

**revue toxibase**

**n° 15**

3e trimestre

2004 - 11 €

**Drogues  
et travail :  
le new deal ?**

**et les rubriques :**

prévention, biblio, législation, nova, www...

# Drogues et travail : le new deal ?

Peut-on assimiler l'utilisation de psychotropes en milieu professionnel à une forme de dopage ?

Quel est le point d'équilibre entre l'aide qu'il faut apporter aux salariés qui ont un problème avec l'alcool ou avec d'autres drogues et la sécurité qu'il faut préserver dans l'environnement professionnel ?

Faut-il rendre le dépistage obligatoire et dans quelles limites ?

Le médecin du travail a-t-il réellement la capacité de repérer et d'intervenir sur les conduites addictives ?

En France ces problèmes sont encore peu étudiés, voire niés, alors qu'ils sont abordés depuis longtemps dans certains pays comme le Canada ou les États-Unis.

Ce dossier *thema* est constitué de quatre articles complémentaires pour un état des lieux éminemment provisoire :

A. Fontaine définit la population des usagers en milieu professionnel et comment intervenir dans le contexte de l'entreprise, R. Crespin décrit la tendance de généralisation du dépistage aux États-Unis et M. Hautefeuille les enjeux de la prise en charge des patients dépassés par leur consommation.

Enfin, l'OFDT présente une synthèse des usages de substances psychotropes par statut professionnel puisque les études sur l'usage en milieu de travail restent très rares.

Ce dossier est complété par des interviews de médecins du travail pour mieux comprendre la complexité de ces questions, vécues au quotidien par de nombreux salariés et entreprises (rubrique focus p. 37)

Ce dossier *thema* a été coordonné par Astrid Fontaine, Michel Hautefeuille et Thomas Rouault

\* ethnologue,

prépare actuellement un ouvrage sur les usagers de drogues intégrés à un milieu professionnel,

<http://asso.lrsh.free.fr>

## Drogues et travail, des enjeux politiques, économiques et personnels

Astrid Fontaine\*

### Les enjeux de la consommation de psychotropes en milieu professionnel

#### L'identification d'une nouvelle " population " : des usagers de drogues qui travaillent ou des salariés qui se droguent ?

“ Tout d'abord, qu'est-ce qu'un consommateur intégré d'héroïne et de cocaïne ? La définition de Robert Castel et de ses collaborateurs (Castel & al., 1998) constitue une bonne plate-forme de départ pour essayer de répondre à cette question. Selon ces auteurs, le toxicomane est celui qui organise toute son existence autour de la recherche et de l'absorption de drogues. Dès lors, si l'on raisonne par opposition, le consommateur intégré est celui qui utilise la drogue, mais dont le mode de vie ne se réduit pas à la recherche et à l'usage du produit. Pour cet individu, la consommation n'est pas une expérience totale, puisqu'elle ne constitue pas, comme le dit Albert Ogien, la seule ligne biographique de l'existence (Ogien, 1995) ; au contraire elle n'est qu'une parmi les différentes pratiques qui structurent le mode de vie<sup>1</sup>. ”

Les usagers engagés dans des processus identitaires ou de précarisation ont constitué jusqu'il y a peu l'essentiel des études portant sur la consommation de drogues, parce qu'ils sont, du fait de l'illégalité de leur pratique et de son éventuel rattachement à des modes de vie *à risques*, associés à des problèmes de santé publique ou de troubles de l'ordre public. Ces populations

sont donc rendues visibles par le comportement *a-normal* qu'elles adoptent, ainsi que par la répression dont elles sont l'objet ou les soins dont elles bénéficient.

L'usage de psychotropes illicites par des personnes intégrées à un milieu professionnel constitue un champ de recherche très récent en France. La définition la plus large donnée de cette population est la suivante : *Usagers ne fréquentant aucune structure de prise en charge sanitaire ou sociale ou non repérés par le dispositif d'application de la loi*<sup>2</sup>. Elle n'inclut donc pas la notion de travail et insiste sur le fait que ces usagers ne sont pas recensés, n'ont pas d'existence statistique. Les usagers de drogues qui travaillent ne se définissent pas et ne se revendiquent pas en tant que *milieu* ou *sous-culture*. Rien, *a priori*, ne les regroupe, ni en terme d'âge, ni de type d'activité exercée, ni de loisirs pratiqués. Cette *population* d'usagers est donc avant tout une construction sociologique.

1 - M. Caiata, *Les stratégies de gestion des consommateurs intégrés d'héroïne et de cocaïne*, Département travail social et politiques sociales, Université de Fribourg (Suisse), in Restim, Actes du colloque du 6.12.2000, *Clinique et thérapeutique des psychostimulants : inventaire et perspective*

Voir aussi Maria Caiata, *La consommation contrôlée de drogues dures. Une toxicodépendance d'intégration paradoxale*, in Psychotropes RIT (1996) 2,7-24.

2 - Rapport TREND, OFDT, mars 2000

Depuis quelques années différentes équipes de recherche en France mais surtout à l'étranger travaillent sur ce sujet, selon différentes approches : socio-sanitaire<sup>3</sup>, économique<sup>4</sup>, méthodologique<sup>5</sup>, sociologique<sup>6</sup>, statistique<sup>7</sup>. Dans une revue de la littérature, Marie-France Maranda et Pauline Morissette identifient quatre modèles de problématisation de la question de l'alcool et des toxicomanies en milieu professionnel :

Dans le premier modèle, l'employé lui-même est considéré comme la source du problème (*l'employé est le problème*).

Le deuxième modèle explore le manque de compatibilité entre l'employé et son environnement de travail (*la relation employé - travail est le problème*).

Le troisième s'intéresse au milieu de travail pour ses propriétés alcoolisantes (*les conditions de travail et l'organisation du travail sont le problème*).

Le quatrième cherche à comprendre les relations entre la culture de travail et les sous-cultures de consommation (*la culture est le problème*).<sup>8</sup>

## Vers une extension des tests de dépistage en entreprise ?

Ce récent intérêt pour l'usage de psychotropes par des personnes qui travaillent, alors que médecins, chercheurs et dirigeants s'accordent pour dire qu'aucun élément ne permet de conclure à une soudaine augmentation de ces pratiques dans le contexte professionnel, est dû à plusieurs facteurs, parmi lesquels : l'évolution de la consommation dans la société dans son ensemble et sa prise en compte par les pouvoirs publics, mais aussi les impératifs de sécurité et de rentabilité qui régissent le monde de l'entreprise et l'intérêt économique que représentent le marché des tests de dépistage des drogues ainsi que celui des produits permettant de falsifier ces tests.

La prise en compte de ce phénomène, sans doute aussi ancien que le travail lui-même, relève aussi d'une certaine levée du tabou en lien avec une transformation de la consommation de psychotropes à l'œuvre depuis une trentaine d'années, à savoir : une baisse de la consommation du produit traditionnellement admis dans notre culture et qui bénéficie en conséquence d'un statut légal (l'alcool) et une hausse de la consommation de produits illicites (le cannabis essentiellement) et de médicaments psychotropes<sup>9</sup>.

