leur protection contre le tabagisme passif dans l'entreprise. Il doit respecter et faire respecter les dispositions du code de la santé publique. De ce fait, repose sur lui la responsabilité de mettre en œuvre l'interdiction de fumer dans l'entreprise et de la faire respecter. Il dispose pour ce faire de son pouvoir d'organisation au sein de l'entreprise corrélé, au besoin, de son pouvoir disciplinaire. En cas de manquement à ses obligations mentionnées dans le décret, l'employeur encourt des sanctions pénales*⁷⁵. »

⁷³ Article R. 4228-20 du Code du travail.

⁷⁴ Articles L. 3512-8 et R. 3512-2 du Code de la santé publique.

⁷⁵ Circulaire du 24 novembre 2006 concernant la lutte contre le tabagisme.

L'interdiction de la consommation de drogues illicites en France

L'interdiction générale de détention (transport, offre, cession, acquisition ou emploi illicite) de stupéfiants est inscrite dans le Code pénal⁷⁶. L'interdiction générale de consommation des stupéfiants (cannabis, cocaïne, etc.) est prévue dans le code de la santé publique⁷⁷ et dans le code de la route⁷⁸.

Aujourd'hui encore, au sein de la politique publique de lutte contre l'usage des drogues, le volet prévention reste sous-estimé par rapport au volet répression⁷⁹.

Sur le lieu de travail, la consommation de drogue constitue une faute justifiant une sanction disciplinaire pouvant aller jusqu'au licenciement. L'employeur peut rappeler l'interdiction légale de l'usage de stupéfiants en introduisant une clause dans le règlement intérieur de l'entreprise.

Résumé des dispositions applicables

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

- **Cass. soc., 25 novembre 2015, n° 14-24444** : « *Ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail.* » (la jurisprudence tend davantage vers une obligation de moyen renforcé alors qu'elle faisait état d'une obligation de sécurité de résultats dans les années 2000).

- **Article 222-19 du Code pénal** : « *Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende* » (responsabilité de l'employeur, des salariés et/ou de l'entreprise).

- **Article 1384 du Code civil** : « *On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde* » (sur la responsabilité civile de l'employeur en cas de dommages causés par ses salariés envers des tiers)

⁷⁶ Article 222-37 du Code pénal.

⁷⁷ Article L. 3421-1 du Code de la santé publique.

⁷⁸ Article L. 235-1 du Code de la route.

⁷⁹ CNCDH (2016), « *Usages de drogues et droits de l'homme* », Avis, novembre.

- **Inscription du risque lié aux pratiques addictives dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER)⁸⁰** : Les niveaux de consommation, le lien entre travail et consommation ainsi que l'impact des consommations en matière de SST sont des éléments à prendre en compte pour justifier l'inscription du risque lié aux pratiques addictives dans le DUER. L'employeur peut évaluer, à l'aide d'indicateurs, ce risque et le suivi des actions de prévention. A ce titre, il peut l'inscrire dans le DUER. NB : Cette inscription n'est pas aisée et ne doit pas être stigmatisante (pour rappel, le DUER s'occupe des « unités de travail » au sens large et non des personnes physiques en tant que telles).

- **Troisième Plan Santé Travail 2016-2020, Action 2.11** : « *Prévenir les pratiques addictives en milieu professionnel* :

- *Améliorer la connaissance, qualitative et quantitative, des pratiques addictives en milieu professionnel et de leurs conséquences en s'appuyant notamment sur les services de santé au travail ;*
- *Mieux former les acteurs de la prévention, et en particulier les personnels des services de santé au travail, au repérage et à la prévention des pratiques addictives, notamment en déployant la formation au repérage précoce et à l'analyse des situations de travail susceptibles de favoriser des pratiques addictives, et en informant sur les ressources disponibles pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes.*
- *Promouvoir le débat entre acteurs de l'entreprise sur les pratiques addictives en milieu professionnel, encourager la concertation sur les mesures de prévention dans le cadre du dialogue social et diffuser auprès des employeurs et des CHSCT des bonnes pratiques en matière de prévention collective, incluant des mesures d'organisation du travail.*
- *Encourager les démarches d'appropriation collective des enjeux entre préventeurs sur les territoires en réalisant des diagnostics locaux afin de prioriser l'action. »*

⁸⁰ INRS (2017), « Pratiques addictives et évaluation des risques professionnels : comment inscrire ce risque dans le document unique », *Références en santé au travail*, n° 150, juin ; EDF, *Prévention des pratiques addictives*, 9 fiches de recommandations issues des travaux du groupe de travail *Pratiques addictives* du Groupe national de santé au travail, fiche n° 4, « Le Document Unique ».

2. L'entreprise, un lieu de sensibilisation, d'information et d'actions pour prévenir et réduire les consommations à risque des salariés

L'obligation faite à l'employeur d'assurer la sécurité et de protéger la santé physique et mentale des travailleurs (article L. 4121-1 du Code du travail), assortie d'une obligation de résultats – qui tend davantage vers une obligation de moyens renforcés⁸¹ – doit l'encourager à mettre en place une démarche de prévention sur cette thématique⁸².

Afin de couvrir tous les types d'usages, les entreprises appliquent leurs pratiques de prévention à l'ensemble de leurs salariés en exercice (dont les apprentis), mais aussi aux futurs salariés et managers.

La réussite de la démarche de prévention repose sur l'implication de tous les acteurs de l'entreprise : service de santé au travail, services sociaux, encadrement, représentants du personnel, salariés.

L'élaboration d'une telle démarche doit se faire dans un esprit de concertation, d'accompagnement, de soutien et ne pas rester dans une logique répressive ou de sanction. Il est essentiel de clarifier le discours de l'entreprise sur ce sujet et de montrer que l'addiction sera traitée comme une pathologie comme les autres.

Par ailleurs, le concept de santé globale permet d'appréhender la problématique des consommations à risque dans le contexte professionnel mais aussi hors du travail.

2.1. Formation de la médecine du travail

La médecine du travail constitue un acteur important des politiques de prévention pour lutter contre les addictions. Le rapport de Charlotte Lecocq sur la santé au travail⁸³ préconise de lui redonner une place centrale, y compris en tant que médecine prescriptrice.

Le service de santé au travail est le conseiller de l'employeur, des salariés et de leurs représentants afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail⁸⁴. Ces échanges entre le médecin du travail et l'employeur sont essentiels pour prévenir l'altération de la santé des employés.

⁸¹ Cour de cassation, chambre sociale, 25 novembre 2015, n° 14-24.444 (cf. *supra*).

⁸² Extrait de la « Malette employeur » élaboré par le groupe « Substances Psycho Actives et travail » du SIST « Santé Travail-Provence, STP ».