Par ailleurs, l'enjeu commercial que représente les tests de dépistage pour l'industrie pharmaceutique qui les fabrique doit ici être souligné. On sait que près de la moitié des salariés américains est aujourd'hui contrôlée à l'embauche et durant l'année<sup>10</sup>. Le marché du test de dépistage et son pendant, le marché des produits permettant de

falsifier ces tests, ne peuvent donc plus évoluer aux États Unis

Une extension de la pratique du dépistage des drogues en entreprise, telle qu'on peut l'observer aux États Unis, pose des questions pratiques autour de la validité de ces tests<sup>11</sup>, des conditions de prélèvement et de l'utilisation des résultats. Elle pose aussi des questions éthiques : que devient le secret professionnel puisque, comme le disent fréquemment les médecins du travail, même lorsque le motif de l'inaptitude n'est pas énoncé, il est relativement lisible pour les dirigeants de l'entreprise ? Quelles seront les conséquences pour le salarié, les sanctions encourues ? Si les entreprises prennent soin de mettre en place des dispositifs spécialisés pour *aider le salarié à s'en sortir*, il va de soi qu'un test révélant que la personne a consommé une drogue - quand bien même il s'agirait d'une consommation modérée de cannabis dans un cadre privé - sera suivi de mesures plus ou moins sévères et plus ou moins adaptées. Les tests positifs pourront par exemple constituer un motif de licenciement ou exposer les salariés à des sanctions plus diffuses (mutations, reclassement dans des postes moins valorisants et moins rémunérés, rumeurs...).

## Quelles interventions en entreprise ?

Les tests de dépistage des drogues en milieu professionnel posent des questions éthiques, autour des atteintes aux libertés individuelles et de la disqualification d'une population jusqu'ici préservée. Les salariés occupant des postes de sécurité<sup>12</sup> font depuis bien longtemps l'objet d'une surveillance médicale particulière, qui inclue le dépistage des psychotropes. Mais s'il est bien compréhensible que certaines entreprises - comme la SNCF, la RATP, les compagnies aériennes, l'industrie chimique... - s'assurent que les salariés occupant des postes de sécurité ne travaillent pas sous influence, il est légitime de se poser la question de ce que recouvre une extension, déjà bien amorcée, des tests de dépistage à tous les secteurs professionnels.

Ainsi, suivant le chemin tracé par les États Unis<sup>13</sup>, les différents corps de l'armée, de la gendarmerie et de la police<sup>14</sup> commencent à prendre en compte cette donnée, le ministère des Transports a récemment publié un décret<sup>15</sup> obligeant les entreprises françaises à mettre en place des dispositifs consacrés à la prévention des risques alcool et toxicomanies et différents textes de lois vont également dans ce sens<sup>16</sup>.

L'exemple du Canada, qui s'est intéressé quelques années avant la France à cette question, est instructif. Dans bon nombre

d'entreprises canadiennes se sont récemment développés différents dispositifs consacrés à la question de la consommation de psychotropes. Maranda *et al.*<sup>17</sup> décrivent quatre types d'intervention en milieu de travail, qui pourraient correspondre aux réponses actuellement en cours d'élaboration dans les grandes entreprises françaises.

**Les programmes d'aide aux employés (PAE).** L'objectif des programmes d'aide est d'amener l'employé à prendre conscience de son problème et à modifier ses comportements en conséquence. La documentation fait voir que le recours à l'abstinence totale ne peut être le seul élément de traitement et de prévention retenu (Lamarche et Landry, 1994). Certaines approches préconisent maintenant des programmes de prévention de type cognitif-behavioral orientés vers l'idée de contrôler la consommation (Kishcuk *et al.*, 1994). (...)

**Le dépistage et les mesures répressives.** (...) Deux raisons peuvent motiver les employeurs : la baisse de rendement et de productivité et les habitudes peu sécuritaires. Dans cet esprit, les milieux de travail servent à identifier et à pénaliser les utilisateurs de drogues illicites. (...)

3 - Voir notamment Kuebler (D.) et Hausser (D.), Consommation d'héroïne et/ou de cocaïne. Enquête exploratoire auprès d'une population cachée, Lausanne, IREC-DA/EPFL, 1995

4 - Voir notamment OGD, *Où va la cocaïne introduite en France et en Europe ?*, étude commandée par le ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, OEDT et MILDT, décembre 1996 et Kopp P. et Fenoglio P., *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, OFDT, 2000

5 - Voir notamment Fitzgerald (J.L.), *Hidden populations and the gaze power*, Journal of the Drug Issues 26 (1), 005-021, 1996

6 - Voir les travaux de Ehrenberg A., Coppel A., Castel R., Ogien A, Laure P.....

7 - Voir les articles Beck et Lopez / OFDT dans le même n°

8 - Maranda M.-F. et Morissette P., *La problématique de l'alcool et des drogues en milieu de travail*. In : *Santé, sécurité et transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel*, Harrisson D. et Legendre C. (dir), Presses de l'université de Québec, pp80-103

9 - Zarifian (E.), *Le prix du bien-être. Psychotropes et société.*, éditions Odile Jacob, 1996

10 - Voir l'article de Renaud Crespin

11 - Les tests urinaires posent certains problèmes ils ne permettent en aucun cas de dire si le salarié est sous emprise mais déterminent s'il a consommé

12 - Il faut ici souligner le flou qui entoure la définition des postes dits de sécurité.

13 - Voir article de Crespin Renaud dans ce même n°

14 - Voir interview du colonel Bayard

15 - 31 juillet 2003 / REF

16 - Voir rubrique législative /Thomas Rouault

17 - Op. cit.

Les objectifs déclarés des tests antidrogues sont de réduire les accidents, et 85% des grandes formes américaines les utilisent sur une grande échelle (Macdonald, 1995). En revanche, selon une revue de la littérature (Crow et Hartman, 1992), l'ampleur du problème alcool et drogues en milieu du travail est exagérée par les médias, les politiciens et les consultants qui exploitent la montée de la droite aux États Unis et l'intolérance, faisant du dépistage en milieu de travail pratiqué sur une grande échelle une gigantesque chasse aux sorcières.

**Les stratégies de prévention et de promotion de la santé.** La médecine occupationnelle vise à changer les habitudes de vie ou les styles de vie ; les comportements sont ici compris comme des réducteurs des facteurs de risque. Cette approche a pour valeurs le renforcement de la responsabilité individuelle (Kishcuk et al., 1994 ; Conrad et Chapman-Walsh, 1992), le

contrôle de soi et le contrôle social (Shain et al., 1986). Certains programmes sont axés sur le renforcement des comportements de santé (Hanlon, 1987) tels que le conditionnement physique, la diète, la réduction et la gestion du stress.

**L'aide et l'entraide en réseau social.** Contrairement aux approches qui mettent l'accent sur le contrôle et la répression et qui en bout de ligne aggravent le problème ou, du moins, marginalisent et rendent plus vulnérables les individus aux prises avec ces problèmes (Stenger et Ralet, 1991), des politiques de santé publique cherchent à développer l'aide : rendre des services disponibles, prodiguer de l'écoute, aider à découvrir le rôle joué par la drogue. (...) Cette approche reconnaît la capacité d'auto-organisation des groupes, leur aptitude à produire leur propre expertise, leur propre style et leurs propres normes.<sup>18</sup>

une *perte de sens au travail* et une inclinaison de la disposition des personnes à jouer le jeu, *voire des comportements perçus comme relevant de la maladie mentale*<sup>24</sup>.

### Le travail sous influence ?

Le travail sous influence n'est pas une habitude pour les usagers de drogues que nous avons rencontrés. Ils évitent la plupart du temps de consommer durant leur temps de travail. Certains produits sont, du fait de la nature des effets qu'ils procurent, absolument incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle. C'est principalement le cas de l'ecstasy et du LSD. D'autres substances sont plus fréquemment utilisées dans le cadre du travail. Les amphétamines, produits de la performance, sont consommées dans le cadre d'usages dopants, pour pouvoir tenir un rythme de travail soutenu<sup>25</sup>.

De nombreuses stratégies sont élaborées par les usagers pour contrôler et réguler leur consommation, témoignant de l'existence d'un usage responsable qui s'inscrit

## Comment les usagers vivent-ils cette dichotomie entre une pratique illégale et leur inscription dans un milieu professionnel ?

Marc-Henry Soulet<sup>19</sup> et son équipe ont privilégié l'approche ethnographique et les récits de vie pour aborder cette question. Leur attention s'est portée plus précisément sur les stratégies de gestion d'une dizaine d'injecteurs d'héroïne et/ou de cocaïne, exerçant une activité professionnelle régulière depuis plus d'un an.

Suivant les traces de cette recherche exploratoire, nous avons réalisé, entre 2000 et 2003, 62 entretiens avec des usagers de psychotropes illicites<sup>20</sup> et/ou licites exerçant une activité professionnelle régulière depuis plus d'un an<sup>21</sup>. Ces études, financées par l'Observatoire Français des Toxicomanies, ont donné lieu à la publication de deux rapports de recherche<sup>22</sup>.

Les témoignages recueillis mettent en exergue les stratégies individuelles de gestion de l'ambivalence inhérente à la question des drogues conditionnée par l'interdit juridique et moral dont elles font l'objet.

L'usage de psychotropes illicites ne s'inscrit pas toujours dans un cadre contestataire de la société dans son ensemble, il n'est pas forcément abordé sous l'angle de la transgression. La plupart des personnes rencontrées ne vivent pas et ne se représentent pas *en dehors* de la sphère sociale. Ils mettent parfois en exergue ce qu'ils considèrent être des indices d'une *bonne appartenance à la société*, les gages qu'ils estiment donner pour avoir droit au respect de leur liberté, à une place et à un statut social. Beaucoup se

considèrent comme des citoyens *respectables* et ne présentent pas leurs pratiques comme contradictoires avec leur insertion professionnelle.

### Quels rôles jouent les psychotropes dans la vie des usagers intégrés ?

Trois fonctions sont régulièrement attribuées aux drogues : la recherche de plaisir, les usages en vue de performance ou d'adaptation sociale et la fonction thérapeutique<sup>23</sup>. Ces trois fonctions interviennent successivement ou simultanément dans la vie de la personne et sont plus ou moins prépondérantes. Si les usagers de drogues mettent en avant la dimension hédoniste et festive de leurs consommations, un usage thérapeutique de ces substances apparaît fréquemment au second plan.

De nombreux usagers parlent de leur consommation comme une pratique de détente, d'apaisement des tensions psychologiques qu'ils ressentent parfois fortement. La notion de plaisir et la sensation de distanciation semblent correspondre à la recherche d'un certain équilibre psychologique et d'un allègement des contraintes sociales et des questionnements existentiels. L'usage de drogues, potentiellement source d'exclusion, peut dans le même temps être un outil -voire une condition- de l'adaptation sociale et professionnelle. Les médicaments peuvent aider des personnes à *tenir le coup*. Une dégradation des conditions de travail, une perte de statut, un manque de reconnaissance, peuvent induire

<sup>18</sup> - Maranda M.-F. et Morissette P., *La problématique de l'alcool et des drogues en milieu de travail*, in : *Santé, sécurité et transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel*, Harrisson D. et Legendre C. (dir), Presses de l'université de Québec, pp 80-103

<sup>19</sup> - Soulet (M.-H.) (dir), *Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeu de conventionnalité*, éditions universitaires Fribourg, Suisse, vol. 15, 2002.

<sup>20</sup> - Cannabis, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, ecstasy, héroïne pour certains d'entre eux mais rarement par voie intraveineuse.

<sup>21</sup> - Nous avons également interrogé quelques médecins généralistes, pour mieux comprendre leurs choix de prescription et parce qu'ils jouent un rôle primordial dans la gestion de l'usage, et un médecin du travail.

<sup>22</sup> - Astrid Fontaine & Caroline Fontana, *Drogues, activité professionnelle et vie privée - Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel*, association LRSH, publication OFDT, octobre 2003, 162 p

Astrid Fontaine, *Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire*, association LRSH, publication OFDT, juillet 2002, 213 p  
Téléchargeables sur <http://www.ofdt.fr>, renseignements en écrivant à [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)

<sup>23</sup> - Les usages thérapeutiques sont ici considérés dans le sens le plus large. Ils désignent des pratiques (usages prescrits ou automédication) destinées à soigner un mal physique ou moral ou encore à supprimer ou atténuer la souffrance qui l'accompagne.

<sup>24</sup> - Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi, 2. Les relations en public*, éditions de Minuit, coll. Le sens commun, 1973.

<sup>25</sup> - Sous forme de speed ou de médicaments détournés

dans le respect des règles en vigueur dans l'environnement professionnel. Parmi les plus fréquemment citées on peut noter :

- le développement d'une rigueur et d'une autodiscipline qui consiste à compenser la consommation par l'organisation et l'anticipation ;
- l'aménagement de temps de récupération après un épisode de consommation ;
- la modération, le contrôle des quantités absorbées à chaque prise, l'évitement de certains modes d'administration (injection notamment) ;
- l'espacement des prises quand la charge de travail est trop importante ;
- le maintien d'une consommation strictement circonscrite aux week-ends et aux vacances qui détonnent avec une vie très réglée en semaine.

D'une manière générale, transformer un usage récréatif en une intoxication chronique, quotidienne, est perçu comme inquiétant. La peur de la dépendance est partagée par la grande majorité des personnes rencontrées. On peut également souligner le poids des représentations dans la gestion de la consommation et dans la constitution des limites que l'individu s'impose. Dans la logique des usagers qui travaillent, le maintien d'un usage stratégique et contrôlé est valorisé. Instrumentaliser les produits est pour eux l'indice d'une consommation saine, qui les différencie de la personne assujettie aux produits.