⁸³ Lecocq C. (2018), [Rapport sur la santé au travail](#) remis au Premier ministre le 28 août 2018.

⁸⁴ Article L. 4622-2 du Code du travail.

La MILDECA, en lien avec la direction générale du travail, a passé une convention de partenariat de formations de formateurs de professionnels de santé au travail. Cette action nationale – dont l'évaluation est en cours – vise au déploiement par les services de santé au travail (SST) du RPIB (repérage précoce et intervention brève). En trois ans, 150 formateurs ont reçu cette formation, qui doit désormais être déclinée au niveau régional.

Il faut aussi rappeler que, bien que la médecine du travail soit un corps médical à la démographie déclinante, de plus en plus d'infirmiers de santé au travail sont formés. Le corps infirmier est tout à fait légitime pour porter la prévention des addictions : selon les professionnels rencontrés par les membres du groupe de travail, il est parfois plus facile d'aborder ce sujet avec l'infirmier plutôt qu'avec le médecin du travail en raison de la peur des décisions d'inaptitude ou des autres mesures que le médecin pourrait prendre⁸⁵.

EDF a par exemple mis en place des formations à destination des médecins du travail et des équipes médicales. La médecine conseil propre au groupe est également mobilisée, avec des campagnes spécifiques à destination des salariés en arrêt de travail.

La SNCF a aussi mis en place deux actions propres à la prévention et à la sensibilisation sur les conduites addictives, impliquant les acteurs de prévention (dont la médecine du travail) :

- *Prevxpress* : il s'agit d'une action de prévention qui consiste en une série de questions, posée systématiquement à tous les collaborateurs de moins de 30 ans, lors de la visite médicale, y compris les alternants ;
- *Entretien motivationnel* : il s'agit d'une méthode d'entretien dont l'objectif est d'apporter une réponse adaptée au niveau de motivation dans le cadre d'un changement de comportement sur les conduites addictives. Pour la bonne réalisation de ce dispositif, l'ensemble du personnel de santé (infirmiers et médecins) a été formé à cette modalité d'entretien.

La coordination de la médecine du travail et d'un service social interne ou externe est aussi importante. Elle permet au médecin du travail de se concentrer sur la dimension collective et les aspects « santé » et d'orienter vers le service social, les salariés présentant des questions d'ordre social⁸⁶.

Les psychologues peuvent également être un soutien dans le suivi des problématiques d'addiction à fort enjeu de santé mentale.

⁸⁵ Audition du Dr. André Dubois par le groupe de travail.

⁸⁶ *Ibid.*

2.2. Sensibilisation et information des managers et employeurs

Une sensibilisation et une information à destination des managers et des employeurs sur les risques liés aux addictions pourraient leur être proposées pour qu'ils prennent en considération cette problématique.

Fort d'une politique de Santé Sécurité depuis 1946, le groupe EDF a mis à la disposition des managers et des salariés, deux guides intitulés « Faire face à l'addiction » en 2015. Ils visent à donner des conseils pour prévenir ces pratiques et pour détecter les collaborateurs ayant besoin d'aide. Ces documents permettent aux managers d'identifier les personnes ressources et recensent les initiatives mises en place par d'autres unités.

Sur ce même modèle, l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics a rédigé une fiche synthétique⁸⁷ à destination des employeurs pour les guider dans la mise en place de leur politique de prévention des risques professionnels liés à l'alcool, tout en veillant au respect de la liberté individuelle, du secret médical et de la confidentialité des données personnelles. Le BTP figurant parmi les secteurs les plus touchés par ces problématiques, cette information apparaît indispensable.

2.3. Sensibilisation et information des salariés

Les mesures de sensibilisation et d'information à destination des salariés peuvent prendre différentes formes : espaces d'échange, support pédagogique, journée de sensibilisation, etc.

La SNCF, par exemple, a mis en place un dispositif cohérent de pratiques de prévention comprenant l'aménagement de lieux adaptés (centres de soins, espaces d'échanges, etc.) et l'installation d'un « groupe sentinelle » composé de médecins du travail particulièrement impliqués sur le sujet.

La sensibilisation par les pairs, ou pratique de « patient-expert », très développée dans les pays anglo-saxons, peut aussi se révéler efficace. Elle commence à s'étendre progressivement en France : par exemple, EFS ou encore la SNCF ont créé des associations de bénévoles, internes au groupe. Elles sont animées par des salariés retraités ayant pu avoir par le passé des consommations à risque, qui organisent des groupes de prévention visant à diffuser et libérer la parole. Si l'entreprise, de par sa taille, n'a pas la ressource en interne pour développer une telle action, des associations ou prestataires, souvent bénévoles, peuvent intervenir.

⁸⁷ OPPBTP (2017), *Prévention des risques liés à l'alcool au travail*, Les fiches prévention de l'OPPBTP, septembre.

La Fondation BTP a par ailleurs développé un autre format de sensibilisation : elle a mis en place un *serious game*⁸⁸ destiné à alerter les apprentis, de manière pédagogique, sur les risques liés à une prise excessive d'alcool et de drogues.

L'entreprise peut également se faire le relai en interne des campagnes de sensibilisation déployées au niveau national. Ainsi, le groupe AXA, comme beaucoup d'autres entreprises, est partenaire du « Mois sans tabac » et propose en complément, *via* son service de santé au travail, des accompagnements pour les salariés désireux d'arrêter le tabac.

Dans le respect de la vie privée et dans le cadre des démarches de santé globale, de la prévention primaire a lieu sur l'hygiène de vie ou les saines habitudes de vie, qui englobe la question de la consommation d'alcool, de tabac et des différents types d'addiction ou même titre que l'alimentation et l'activité physiques.

2.4. Contrôle et dépistage

Le recours à l'alcootest ou au dépistage de toxicomanie éventuelle est effectué dans des conditions fixées par le règlement intérieur. Les résultats du dépistage sont soumis au secret professionnel lorsque les tests sont effectués par l'employeur ; au secret médical lorsqu'ils sont effectués par un professionnel de santé dès lors que sont sollicités des actes de biologie médicale.

Le groupe EDF a élaboré en 2018 une nouvelle feuille de route de Santé Sécurité avec notamment une des cinq actions concrètes, dédiée à la prévention des risques d'addictions : « *Renforcer la prévention et mettre en œuvre au moins un contrôle de consommation de stupéfiants dans toutes les unités opérationnelles du groupe.* »

Ces contrôles sont de deux types :

- des tests salivaires, visant de façon aléatoire tous les salariés. Ils sont réalisés par des équipes médicales externes. Les salariés ont la possibilité de les refuser et les résultats, individuels, sont transmis uniquement au salarié concerné. Cette action s'inscrit dans une démarche de prévention, et vise à donner au salarié l'opportunité de se positionner sur son risque d'addiction. Les seuls résultats communiqués au CHSCT sont le nombre de tests effectués et le nombre de tests positifs ;
- des contrôles, par le management, sur les titulaires des postes de sécurité et de sûreté et aussi en cas de suspicion de consommation de stupéfiants. Le salarié ne peut pas refuser le test et, en cas de résultat positif, sa prise de poste lui est refusée et il est redirigé vers le service de la médecine du travail.