Les effets négatifs induits par la prise de produits représentent parfois des motifs suffisants pour diminuer ou stopper une consommation. Les femmes mettent plus souvent en avant ces effets secondaires et semblent d'une manière générale plus soucieuses de leur santé, de leur corps et de la rigueur sur le plan professionnel. Elles évoquent plus facilement que les hommes les malaises psychiques et physiques qu'elles ressentent. Les effets négatifs les plus couramment cités sont :

- les troubles de l'humeur (nervosité, irritabilité) ;
- la fatigue, les troubles du sommeil ;
- une fragilité générale de l'organisme, états grippaux, maux de gorge ;
- des périodes de déprime qui suivent une consommation régulière ;
- parfois une baisse du désir sexuel.

### La dimension sociale de la consommation : le jeu des apparences

D'une manière générale, on observe une crainte à l'égard des sanctions pénales mais surtout une peur de la stigmatisation et un souci de *paraître normal*, de répondre aux attentes des acteurs du monde professionnel. Avoir une *bonne image* aux yeux des

autres, chercher à l'améliorer ou en tout cas éviter qu'elle se dégrade est un facteur important pour le bien-être de l'individu, tant sur le plan professionnel pour conserver une crédibilité que sur le plan personnel pour maintenir une bonne estime de soi. Le corps, qui constitue pour beaucoup la première limite à la consommation de drogues, est aussi l'outil qui permet de faire illusion, de correspondre aux attentes des autres.

Plusieurs personnes insistent sur l'avantage d'avoir *une bonne gueule*, d'être *insoupçonnable*. De nombreux témoignages mettent l'accent sur l'importance de l'apparence physique dans les relations interindividuelles. Ainsi ceux qui n'ont pas la *gueule de l'employé* l'usager de drogue, sont tout à fait conscients d'échapper, grâce à cette particularité, à la répression et à la stigmatisation. Par ailleurs, plusieurs usagers expliquent que non seulement la consommation de psychotropes intervient parfois dans la gestion des contraintes sociales et des angoisses existentielles, mais aussi que les effets des produits peuvent être adaptés au monde du travail<sup>26</sup>.

### La dimension symbolique de la consommation

Trois figures apparaissent dans les représentations des usagers intégrés. Ces personnages fantasmés, le *Français moyen* - qui incarne la norme -, le *Junky* - qui incarne la déchéance - et le *Super Héros* - qui incarne la réussite -, semblent jouer un rôle primordial dans le vécu de la consommation. Au-delà même de la relation qu'entretient l'usager avec le(s) produit(s), elles sont le lieu et l'expression de la *subjectivité*.

Se percevoir ou non comme dépendant, accepter, craindre ou revendiquer le statut de *toxicomane*, conditionne en partie et connote l'histoire de la personne avec les psychotropes. C'est donc aussi en s'appuyant sur ces productions symboliques que l'usager, quel que soit son rapport au(x) produit(s) construit ses propres stratégies de gestion et qualifie sa consommation, en se mentant parfois à lui-même. S'identifier à la figure du toxicomane, sous l'angle du raté qu'on méprise ou du marginal qui conteste, c'est se préparer à le devenir. Cultiver l'image du Super Héros c'est tenter de s'en rapprocher, intégrer et appliquer au moins en partie, le comportement qui définit ce personnage, même s'il reste fictif, rêvé. Ainsi l'usager qui travaille donne parfois l'impression de cultiver sa vie professionnelle pour s'éloigner de l'identité du *drogué* et de se droguer pour s'éloigner de la norme. Consommer des drogues peut aussi permettre de ne pas se sentir réduit à son identité professionnelle. Garder cette

pratique secrète permet un *élargissement de la vie*<sup>27</sup>.

De toute évidence, au-delà même du plaisir immédiat qu'il procure, l'usage de psychotropes vise à supporter, à accepter le compromis nécessaire, parfois même à permettre l'intégration. Certaines personnes, qui recherchent la stabilité et la sécurité à travers leur statut social, entretiennent ainsi parallèlement un rapport marqué avec la transgression. Les drogues peuvent représenter dans ce sens une échappatoire, un moyen de se plier à la contrainte que représente le travail tout en entretenant une double identité. L'usage de drogues illicites, comme la fréquentation des milieux de la nuit, offre une possibilité, même symbolique, de dépassement des obligations créées par la condition sociale.

Pour certaines personnes enfin, le caractère illégal des drogues a pu jouer un rôle important à l'adolescence mais a été supplanté par une nécessité d'un autre ordre : la drogue représente pour eux, comme pour les usagers de médicaments psychotropes, la condition de leur intégration. Elle devient la *béquille chimique*<sup>28</sup> nécessaire à leur adaptation.

<sup>26</sup> - Voir A. Fontaine & C. Fontana, *Drogues, activité professionnelle et vie privée - Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel*, association LRSR, publication ODFD, octobre 2003, pp 99-124

<sup>27</sup> - Expression employée par Simmel G., *Secret et sociétés secrètes*, éd. Circé, 1991

<sup>28</sup> - Expression employée par Ehrenberg A. et Mignon P.

# L'exemple américain peut-il éclairer la diffusion des tests de dépistage des drogues dans l'espace professionnel français ?

Renaud Crespin\*

“ Rien ne justifie un dépistage de la toxicomanie organisé de manière systématique dans l'entreprise ”

Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, 1990

“ Les conséquences de la consommation de drogues dans les domaines de la sécurité, de la santé et de la sûreté commandent de mettre en place une politique de lutte contre l'usage de drogues, notamment par la mise en place d'un dispositif de dépistage des toxicomanies au sein des entreprises ”

Rapport du Sénat, *Drogue : l'autre Cancer*, 2003<sup>1</sup>

\* Docteur en science politique  
renaud.crespin@noos.fr

1 - Olin (N.), Plasait (B.), *Drogue : l'autre cancer*, rapport d'information n° 321, 2 tomes, 2002-2003.

2 - Cet article est une version remaniée d'un chapitre d'un rapport de recherche que j'ai réalisé pour la MILDT sous la direction scientifique de P. Lascoumes, directeur de recherche au CNRS/CEVIPOF : Crespin (R.), *Entre prévention et répression : Appropriation et régulation des tests de dépistage des drogues. Une étude comparative France - États-Unis*, MILDT, juin 2004, 158 p.

3 - Voir l'article d'Astrid Fontaine dans ce numéro

4 - Les résultats indiquent que 48% des personnels en exercice déclarent avoir consommé de la marijuana au cours des 30 derniers jours et 20% durant leur service. Burt (M.R.), Biegel (M.M.), Carnes (Y.), Farley (E.C.), *Worldwide Highlights from the worldwide Survey of Non-Medical Drug Use and Alcohol Use Among Military Personnel*, Burt Associated, Bethesda, 1980

LA REGULATION DU DEPISTAGE des drogues dans l'emploi est un problème posé aux pouvoirs publics français depuis la fin des années 80<sup>2</sup>. Le processus a pour origine une demande de commercialisation de tests par un laboratoire pharmaceutique. La Mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies charge alors plusieurs organismes de rendre une expertise pour définir les conditions d'usage de ces instruments dans le milieu professionnel.