⁸⁸ <http://www.premierscombats.com/>

Ces règles, adaptées à la nature des fonctions, doivent être intégrées au préalable dans le règlement intérieur des entités. Elles sont inspirées de la réglementation italienne (mise en œuvre dans la filiale Edison Energia du groupe), qui prévoit un délai d'information de un mois avant la réalisation du test, dont les résultats sont transmis aux managers.

2.5. Des actions à mener dans les entreprises de toutes tailles

Les différentes actions de prévention sont notamment mises en place au sein de grandes entreprises, ayant à leur disposition des services dédiés. Cependant, les TPE-PME peuvent également mettre en œuvre des mesures de prévention au sein de leurs structures.

Les membres du groupe de travail ont notamment identifié les pistes qui suivent :

- la mise en place d'une politique antialcool en interne nécessite une cohérence : par exemple, organiser des pots arrosés tous les vendredis soirs et tenir un discours de prévention sur le risque alcool ne peut pas fonctionner ;
- les modes de consommation et le « phénomène alcool » évoluent : centrer son action de sensibilisation et de prévention uniquement sur la consommation quotidienne n'est plus pertinent (cf. phénomène du *Binge Drinking*) ;
- le travail en réseau, mobilisant l'ensemble des acteurs de l'entreprise est essentiel ;
- la libération de la parole sur ces sujets d'addiction ainsi que la prise en compte de leur importance est nécessaire ;
- le rappel de la réglementation est indispensable et obligatoire ;
- les petites structures peuvent se regrouper pour mettre en place des actions coordonnées ; il leur est conseillé de s'adresser à la Carsat ou Aract dont elles dépendent.

L'INRS préconise la mise en œuvre d'une démarche de prévention collective des risques associés aux pratiques addictives, en l'adaptant à la taille et à la culture de l'entreprise.

Modalités de mise en œuvre d'une démarche de prévention collective⁸⁹

- Constitution d'un comité de pilotage représentatif de l'ensemble du personnel, en accord avec les acteurs de prévention de l'entreprise. Il est piloté par la direction et comprend des membres de l'encadrement et du service des ressources humaines, des représentants du personnel, des membres du CSE, des membres du service de santé au travail et des salariés.
- Élaboration en concertation de la démarche de prévention et communication à toutes les étapes de l'avancement des travaux. Il convient de clarifier la bonne articulation entre les volets prévention, santé et disciplinaire.
- Formation et accompagnement, par des ressources externes : caisse régionale d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), ou caisse régionale d'assurance maladie (Cram), ou caisse générale de Sécurité sociale (CGSS), Agence nationale ou régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact, Aract), intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) externes, addictologues, associations spécialisées, consultants, etc.
- Établissement d'un constat préalable de la situation, consensuel en prenant en compte plusieurs facteurs (culture générale de prévention des risques dans l'entreprise ; évaluation du risque « pratiques addictives » dans l'entreprise ; existence éventuelle d'actions de prévention en matière de pratiques addictives et leurs résultats ; vécu et perception des salariés vis-à-vis des pratiques addictives en général ; habitudes culturelles, notamment en matière de consommation ; conditions de travail ; bilan de l'état social de l'entreprise et des outils de gestion des ressources humaines existantes).
- Rédaction d'une charte globale de prévention, définissant la conduite tenue par l'entreprise concernant le suivi, la prise en charge, le retrait du poste et le dépistage ou le contrôle. Ce document ne remplace pas le règlement intérieur mais le complète.

⁸⁹ Hache P. (2013), *Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention*, INRS, réf. ED 6147, mars.



CHAPITRE 3

LE CAS DES ENTREPRISES PRODUISANT OU DISTRIBUANT DE L'ALCOOL OU DU TABAC

Les entreprises produisant ou commercialisant le tabac ou l'alcool se sont engagées, dans le cadre de leur responsabilité sociétale, dans la mise en œuvre de pratiques visant la prévention et l'information des consommateurs.

1. Formation des responsables de vente des produits

Certains organismes sectoriels s'engagent pour la généralisation ou le renforcement de différentes formations de prévention et d'information à destination des responsables de vente.

L'association Vin & Société, qui réunit les acteurs de la filière viticole, a mis en place en 2014 un dispositif de formation (sous le format d'un e-learning) à destination des professionnels de la vigne et du vin⁹⁰. Il vise à dispenser des recommandations sur une consommation responsable. L'organisation souhaite élargir et systématiser cette prévention aux futurs professionnels, en la dispensant au sein des BTS qui forment aux métiers du secteur. La prévention et l'information sont également diffusées lors des fêtes viticoles : mise à disposition de crachoirs pour les dégustations, d'éthylotests, de verres doseurs et renforcement des contrôles d'alcoolémie.

La Fédération nationale de l'épicerie, caviste et spécialiste en produits bio suggère de mettre en place un module de formation obligatoire, à destination de tous les responsables d'établissement vendant de l'alcool, incluant un chapitre sur les addictions. Cette action viserait à harmoniser la réglementation en la matière, qui diffère selon la nature du point de vente. Il s'agirait d'une journée de formation, d'un coût non prohibitif, non révisable dans le temps, obligatoire pour ouvrir une société⁹¹.

L'Union des métiers et des industries de l'hôtellerie (UMIH) indique également qu'une réflexion est en cours pour généraliser le Permis d'exploitation à toutes les ventes à emporter. Cette formation est obligatoire actuellement pour tous les gérants d'établissement de la restauration et de l'hôtellerie. Elle a pour but de sensibiliser les professionnels du secteur restauration, bars et hôtellerie sur leurs droits et leurs obligations ; elle inclut également un volet prévention sur les dangers de l'alcool, du

⁹⁰ Krystel Lepresle, audition du 21 novembre 2018.

⁹¹ Alexis Roux de Bezieux, audition du 24 octobre 2018.

tabac et des drogues. L'organisme s'interroge aussi sur la possibilité d'ajouter un bloc de compétences « stupéfiants » au Permis d'exploiter et/ou au CQP ASENE⁹².