En octobre 1989, le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE) rend un premier avis. Conformément aux travaux antérieurs du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels (CSPRP) sur le problème posé par la séropositivité dans l'entreprise, le CCNE estime que les tests ne sauraient être des instruments de *discrimination*.

Ce premier cadrage est précisé l'année suivante par le CSPRP qui, tout en prenant en compte les exigences de sécurité liées à certains postes *sensibles*, écarte toute systématisme du dépistage et cantonne les conditions d'usage des tests au cadre strict de la mesure de l'aptitude au travail. Or, depuis la fin des années 90, on assiste à une demande d'assouplissement de ces règlements, comme l'atteste le rapport du Sénat cité en exergue. Les pouvoirs publics montrent l'exemple puisque l'on observe parallèlement une diffusion de l'usage des tests dans plusieurs administrations<sup>3</sup>.

Si ces pratiques sont relativement nouvelles en France, le dépistage des drogues dans l'espace professionnel a déjà une

longue histoire aux États-Unis. Revenir sur certains aspects de cette histoire peut apporter des éléments d'explication pour comprendre la situation française actuelle et anticiper sur ses développements.

## Les premiers tests : une affaire militaire

Aux États-Unis, les premières utilisations documentées de tests de dépistage de drogues dans l'espace professionnel datent de la fin des années 60. Elles concernent alors principalement les forces armées américaines engagées dans le conflit vietnamien. Effectués au moment du retour des troupes, les tests s'inscrivent dans une offre de soins médicaux pour les soldats dépendants de drogues.

Mais au début des années 80, les conclusions alarmantes d'une enquête de prévalence de la consommation de drogues dans l'armée<sup>4</sup>, conjuguées à l'accident du porte-avions Nimitz dans lequel est publiquement mis en cause l'usage de marijuana, amorcent une nouvelle orientation plus disciplinaire du dépistage. Des programmes obligatoires et aléatoires de tests sont lancés qui en cas de résultat positif peuvent conduire jusqu'au renvoi de l'armée. En 1985, 1,5 million de tests seront effectués par le ministère de la défense (DOD), pour atteindre 1,9 million en 1986.

## Les tests dans l'emploi : le versant domestique de la "guerre à la drogue" ?

Au début des années 80, l'intensification de la doctrine de la *guerre à la drogue* par le Président Reagan conduit à prendre de

nouvelles mesures. Ces dernières ont deux dimensions :

La première, la plus connue, consiste à développer des actions en dehors des États-Unis afin de réduire l'offre de drogues. C'est dans cette logique que le gouvernement américain, par le biais de la Drug Enforcement Administration (DEA), a soutenu et multiplié au cours des deux dernières décennies les campagnes visant à stopper la production et l'exportation de drogues en provenance, principalement, d'Amérique Latine.

L'autre dimension de cette *guerre à la drogue*, moins connue et sur laquelle nous insisterons ici, est menée sur le territoire américain. L'objectif est alors de réduire la demande domestique de drogues. Les tests apparaissant comme des instruments devant permettre la réalisation de cet objectif, des politiques publiques incitatives favorisent leur appropriation et leur diffusion massive dans les emplois publics et privés. Cette déclaration domestique de *guerre à la drogue* se fonde sur une représentation alarmante de la consommation de drogues aux États-Unis et de ses conséquences notamment pour la sécurité et la productivité des travailleurs américains.

Alors que des études ultérieures montreront que le pic de consommation de drogues se situe en 1979<sup>5</sup>, c'est au cours des années 80 que l'idée d'une crise sociale et économique sans précédent liée à l'extension de la consommation de drogues est publiquement partagée par les médias et les responsables politiques. À plusieurs reprises, le Président Reagan invoque la nécessité de mener une *croisade nationale contre les drogues*. D'autres responsables politiques assimilent le problème des drogues à une épidémie. C'est le cas du Sénateur démocrate du Delaware William Roth lorsqu'il prédit : *Dans l'Europe médiévale, des milliers de laissés pour compte sont morts de la peste noire, dans les USA des années 80 des milliers d'autres vont mourir de la même façon mais de la peste blanche : l'épidémie de cocaïne.*

L'idée d'une crise sociale et morale liée à une épidémie de drogue est également véhiculée par de nombreux articles de presse<sup>6</sup>. L'un des plus célèbres est signé en mars 1986 par J. Castro, éditorialiste du très influent magazine Time<sup>7</sup>. Justifiant la *guerre à la drogue*, l'article est conçu comme un appel aux responsables politiques afin qu'une épidémie d'une telle proportion soit combattue à la source, c'est-à-dire au niveau de la demande de drogues. La généralisation de l'usage des tests est alors expressément souhaitée dans l'emploi. Les programmes pionniers

menés dès 1985 par de grandes entreprises telles que General Motors, IBM, Mobil ou Exxon sont présentés comme des modèles à suivre d'autant que, selon l'auteur, plusieurs enquêtes montrent que l'épidémie de drogues sape la force de travail américaine.

### Le gouvernement fédéral : un rôle d'incitateur dans la diffusion des tests

C'est dans ce contexte médiatique et politique que doit être replacé le rôle d'incitateur joué par l'État fédéral dans la diffusion des tests de dépistage des drogues dans les emplois publics puis privés.

Lors de son audition en septembre 1986 devant le Sous-comité des Ressources Humaines de la chambre des Représentants, la députée démocrate Pat Schroeder résume le raisonnement suivi par l'administration américaine pour tester les employés fédéraux. Considérant que le crime organisé est financé par la vente et l'importation de drogues illégales et que les lois en vigueur axées sur la réduction de l'offre sont des échecs notoires, d'autres politiques doivent être menées. Afin de stopper le flux de drogues, la seule alternative est de s'attaquer à la demande. Or, s'il apparaît difficile d'imposer des restrictions pour l'accès au travail à l'ensemble de la société, soumettre les employés fédéraux au dépistage permet d'en faire deux exemples dans la lutte contre le crime organisé.

C'est bien le sens des propos du républicain Rodney G. Smith, Président de la commission présidentielle sur le crime organisé, lorsqu'il affirme devant le même Sous-comité qu'il faut que *les individus qui consomment de la drogue comprennent qu'ils sont les financiers de l'épidémie de drogue*<sup>8</sup>. Si ce raisonnement sous-tend les mesures normatives prises par la

suite pour favoriser le dépistage des drogues dans le domaine de l'emploi, les justifications affichées sont essentiellement économiques, l'usage des tests devant permettre d'améliorer la productivité et la sécurité dans les entreprises et les administrations américaines<sup>9</sup>. La consommation de drogues est considérée comme la principale cause de l'absentéisme, des retards, de l'usage abusif des prestations sociales et médicales mais également des accidents ou des vols sur les lieux de travail. Ces arguments servent à justifier les règlements émis soit par le gouvernement fédéral soit par les États pour promouvoir le dépistage des drogues dans les emplois publics et privés.