2. Pratiques des entreprises en matière de publicité et de marketing

La loi Evin (1991), en matière de publicité sur l'alcool et le tabac

La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme comporte deux volets :

Un volet sur l'alcool qui interdit :

- la publicité dans la presse pour la jeunesse et la diffusion de messages publicitaires à la radio le mercredi, et les autres jours entre 17 heures et 24 heures ;
- la publicité à la télévision et au cinéma ;
- la distribution aux mineurs de documents ou objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée ;
- la vente, la distribution et l'introduction de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activités physiques et sportives (une autorisation d'ouverture de buvette lors d'une manifestation sportive peut toutefois être délivrée sur demande) ;

et qui limite les affichages publicitaires à certaines indications. Ceux-ci doivent être accompagnés d'un message sanitaire sur l'abus d'alcool : « *L'abus d'alcool est dangereux pour la santé.* »

Un volet sur le tabac qui interdit :

- la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ;
- la distribution gratuite (sauf aux enseignes des débits de tabac) ;
- de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

Depuis son adoption en 1991, cette loi est l'objet de controverses⁹³. Elle a subi des modifications successives, allant vers un assouplissement de ce marché :

- alors que la publicité sur les affiches et enseignes se limitait aux lieux de production et de vente, elle est autorisée en tout lieu en 1994 ;
- en 2009, la loi Bachelot autorise la publicité en faveur de l'alcool sur Internet (à l'exception des sites dédiés au sport et ceux ciblant la jeunesse), média le plus populaire auprès des jeunes ;

⁹² Certificat de qualification professionnelle « Agent de sécurité établissement de nuit, événementiel ou HCR ».

⁹³ Gallopel-Morvan K., Spilka S., Mutatayi C., Rigaud A., Lecas F. et Beck B. (2016), « La loi Evin relative au contrôle de la publicité en faveur de l'alcool appliquée en France : contenu, efficacité et limites », *Addictions*, avril.

- les articles 12 et 13 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé modifient le Code de la santé publique et le Code pénal. L'article L. 3323-3-1 du Code de la santé publique assouplit la loi en redéfinissant les caractéristiques de ce qui relève de la publicité ou non, motivé par la défense des terroirs et de l'œnotourisme.

Une étude de l'INPES, menée en 2015, révèle un sentiment d'omniprésence de la publicité sur l'alcool : 89 % des Français pensent que, globalement, il y a suffisamment (55 %) voire trop (34 %) de publicités en faveur des boissons alcoolisées. Quatre Français sur dix et six jeunes sur dix, disent avoir été exposés, au cours des sept jours précédant l'enquête, à de la publicité en faveur de l'alcool et 70 % d'entre eux considèrent que ces publicités incitent les jeunes à consommer de l'alcool.

La problématique des réseaux sociaux est également forte. Avec l'assouplissement de la loi de 2016, les producteurs d'alcool et de tabac ont une grande marge de liberté sur Internet :

- des marques de produits alcoolisés ont lancé en 2014 une opération sur Instagram pour proposer aux internautes de publier une photo de leur verre, avec le hashtag #Instapéro. L'auteur de la photo la plus *likée* remportait un voyage en Italie ;
- certaines marques se sont associées avec des barmen pour réaliser des vidéos de mise en scène de leur produit, promouvant la « mixologie » (l'art de concocter des cocktails) ;
- des distributeurs de cigarettes ont rémunéré de jeunes Instagrammeurs populaires pour qu'ils publient des photos suggestives, cigarettes et paquets mis en évidence.

Les activités des entreprises produisant ou distribuant du tabac sont encadrées par la loi Evin, qui interdit la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac. Une interdiction de parrainage et de mécénat a été prévue par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁹⁴.

L'encadrement n'est pas de la même nature pour ce qui relève des produits alcoolisés.

En France, l'ARPP (Autorité de régulation professionnelle de la publicité) est l'organe de régulation professionnelle de la publicité, créant les règles éthiques et s'attachant à leur application ainsi qu'au contrôle de leur application⁹⁵. Une « Recommandation alcool », publiée en 1998 et révisée pour la dernière fois en 2015, définit les recommandations auxquelles doivent se conformer les associations et les organisations professionnelles concernées.

⁹⁴ Article 23 - [Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#).

⁹⁵ ARPP, [Recommandation alcool](#).

L'ANPAA est vigilante quant au respect par les acteurs du secteur de leurs obligations en matière de marketing et de publicité, et dénonce les pratiques exposant notamment les jeunes à un « univers alcoolique »⁹⁶.

Certaines entreprises se dotent de corpus de règles éthiques, allant au-delà des contraintes prévues par la loi et par l'ARPP. Des mesures de transparence et d'évaluation de ces codes éthiques élaborés et contrôlés par les entreprises elles-mêmes seraient néanmoins nécessaires pour permettre d'apprécier leur légitimité.

Le groupe Pernod-Ricard a par exemple développé son propre code éthique avec pour principe de base la RSE (*Due sense of social responsibility*) et des critères de « bon goût » : le *Code Pernod Ricard pour les Communications Commerciales*, révisé en 2015.

Toute forme de publicité du groupe est soumise au *Responsible Marketing Panel (RMP)*, composé de cinq personnes (salariés du groupe), qui statue sur sa conformité au Code Pernod Ricard. Les photographies de consommateurs postées sur les réseaux sociaux (sur les pages des marques d'alcool ou de l'entreprise) et jugées non conformes au code d'éthique peuvent également être retirées par l'entreprise.

Dernièrement, l'entreprise a également signé le *IARD*⁹⁷ *Digital Guiding Principles*, visant à l'autorégulation du marketing à l'ère du numérique, tout particulièrement sur les plateformes digitales. Les publicités de leurs produits ne peuvent figurer seulement sur les sites dont l'audience n'est pas composée d'au moins 70 % d'adultes de 18 ans ou plus.

⁹⁶ ANPAA (2018), [Un univers alcoolique. La pression publicitaire au quotidien](#), mai.

⁹⁷ *International Alliance for Responsible Drinking*.

La régie publicitaire Mediatransports spécialisée dans la communication au sein des transports publics, *via* la société Métrobus en qualité d'exploitant publicitaire des espaces de transports publics de la RATP, a aussi pris des engagements veillant à une application stricte des dispositions du Code de la santé publique et de la Recommandation Alcool de l'ARPP.

La société a mis en place un process de validation préalable systématique de l'ensemble des visuels, en trois temps, avec une attention particulière à l'ensemble des campagnes, et visuels associés, proposés par les annonceurs producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées. Comme le prévoit la loi, le contrôle porte sur la nature du message, la validité du support et de son contenu et la présence du message sanitaire : « *L'abus d'alcool est dangereux pour la santé, à consommer avec modération* ».

Métrobus organise également des formations pour les collaborateurs chargés de la vente des espaces publicitaires et ceux en charge de la validation, en faisant intervenir l'avocat à qui sont soumis les visuels en cas de doute.

Sur le sujet de l'éventuelle surexposition aux messages publicitaires des annonceurs du secteur des boissons alcoolisées dans l'enceinte du métro, l'entreprise rappelle que ce secteur représente moins de 5 % du chiffre d'affaires sur les trois dernières années⁹⁸. Métrobus a mis en place des règles imposant des périodes de latence entre des affichages pour ce secteur spécifique.

Les différentes associations regroupant les entreprises de la filière de l'alcool réalisent des campagnes d'information et de prévention à destination du grand public, et plus particulièrement des publics dits sensibles (femmes enceintes, mineurs) ou des comportements à risque (alcool au volant, *binge drinking*).

L'association *Avec Modération!*, créée en 1990 par des acteurs de la filière des boissons alcoolisées, est également à l'initiative d'un Code d'autodiscipline et de déontologie dans le domaine de la communication et de la commercialisation des boissons alcoolisées⁹⁹, cosigné par l'ARPP et les principales organisations de producteurs, médias et agences.

⁹⁸ Campagnes alcool – actions et engagements de Métrobus au sein du réseau RATP, 28/09/2018.

⁹⁹ AACC (2015), [Code d'autodiscipline et de déontologie en matière de communication et de commercialisation des boissons alcoolisées](#).

3. Pratiques des entreprises pour des modes de consommation responsable

Certains organismes sectoriels et entreprises auditionnés s'engagent aussi à promouvoir des modes de consommation dits responsables.

Prévenir et réduire les consommations à risque d'alcool

L'UMIH propose, vis-à-vis des CHRD (cafetiers, hôteliers, restaurateurs, discothécaires), de faire appliquer l'*happy hour* tel qu'il est prévu dans le Code de santé publique, en proposant des boissons non alcoolisées.

L'organisme sectoriel soumet l'idée de proposer des éthylotests dans les établissements vendant de l'alcool avec le slogan « *Soufflez, vous saurez !* ». Cette mesure est déjà mise en œuvre dans certains établissements et lors des manifestations (fêtes viticoles, festivals de musiques, etc.).

Afin d'informer et d'inciter les consommateurs à adopter une consommation responsable, le Département RSE du groupe Pernod Ricard a développé une application « *Wise Drinking* », disponible en trente-sept langues. Elle vise à donner des repères en temps réel sur les quantités d'alcool consommées et est adaptée à chaque législation locale. L'application mobile est largement utilisée par les salariés du groupe, et disponible pour l'ensemble des consommateurs.

Réduire la consommation de tabac

Concernant le tabac, une des solutions en matière de prévention présentée par l'UMIH est de proposer aux exploitants la charte « Terrasses sans tabac » pour ceux qui le souhaitent, afin de créer un environnement partiellement ou totalement non-fumeur sur leur terrasse.

AXA met en place à destination de ses clients, des actions les incitant à réduire ou arrêter leur consommation de tabac : le remboursement du kit de sevrage tabagique dans les produits de mutuelle¹⁰⁰, la mise à disposition de l'application « *Stop Tobacco* », la proposition d'une réduction/prime pour les non-fumeurs lors d'un emprunt. L'entreprise finance aussi des projets de recherche sur le tabac : travaux sur la toxicomanie, sur l'impact du marketing, sur l'impact sur le futur enfant, etc.

4. Jusqu'à la proposition d'offres commerciales alternatives

Dans le secteur tabagique, Philip Morris International a une politique RSE générale de changement de modèle d'affaires, en s'orientant progressivement vers des produits sans combustion : le « *Smoke-Free Future*¹⁰¹ ». En effet, un programme de recherche et de développement a été lancé en 2003 pour développer de nouveaux produits visant à minimiser les risques induits par la cigarette traditionnelle.

Le groupe propose désormais quatre nouveaux produits, présentés par le groupe comme « à risques réduits » : deux produits à base de tabac chauffé et deux produits sans tabac (cigarette électronique). Le groupe estime à 5,9 millions (à la fin du troisième trimestre 2018) le nombre d'anciens fumeurs de cigarettes qui se seraient convertis à leurs nouveaux produits.

Le parti pris du groupe est de réduire les maladies engendrées par les risques liés à la fumée de cigarette (la quantité moyenne de composants nocifs augmenterait avec la température), sans se détourner des produits à base de nicotine.

Si certains effets secondaires dus à la consommation de tabac sont ainsi abordés, le cœur du modèle d'affaires reste donc ici inchangé, l'addiction à la nicotine demeurant un élément structurant des outils cherchant à « fidéliser le consommateur ».

On assiste donc ici à une atténuation de certains risques par des évolutions technologiques qui poursuivent un modèle d'affaires fondé sur la conservation d'un marché de consommateurs, souffrant en grande majorité d'addiction chronique.

¹⁰⁰ L'assurance maladie rembourse, sur prescription, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur, etc.), selon deux modalités de prise en charge distinctes. Comme annoncé dans le plan « Priorité prévention » présenté le 26 mars 2018, plusieurs traitements nicotiques de substitution ont été inscrits sur la liste des médicaments remboursables par l'assurance maladie. Ces traitements sont désormais remboursables à 65 % par l'assurance maladie.

À titre transitoire, le forfait d'aide au sevrage tabagique de 150 euros par année civile et par bénéficiaire est maintenu jusqu'à la fin de l'année 2018 pour les autres substituts nicotiques non remboursables.

[Site de l'assurance maladie](#) et [liste des substituts nicotiques remboursables](#).

¹⁰¹ Cf. Philip Morris International, audition du 12 décembre 2018.

De nouveaux investissements dans le cannabis ?

Certains groupes alcooliers américains, à la suite de la légalisation du cannabis dans plusieurs États d'Amérique et plus récemment au Canada, ont décidé d'investir sur ce nouveau marché.

Ainsi, le groupe de spiritueux américain *Constellation Brands* y a investi quatre milliards de dollars américains, détenant désormais 38 % du capital de Canopy Growth, premier producteur canadien de cannabis.



CHAPITRE 4

RECOMMANDATIONS DE LA PLATEFORME RSE

La Plateforme RSE adresse les recommandations suivantes aux différents acteurs avec pour objectif principal une meilleure prévention des conduites addictives en milieu professionnel et, plus largement, au sein de la société.

En effet, le concept de santé globale permet d'appréhender la problématique des consommations à risque dans le contexte professionnel, mais aussi hors du travail.