L'analyse de ces règlements (législatifs, contractuels) met en évidence le rôle d'incitateur joué par le gouvernement fédéral pour comprendre le caractère massif de la diffusion des tests dans la seconde moitié des années 80.

Malgré l'absence de loi générale sur le dépistage, ces règlements s'imposent dans divers contextes

5 - Research Triangle Institute, *Economic Costs to Society of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness* : 1980, 1984.

6 - Se fondant sur une recherche documentaire (NEXIS) dans les archives du New York Times, John Gilliom montre qu'entre 1981 et 1990 le nombre d'articles contenant les mots "cocaïne" et "marijuana" a été multiplié par trois. Gilliom (J.), *Surveillance, Privacy and the Law : Employee Drug Testing and the Politics of Social Control*, Ann Arbor, The University of Michigan Press, 1994, p. 24 et s.

7 - Castro (J.), *Battling the Enemy Within : Companies Fight to Drive Illegal Drug Out of the Workplace*, Time, 17 mars 1986, p. 53 et s.

8 - Rodney G. Smith, Subcommittee on Human Resources, 18 mars 1986, p.14.

9 - US Senate Judiciary Committee Hearings, *Drug Testing in the Workplace*, 1987, 100<sup>e</sup> législature.

## Trois modèles de règlements

### 1. Un modèle anxiologique qui favorise le principe du dépistage

Après le DOD, la seconde administration fédérale à instaurer des programmes de dépistage des drogues est celle des Chemins de Fer (FRA). Leur implantation fait suite à une enquête menée sur les accidents ferroviaires depuis le milieu des années 70. Indiquant que les conduites addictives sont à l'origine de la mort de 37 personnes, de 80 blessés pour un coût total

de 34 millions de dollars, cette enquête conduit en 1985 la FRA à renforcer ses dispositions concernant le *Control of Alcohol and Drug Use in the Railroad Operations*.

Ces règlements entrent en vigueur début 1986. Ils exigent un dépistage systématique des drogues et de l'alcool lors de l'embauche, à la suite de certains accidents et dans des situations spécifiques comme le transport de matières dangereuses. La

même année, plusieurs autres administrations adoptent des règlements analogues. C'est le cas du Département de la Justice (DOJ), qui autorise l'implantation d'un programme de dépistage aléatoire sur tous les employés même en l'absence de suspicion préalable de consommation. Selon des modalités propres, ce programme se trouve ensuite étendu à plusieurs autres agences du DOJ : la DEA, le FBI et les services des Douanes. Ces derniers adoptent dès 1986 un programme de tests aléatoires sur l'ensemble des personnels qui deviendra un standard pour l'ensemble des agences du Trésor<sup>10</sup>.

Fin 1986, ces initiatives dispersées font l'objet d'un cadrage politique qui, tout en rationalisant leurs objectifs, encourage la généralisation des programmes de dépistage des employés fédéraux. Le 15 septembre 1986, le Président R. Reagan signe un décret<sup>11</sup> dont le but affiché est de faire de l'administration fédérale un *Drug-Free Workplace*. Tout en insistant sur la santé et la sécurité, le décret considère que : *Les personnes qui consomment des drogues illégales ne sont pas aptes à devenir des employés fédéraux.*

Afin de réaliser ces objectifs, le décret exige des différentes directions administratives qu'elles établissent des programmes de dépistage volontaire et systématique pour les employés occupant des postes *sensibles*. Leur définition est laissée à la libre appréciation des administrations, mais dans tous les cas elle doit s'appliquer aux employés exerçant des fonctions *d'application de la loi, de sécurité nationale, de protection de la vie ou de la propriété, de santé publique ou de sécurité ou toute autre fonction exigeant un haut degré de confiance*. Le dépistage à l'embauche est également encouragé et les administrations sont autorisées à prendre des mesures disciplinaires vis-à-vis des employés positifs et à exiger d'eux leur participation à un programme d'aide. Selon le décret, la preuve qu'un employé fédéral consomme des drogues illégales peut être établie sur la base d'une observation directe, d'une condamnation pénale, d'une enquête administrative ou simplement par les résultats positifs à un test.

C'est au département des ressources humaines que revient la tâche d'élaborer les procédures visant à rendre le dépistage des drogues homogène, fiable et confidentiel dans l'ensemble des administrations fédérales. Communément appelées *NIDA Guidelines*<sup>12</sup>, ces procédures sont publiées sous une forme définitive en avril 1988. Le ministère des Transports (DOT) les intègre dans ses propres procédures en

1989. Cette complémentarité en fera le standard de référence pour le dépistage des drogues dans l'ensemble des administrations américaines.

## 2. Un modèle incitatif

En novembre 1988, la diffusion des tests de dépistage des drogues trouve une nouvelle impulsion par l'adoption du Drug-Free Workplace Act. Cette loi ne traite pas directement du dépistage mais exige des employeurs souhaitant passer un contrat avec l'État fédéral pour un montant supérieur ou égal à 25 000\$ qu'ils certifient que leurs entreprises sont *exemptes de drogue*. Afin de s'en assurer et selon les dispositions de la loi, l'État fédéral peut, préalablement à l'octroi de fonds, exiger des entreprises qu'elles fournissent un document certifiant que la distribution, la possession et l'usage de substances illégales sont proscrits sur le lieu de travail. La loi demande également que ces entreprises aient ou adoptent une politique d'information sur les dangers de la drogue incluant des sanctions disciplinaires contre d'éventuels *contrevenants*. En mai 1990, le ministère du Budget émet les directives de mise en œuvre de la loi. Celles-ci indiquent notamment qu'en cas d'infraction aux exigences contractuelles concernant la drogue, les employeurs risquent jusqu'à 5 ans d'exclusion du marché des contrats fédéraux, alors que la sanction n'est que de 2 ans pour les autres clauses.

Le caractère incitatif de ces règlements apparaît au regard des dispositions émises. Les employeurs n'ont pas l'obligation de dépister, mais les tests apparaissent comme les instruments les plus adaptés pour se conformer aux exigences contractuelles du Drug-free Workplace Act. C'est ce qu'indiquent les résultats de plusieurs enquêtes menées auprès d'entreprises américaines. En 1990, une enquête de la MAPI<sup>13</sup> auprès de 130 entreprises montre ainsi que pour 64% d'entre elles, ce sont les exigences contractuelles fédérales qui sont à l'origine de leurs programmes de dépistage des drogues. En outre, ces dispositions ont conduit les 34% qui menaient déjà des programmes de dépistage à les renforcer en dépistant non seulement leurs salariés mais également les postulants à un emploi. Cette tendance est confirmée en 1996 par l'AMA<sup>14</sup>.

Dans les années 90, plusieurs règlements incitatifs sont émis pour étendre le dépistage des drogues sur les lieux de travail. C'est le cas du programme fédéral *Building a Drug-Free Workforce* élaboré par l'Office of National Drug Control Policy (ONDCP)<sup>15</sup>, qui dépend directement de la Maison Blanche. Il publie un

document qui présente quatre propositions de loi devant servir de *modèle* aux États et aux entreprises pour *stimuler* la lutte contre les drogues et améliorer ainsi la productivité de l'ensemble des salariés publics et privés. Tout en rendant les usagers de drogues comptables de leurs comportements, l'objectif est d'implanter des programmes globaux assurant par des procédures standardisées l'efficacité du dépistage sur les lieux de travail<sup>16</sup>.

En 1992, malgré une étude publiée par l'US Small Business Administration qui indique que seules 2,6% des entreprises de moins de 500 employés considèrent la consommation de drogues comme un problème pour leurs activités, l'administration Bush fait des PME la nouvelle cible de diffusion des tests de dépistage. Ce programme dénommé *Drugs don't Work* reprend les arguments déjà avancés sur les conséquences de la consommation de drogues en termes de sécurité et d'absentéisme. L'arrivée d'une administration démocrate ne marque pas de changement significatif.

<sup>10</sup> - Willette (R.E.), *Drug testing programs*. In : Hawks (R.L), Chiang (C.N) eds, *Urine Testing for Drug Abuse*, National Institute on Drug Abuse, US Department of Health and Human Services, recherches monographiques n° 73, 1986, p. 5-12.

<sup>11</sup> - Executive Order 12564

<sup>12</sup> - Guidelines pour directives et NIDA pour National Institute on Drug Abuse

<sup>13</sup> - Manufacturers'Alliance for Productivity and Innovation

<sup>14</sup> - American Management Association, *Most Employers Who Test Do So by Mandate*, in : AMA Surveys n° 10, *Drugs in the Workplace*, juin 1996, p. 3-4

<sup>15</sup> - Office of National Drug Control Policy, *Building a Drug-Free Workforce : a guide for State Legislation*, US Government Printing Office, Washington, 1990

<sup>16</sup> - L'étude des législations adoptées par les États nous permet de constater l'influence de ces différents modèles tout en relevant des accommodements locaux. Ces adaptations et ces arrangements avec les contextes légaux et politiques propres à chaque État se traduisent par une grande diversité des modes d'usage des tests sur les lieux de travail. Ainsi, les tests peuvent être utilisés de façon aléatoire sur l'ensemble du personnel, ou plus ponctuellement lors d'un incident entre des employés, ou encore après un accident du travail. Ils peuvent être utilisés sur tous les demandeurs d'emploi préalablement ou à la suite de l'embauche, ou uniquement lors d'une promotion, ou enfin dans le cadre d'examen médicaux périodiques. Les effets de l'information produite par les tests varient également selon les employeurs.

Si certaines entreprises ou agences fédérales comme l'armée considèrent qu'un résultat positif constitue une faute suffisante pour un licenciement, d'autres estiment que ce résultat doit permettre à l'employé de s'engager dans un programme de soins, à sa charge ou à celle de l'employeur.

Pour l'essentiel, les politiques menées sont poursuivies et le programme *Drug Free Workplace* s'intensifie. En mai 1994, le nouveau directeur de l'ONDCP, Lee Brown, participe notamment à la création de l'Institute For A Drug-Free Workplace dont la mission est de lutter contre *une nouvelle vague de consommation de drogues*.

### 3. Un modèle d'obligation

Il n'existe pas aux États-Unis de loi qui fixe globalement les conditions d'utilisation des tests de dépistage des drogues : aucun texte législatif n'indique par exemple qui doit être testé spécifiquement, quand les personnes doivent l'être ni comment les tests doivent être réalisés.

La seule loi qui oblige les entreprises à dépister leurs salariés est sectorielle, il s'agit du *Omnibus Transportation Employee Testing Act*. Ratifiée par le Président G. Bush en octobre 1991, elle oblige toutes les entreprises de transport à réaliser, dans le cadre des examens d'aptitude, un dépistage des drogues et de l'alcool sur leurs salariés et sur les candidats à l'embauche. Ce texte législatif n'est pas une création ad hoc mais rassemble plusieurs règlements émis depuis le début des années 80. Militaires mis à part, les premiers salariés d'une administration fédérale à faire l'objet d'une politique anti-drogue sont donc les cheminots. Dans le processus de régulation, l'étape décisive a lieu en janvier 1987 et fait suite à un accident ferroviaire particulièrement meurtrier<sup>17</sup>.

Les résultats de l'enquête amènent le National Transportation Safety Board à conclure que la marijuana est la première cause du *désastre*<sup>18</sup> ce qui conduit le gouvernement à durcir les programmes de dépistage déjà existants. Plusieurs propositions de loi sont déposées au Congrès pour exiger un dépistage systématique des drogues sur l'ensemble des salariés des transports. Finalement aucune loi n'est adoptée, en revanche de nouvelles procédures de sécurité sont élaborées par le DOT. Publiée en novembre 1988<sup>19</sup>, la forme provisoire de ces règlements servira de référence aux différentes agences pour établir leur propre politique de dépistage. Les règlements finaux entrent en vigueur en décembre 1989<sup>20</sup>. Elles obligent toutes les compagnies publiques et privées de transport à dépister leurs employés.

En 1991, l'adoption de *l'Omnibus Transportation Employee Testing Act* permet au gouvernement fédéral d'étendre ces exigences de dépistage à l'ensemble des travailleurs des transports (cheminots, chauffeurs, transports d'enfants, pilotes de

ligne etc.) et d'inclure le dépistage de l'alcool dans la liste des tests obligatoires. En outre, le passage par le législatif confère un statut juridique de loi fédérale aux régulations précédemment émises, ce qui oblige les États à les respecter.

Aujourd'hui, le dépistage des drogues concerne plus de 4 millions d'employés du secteur privé et coûte 10 millions de dollars aux compagnies de transports chaque année. Le taux de dépistage est tel qu'un salarié sur deux risque de se faire tester même en l'absence de toute suspicion préalable.

### Conclusion

Entre 1987 et 1992 le nombre de tests réalisés dans le monde professionnel américain a augmenté de 250% pour atteindre 22 millions en 1992. Depuis on peut observer d'abord une stagnation puis une diminution du nombre de tests réalisés. Cet infléchissement s'explique principalement par l'abandon des programmes de dépistage aléatoire dont les coûts sont jugés prohibitifs par les PME. Cette tendance est moins perceptible dans le secteur public. En 1997, le gouvernement fédéral a dépensé près de 12 millions de dollars pour dépister 1.8 millions de fonctionnaires civils dont 400 000 de manière aléatoire. Globalement, les experts estiment que les États-Unis dépensent chaque année près d'un milliard de dollars pour tester 20 millions de salariés.