La Plateforme RSE recommande au gouvernement :

- **(1)** de veiller à ce que, dans les politiques publiques de lutte contre les addictions, la prévention prime sur la répression, et que cette orientation s'applique aussi aux obligations qui visent le monde de l'entreprise ;
- **(2)** de mener à bien la réforme de la médecine du travail, acteur indispensable de la prévention des addictions, pour assurer sa présence sur tout le territoire français, auprès des entreprises de toute taille, et de mettre en place des dispositifs de dialogue entre la médecine du travail et la médecine de ville, afin d'offrir aux entreprises une meilleure lisibilité et un meilleur service en termes de prévention des risques professionnels ;
- **(3)** d'intégrer la lutte contre les conduites addictives dans la formation initiale des futurs managers (écoles de commerce, de gestion et d'ingénieurs) ainsi que dans la journée de formation suivie par les futurs responsables d'un point de vente d'alcool ou de tabac avant l'obtention du KBIS. Elle recommande également d'engager une réflexion sur la formation des professionnels de santé qui peuvent être en contact avec les salariés, pour y inclure le concept de « santé globale » ;
- **(4)** d'intégrer des cas concrets du monde professionnel dans les campagnes de santé publique contre les addictions.

À défaut d'un consensus parmi l'ensemble des organisations membres de la Plateforme RSE sur la question de l'association des entreprises productrices ou distributrices de tabac ou d'alcool aux concertations destinées à l'élaboration des politiques de prévention :

- *le pôle des entreprises et du monde économique, le pôle des organisations syndicales de salariés et le pôle des chercheurs et développeurs de la RSE recommandent au Gouvernement d'associer toutes les parties prenantes volontaires aux concertations destinées à l'élaboration des politiques de prévention des conduites addictives, y compris les entreprises productrices ou distributrices d'alcool ou de tabac, dont les politiques de responsabilité sociétale peuvent rejoindre les objectifs de santé publique ;*
- *le pôle des organisations de la société civile recommande au législateur, dans la lignée de la convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, d'adopter une législation s'assurant que les pouvoirs publics et les législateurs français et étrangers « ne sont pas influencés par les intérêts commerciaux et autres » des entreprises, syndicats et associations français producteurs ou distributeurs d'alcool ou de tabac.*

La Plateforme RSE recommande à toutes les entreprises :

- **(5)** de porter une attention particulière à la qualité de vie au travail (QVT) de leurs salariés, afin de réduire le risque d'un recours de ceux-ci aux substances psychoactives, et de veiller à porter une attention particulière à la vulnérabilité des jeunes – stagiaires, apprentis, alternants –, qui sont particulièrement exposés à ce risque ;
- **(6)** d'associer les parties prenantes internes (salariés, médecine du travail, CSE, DRH, managers) à la définition et à la mise en œuvre de leurs actions d'information et de prévention, en particulier lors de l'élaboration d'un règlement intérieur, lorsque cela est nécessaire ;
- **(7)** de veiller à la sensibilisation et à la formation du personnel médical des services de santé au travail, interentreprises et autonomes, aux différentes méthodes de prévention et d'information sur les conduites addictives, et d'associer des tiers (associations de patients, etc.) aux actions menées dans l'entreprise ;
- **(8)** de relayer dans l'entreprise les messages des campagnes nationales de prévention et de participer aux programmes d'actions proposés par les organismes de protection sociale ;
- **(9)** de faire figurer leurs politiques de prévention des consommations à risque dans la valorisation de leurs politiques de responsabilité sociétale.

La Plateforme RSE recommande aux entreprises productrices ou distributrices d'alcool ou de tabac :

- **(10)** de mettre en œuvre la « recommandation alcool » de l'ARPP et de relayer les messages des campagnes nationales de prévention sur les unités de conditionnement de leurs produits ;
- **(11)** de mettre à disposition des entreprises des outils (guides, éthylo-tests, etc.) afin de prévenir les consommations à risque dans le cadre du travail ;
- **(12)** de former les professionnels au contact des consommateurs, et notamment les personnels de caisse, sur l'interdiction de la vente aux mineurs ;
- **(13)** de faire figurer dans leur déclaration de performance extra-financière le montant des dépenses consacrées aux actions de lobbying auprès des élus et décideurs publics, ainsi que les positions fournies au débat, en conformité avec les dispositions de la loi dite « Sapin II »¹⁰².

La Plateforme RSE recommande aux fédérations professionnelles :

- **(14)** de renforcer l'accompagnement et la sensibilisation de leurs adhérents, de rendre publiques les initiatives menées avec eux pour lutter contre les conduites addictives, et d'établir une charte d'engagement à destination des opérateurs des filières productrices ou distributrices d'alcool et de tabac.

À défaut d'un consensus parmi l'ensemble des organisations membres de la Plateforme RSE sur la question des partenariats à construire entre les entreprises productrices ou distributrices de tabac ou d'alcool et les acteurs de la prévention :

- *le pôle des entreprises et du monde économique, le pôle des organisations syndicales de salariés et le pôle des chercheurs et développeurs de la RSE recommandent aux entreprises productrices ou distributrices d'alcool ou de tabac de favoriser les partenariats avec les associations, les professionnels de la prévention routière et de la santé publique ;*
- *le pôle des organisations de la société civile recommande de s'abstenir de s'engager dans de tels partenariats, contrairement à l'esprit de la convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.*

¹⁰² Ces dépenses sont identifiées dans la déclaration adressée à la HATVP en application de la loi relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique, dite « [loi Sapin II](#) ».

À défaut d'un consensus parmi l'ensemble des organisations membres de la Plateforme RSE sur la question des pratiques à l'étranger des entreprises productrices ou distributrices de tabac ou d'alcool :

- *le pôle des entreprises et du monde économique, le pôle des organisations syndicales de salariés et le pôle des chercheurs et développeurs de la RSE recommandent aux entreprises productrices ou distributrices d'alcool et de tabac d'appliquer les dispositions prévues par le droit français en matière de marketing et de publicité dans le cadre de leurs activités à l'étranger ;*
- *le pôle des organisations de la société civile recommande aux pouvoirs publics d'adopter, par loi ou par décret, des mesures permettant de s'assurer que les dispositions prévues par la convention cadre de l'OMS et par le droit français s'appliquent en matière de marketing, de lobbying et de publicité des entreprises, syndicats et associations productrices ou distributrices d'alcool ou de tabac à l'étranger.*



ANNEXE 1

LETTRE DE MISSION



PREMIER MINISTRE

France Stratégie
Courrier arrivé le : 28/5/18
N° : 105



Mieux vivre en entreprise avec moins de risques
www.drogues.gouv.fr

Le Président
NP/VS/PS-2018- n°80

Paris, le 24 mai 2018

Monsieur le Commissaire général,

La politique de prévention des conduites addictives menée par le Gouvernement vise à répondre au défi que représentent pour la société française la diffusion très large des substances psychoactives (alcool, tabac, stupéfiants) et les risques et dommages induits par leur consommation, tant pour l'individu lui-même que pour les tiers.

De nombreuses publications scientifiques attestent du rôle de l'environnement sur les consommations, en dehors des seuls facteurs individuels, et notamment des interrelations entre le travail (conditions et organisation du travail, management, statut d'emploi, culture d'entreprise...) et les conduites addictives. Aussi la question des conduites addictives en milieu professionnel a-t-elle été intégrée dans le plan santé au travail 2016-2020 et identifiée comme priorité de la mobilisation contre les addictions portée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Afin de promouvoir une approche globale de prévention et de réduction des risques, l'engagement des entreprises est déterminant. Il convient d'identifier les leviers favorisant l'implication tant des services de santé au travail que des autres acteurs de l'entreprise, pour sortir de la logique de dépistage et de sanction au profit d'une démarche alliant prévention et accompagnement, individuels et collectifs. Ces initiatives peuvent permettre d'améliorer les conditions de travail et la performance de l'entreprise et relever de sa responsabilité sociétale.

La Plateforme RSE, plateforme nationale d'actions globales pour la responsabilité sociétale des entreprises, installée à France Stratégie, est composée de représentants des employeurs, des salariés, de la société civile, de la recherche et des institutions publiques. Elle réunit les principales parties prenantes de la RSE en France.

.../...

Monsieur Gilles de Margerie
Commissaire général de France Stratégie
20, avenue de Ségur
TSA 90725
75334 PARIS CEDEX 07

MILDECA - 35, rue Saint Dominique - 75007 Paris - Tél : 01 42 75 80 00 - Fax : 01 42 75 69 03

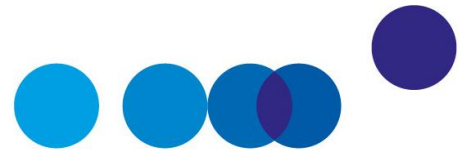
P4

Je la sollicite donc pour qu'elle propose des mesures susceptibles d'encourager les entreprises à s'engager dans des démarches volontaires visant à réduire les consommations à risque d'alcool, de tabac et de stupéfiants, en s'appuyant notamment sur un recensement des pratiques des entreprises et des outils disponibles. Le cas particulier des entreprises produisant ou distribuant de l'alcool pourrait faire l'objet de recommandations spécifiques.

Je souhaite que ces recommandations soient élaborées avant le 30 novembre 2018.

Je vous prie de croire, Monsieur le Commissaire général, à l'expression de ma parfaite considération.


Nicolas Prisse



ANNEXE 2

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Animatrice : Odile UZAN, vice-présidente de la Plateforme RSE

Co-rapporteurs : Pierre PHILIPPE (Coop de France) et Geoffroy de VIENNE (CFTC)

Pôle des entreprises et du monde économique

- Laurence BRETON-KUENY (ANDRH)
- Pierre PHILIPPE (Coop de France)
- Benjamin PERDREAU (Coop de France)
- Philippe CHOIGNARD (CPME)
- Hélène REVERSAT (CPME)
- Jean SANDEVOIR (MEDEF)
- Pascal PELISSIER (U2P / GNI SYNHORCAT)

Pôle des organisations syndicales de salariés

- Geoffroy de VIENNE (CFTC)

Pôle des organisations de la société civile

- Swann BOMMIER (CCFD – Terre Solidaire)
- Jean-Pierre BOMPARD (Humanité et Biodiversité)

Pôle des chercheurs et développeurs de la RSE

- Odile UZAN (ADERSE)
- Camille PHE (FACE)

Pôle des institutions publiques

- Céline BRANAA-ROCHE (CNCDH)
- Charline THIERY (CNCDH)
- Pierre MAZEAU (AFNOR Normalisation)



ANNEXE 3

AUDITIONS

Le groupe de travail a mené 16 auditions, en septembre, octobre et novembre 2018. Il a rencontré des professionnels de santé, des représentants des entreprises et des acteurs engagés contre les conduites addictives, qu'il remercie pour leur disponibilité et leur contribution à ses travaux.

21 septembre 2018

- M. Philippe HACHE, conseiller médical en santé au travail, INRS
- Mme Marie DEFRANCE, responsable des relations institutionnelles, INRS
- M. Olivier VAN BEEMEN, journaliste, auteur de *Heineken en Afrique*

12 octobre 2018

- Pr Michel LEJOYEUX, professeur de psychiatrie et d'addictologie, chef du Service de psychiatrie et d'addictologie à l'hôpital Bichat
- Mme Cécile LHOTE PAGES, directrice des services médicaux, SNCF
- Dr Gladys LUTZ, présidente de l'ADDITRA
- M. Nicolas PRISSE, président de la MILDECA
- Mme Valérie SAINTOYANT, déléguée de la MILDECA
- Mme Patricia COURSAULT, chargée de mission à la MILDECA
- Mme Céline SOUBRANNE, responsable de la Responsabilité d'entreprise, AXA

24 octobre 2018

- M. Alexis ROUX DE BEZIEUX, président de la Fédération nationale de l'épicerie, caviste et spécialiste en produits bio
- M. Didier FAUCON, chef du département Politique et coordination santé sécurité d'EDF
- Dr Denis VIARD, médecin du travail, responsable du département Expertise en santé du travail d'EDF
- Pr Michel REYNAUD, président du Fonds Actions addictions

12 novembre 2018

- Mme Claire PIEROT BICHAT, responsable des affaires publiques
- M. Geoffroy SIGRIST, responsable des affaires publiques et fiscales, Philip Morris International
- Dr André DUBOIS, co-médecin chef de l'Inspection médicale du travail par intérim
- M. Hervé LANOUZIERE, membre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), ancien directeur général de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)

21 novembre 2018

- Mme Nelly DAVID, directrice de l'ANPAA, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
- M. Bernard BASSET, vice-président de l'ANPAA
- M. Guillaume QUERCY, directeur national des activités de l'ANPAA
- M. Alexis CAPITANT (Avec Modération !)
- M. Maxime COSTILHES (Brasseurs de France)
- Mme Magali FILHUE (Fédération française des spiritueux)
- Mme Krystal LEPRESLE (Vin et Société)
- M. Jean-Jacques VERECKEN (Fédération française des vins d'apéritif)
- M. Laurent SCHEER, directeur des affaires publiques (France), Pernod Ricard



ANNEXE 4

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Rapports publics

Auge-Caumon M-J., Caniard E. (2019), *Les addictions au tabac et à l'alcool*, Conseil économique, social et environnemental, janvier (à paraître).

Ballaloud G. (2015), *Les addictions*, Sections des affaires sociales et de la santé, Avis du Conseil économique, social et environnemental, juin.

Bensadon A-C., Barbezieux P. et Champs F-O. (2013), *Interactions entre santé et travail*, Inspection générale des affaires sociales, juin.

Commission nationale consultative des droits de l'Homme (2016), *Avis sur l'usage des drogues et droits de l'homme*, novembre.

Cour des comptes (2016), *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, juin.

Goullé J-P. et Morel F. (2017), *Addictions en milieu professionnel*, Académie nationale de médecine, octobre.

Hesse C. et Duhamel G. (2014), *Évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives*, Inspection générale des affaires sociales, février.

Travaux académiques

ADDITRA, FA, CRTD et GESTES (2014), *1^{er} Congrès Addictologie et travail – Travail, santé et usages de substances psychoactives. État des connaissances et modèles de prévention*, avril.

Aloui A., El Feni L., Maoua Maher, El Maalel O., Znaidi H., Chtourou S., Mili H., Ktari Z. et Mrizek N. (2018), *L'addiction en milieu professionnel : à propos d'une enquête réalisée dans une entreprise d'électricité*, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, mai.

Auvergnon P. (2015), « Drogues illicites et travail salarié : agir, sans surréagir », *Droit Social*, Dalloz, p. 449-456.

Basset B. (2017), « Alcool : la culture ou la santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 57, n° 4, p. 57-61.

Beaudry C., Gagnon M. et Van Otterdijk S. (2017), « Les troubles liés à l'usage de l'alcool en milieu de travail : mots ou maux de gestion ? », *Question(s) de management*, vol. 16, n° 1, p. 37-46.

Beck F. (2012), *Résultats du baromètre santé 2010. Liens entre usages de substances psychoactives (SPA) et milieu professionnel*, Diaporama, janvier.

Belgherbi S., Mutatayi C. et Palle C. (2015), *Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), septembre.

Benayoun A. (2017), *La prévention des conduites addictives : un enjeu important*, éditions Tissot, avril.

Bréhonnet R., *et al.* (2014), « L'impact de la présence d'alcool à l'écran sur le désir de consommer de jeunes Français : effet de la valence et du sexe », *Journal de gestion et d'économie médicales* (vol. 32), p. 175-188, mars.

Chapelle F. G. (2106), « Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux : *burn out*, *bore out*, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel », *Les TCC et le travail, le milieu professionnel, l'entreprise, Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 2016.

Courbon L., Bondéelle A. et Ravallec C. (2012), « Pratiques addictives et travail : un cocktail particulièrement dangereux », *Travail & sécurité*, novembre.

Crespin R., Lhuillier D. et Lutz G. (2017), *Se doper pour travailler*, ERES.

Crespin R., Lhuillier D. et Lutz G. (2015), « Les fonctions ambivalentes de l'alcool en milieu de travail : bon objet et mauvais objet », *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, vol. 107, n° 3, p. 375-401.

Duquesne D. (2016), *Comment concrètement répondre à la mission de prévention des risques liés aux consommations alcool et drogues en entreprise*, 34^e Congrès national de médecine et santé au travail, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, juin.

École normale supérieure de Lyon (2005), *Journées nationales pour la prévention du suicide. Certitudes et incertitudes de la prévention*, Ateliers de formation, février.

Fortané N. (2016), « Une mobilisation contre la santé ? Les producteurs d'alcool face à la notion d'addiction », *Sciences sociales et santé*, vol. 34, n° 1, p. 77-101.

Hollet-Haudebert S. (2018) « Éclairage conceptuel d'une problématique émergente en gestion : l'addiction au travail », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, vol. 30, n° 1, p. 68-80.

INRS (2013), *Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention*, mars.

INRS (2018), *Références en santé au travail*, avril/mai/juin.

INRS (2018), « Les conduites addictives », *Travail & sécurité*, avril.

INRS (2017), « Cannabis et travail », *Références en santé au travail*, n° 152, décembre.

INRS (2015), « Alcool et travail », *Références en santé au travail*, n° 144, décembre.

Kopp P. (2015), *Le coût social des drogues en France*, Observatoire français des drogues et toxicomanies, avril.

Léoni L. (2017), « Histoire de la prévention des risques professionnels », *Regards*, vol. 51, n° 1, p. 21-31.

Lermenier-Jeannet A. (2018), *Tabagisme et arrêt du tabac en 2017*, Observatoire français des drogues et toxicomanies, mars.

Lizé L. (2012) « Dope au travail. Environnement et stratégie de soin », *Le sociographe*, vol. 39, no. 3, pp. 87-92.

Lutz G. (2015), « Pratiques addictives en milieu de travail : impasses du concept et nouvelles perspectives », *Psychotropes*, vol. 21, n° 1, 2015, p. 13-34.

Maurin L. (2009), « Les acrobaties du lobby de l'alcool », *Alternatives économiques*, vol. 280, n° 5, p. 43-43.

Ricard J.-B., *et al* (2015), *La consommation d'alcool en France en 2014, Évolution*, INPES, n° 32.

Rozenblatt P. (), *Le dopage. Vers une pratique sociale courante dans le travail ?*, Institut d'étude du travail de Lyon.

Guides à l'attention des acteurs de l'entreprise

Ammoulal K., *Prévention des pratiques addictives* – 9 fiches de recommandations issues des travaux du groupe de travail Pratiques addictives du GNST, Groupe National en Santé au Travail.

EDF (2015), *Faire face à l'addiction. Guide pratique à l'attention des managers*, juin.

EDF (2015), *Faire face à l'addiction. Guide pratique à l'attention des salariés*, juillet.

Entreprise & Prévention (2007), *La gestion des risques Alcool en entreprise* (CD ROM).

Contributions d'acteurs

ANDRH (2018), *Enquête flash sur les pratiques des DRH en matière de lutte contre les addictions*.

ANPAA (2018), *Un univers alcoolique. La pression publicitaire au quotidien*.

Avec modération (2017), *Cap sur la modération. Rapport d'activités 2015-2016*.

Contribution des filières de boissons alcoolisées au plan national de santé publique « priorité prévention », juin 2018.

La ligue contre le cancer (2018), *Livre blanc des premiers Etats généraux de la prévention des cancers*.

RETROUVEZ
LES DERNIÈRES ACTUALITÉS
DE FRANCE STRATÉGIE SUR :



www.strategie.gouv.fr



[francestrategie](https://www.facebook.com/francestrategie)



[@Strategie_Gouv](https://twitter.com/Strategie_Gouv)



[france-strategie](https://www.linkedin.com/company/france-strategie)



[@francestrategie_](https://www.instagram.com/francestrategie_)

Les opinions exprimées dans ce rapport engagent leurs auteurs et n'ont pas vocation à refléter la position du gouvernement.



France Stratégie est un organisme d'études et de prospective, d'évaluation des politiques publiques et de propositions placé auprès du Premier ministre. Lieu de débat et de concertation, France Stratégie s'attache à dialoguer avec les partenaires sociaux et la société civile pour enrichir ses analyses et affiner ses propositions. Elle donne à ses travaux une perspective européenne et internationale et prend en compte leur dimension territoriale.