En France, l'absence de définition limitative de la notion de *poste de sécurité* dans les règlements existants laisse aux entreprises la latitude d'interpréter cette notion selon leurs besoins propres. Or, ces dernières années on observe une forte mobilisation d'experts en toxicologie qui s'articule à une offre toujours plus pressante d'instruments de dépistage pour étendre cette notion de poste de sécurité. De plus, l'interprétation alarmiste, contestée par certains spécialistes de santé publique, d'une augmentation de la consommation de certaines drogues notamment chez les jeunes adultes conduit certains acteurs politiques à reprendre la thématique américaine de l'épidémie<sup>21</sup>.

C'est dans ce contexte que le récent rapport du Sénat prône une nouvelle politique de lutte contre l'usage des drogues *notamment par la mise en place d'un dispositif de dépistage des toxicomanies au sein des entreprises*. Inséré dans le cadre des procédures de contrôle en matière d'hygiène et de sécurité, les tests permettraient d'identifier des salariés à risques tout en faisant peser davantage la responsabilité de la sécurité sur la médecine du travail. Face

à ces demandes de généralisation des instruments de dépistage, le gouvernement, attentif à leurs conséquences en termes de respect du secret médical et d'atteinte à la vie privée, a développé une position prudente exprimée par le plan quinquennal de la MILDT. Celle-ci entend concilier l'actualisation des outils d'information et de formation avec, d'une part, des actions de prévention ciblées selon les situations spécifiques de travail et, d'autre part, une approche concertée entre les médecins du travail et les partenaires sociaux, refusant ainsi de réduire la complexité des réponses qu'appelle la question des drogues dans le monde du travail à celle du dépistage<sup>22</sup>.

17 - Considéré comme l'un des pires accidents de l'histoire de l'Amtrak, équivalent américain de la SNCF, l'accident eut lieu le 4 janvier 1987 : 16 personnes trouvèrent la mort et 175 autres furent blessées

18 - Sur la base de tests sanguins et urinaires positifs, l'enquête montre que le conducteur et l'ingénieur de cabine ont fumé de la marijuana juste avant l'accident

19 - US Department of Transportation, *Procedures for Transportation Workplace Testing Programs : Interim Final Rule*, Federal Regulation, 21 novembre 1988

20 - US Department of Transportation, *Procedures for Transportation Workplace Testing Programs : Final Rule*, Federal Regulation, 1 décembre 1989

21 - Ainsi par exemple, dans un discours tenu au Sénat, en avril 2003, le ministre de l'Intérieur, N. Sarkozy, qualifiait la consommation de cannabis chez les jeunes adultes "d'épidémie de consommation"

22 - MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, juin 2004, p. 22-23

# Drogue et monde du travail : le dopage au quotidien

Michel Hautefeuille\*

IL PEUT PARAÎTRE ARTIFICIEL de parler du monde de l'entreprise ou du travail, comme s'il s'agissait d'une entité indépendante. Le monde du travail n'est pas un vase clos, même si, fonctionnant comme un microcosme social, il secrète ses propres lois, ses propres valeurs et ses propres contraintes. Mais il est lui-même sous l'influence du fonctionnement social au sens large du terme, des repères évolutifs qui structurent notre société et des modes, des valeurs, des images et des courants qui agitent celle-ci.

Il ne faut donc pas s'étonner de retrouver en son sein des particularités du fonctionnement général.

Pour bien comprendre ce qui se passe dans le monde de l'entreprise il faut avoir en tête deux énormes changements qui, au cours des deux ou trois dernières décennies, ont bouleversé notre société.

## Les conditions du dopage au quotidien

Le premier est l'incontournable notion de performance. Il faut être le meilleur. Les nouveaux repères identificatoires sont véhiculés par l'image du sportif de haut niveau ou du chef d'entreprise, bref de celui qui assure. La performance devient un culte : il faut être performant dans son travail bien sûr, mais aussi dans bien d'autres domaines. Sa santé physique tout d'abord. Être malade ou vieillir sont de plus en plus marqués du sceau de la honte. Il faut refuser de se laisser aller et assurer cette contradiction élémentaire : vieillir tout en restant jeune. Il faut être également performant dans sa santé morale : être triste est presque devenu obscène. Être déprimé est perçu par les autres avec méfiance et évidemment incompatible avec toute forme d'efficacité. Enfin il faut être performant même dans ses loisirs.

En un mot il faut être performant dans toutes les facettes de sa vie avec une obliga-

tion qui en serait la résultante, celle du bonheur. Mais là encore, il s'agit d'être efficace : non seulement il faut être heureux mais il faut savoir le montrer. L'hyperconsommation sera un des moyens de la démonstration et de l'affichage de ce bonheur.

Dans ce contexte nous comprenons aisément que ce qui est demandé à l'homme est tout bonnement surhumain. Répondre à toutes les sollicitations, s'efforcer d'entrer dans le cadre, correspondre aux attentes qui sont présentées comme basiques à défaut d'être naturelles, allier efficacité et longévité font que la vie quotidienne est devenue un véritable parcours du combattant. Elle s'apparente à une compétition de haut niveau : *Tous les jours j'étais en finale de la coupe du monde* témoignait un patient, expert en informatique, dans le cadre de notre consultation.

On ne fait plus de distinction entre le sportif de haut niveau et le salarié. Tous les deux baignent dans un même contexte de compétition féroce, à cette différence près que le salarié dispute un match chaque jour.

Il convient alors de prendre en compte le deuxième changement dont nous parlions en introduction : la désacralisation du médicament et la perte de son statut magique. Tout au long du XXème siècle, la molécule pharmacologiquement active qu'est le médicament, a été inventée, commercialisée, prescrite en rapport à une affection dûment étiquetée par le savoir médical. Le médicament était inscrit dans un chaîne de raisonnement logique ou supposé tel qui partait de la reconnaissance de signes cliniques, permettant de poser un diagnostic aboutissant à l'établissement d'un traitement. Dans ce contexte, il n'était pas question de prendre des médicaments en dehors de toute prescription ou lorsqu'on était pas malade. Petit à petit, au cours des années 80, vont apparaître des

\* praticien hospitalier,  
Centre Médical Marmottan  
17 rue d'Armaillé, 75017 Paris  
michel.hautefeuille@toxibase.org

spécialités ne correspondant plus nécessairement à une entité clinique et encore moins à un optique stricte de soin au sens classique du terme (compléments alimentaires, usage détourné des antidépresseurs *à la mode* comme le Prozac par exemple). Ainsi toutes ces spécialités vont entrer dans liste assez floue des médicaments de confort. Le confort recherché est celui correspondant à l'éradication des petits tracas quotidiens, de plus en plus vécus comme insupportables.

Ce type de messages inlassablement répétés par la publicité par exemple, laisse à penser qu'à chaque tracas du quotidien, existe une réponse chimique. Le médicament a perdu sa fonction thérapeutique initiale, le patient est devenu un usager, un consommateur de substances chimiques.

Les laboratoires pharmaceutiques ont clairement identifié ce nouveau type de demandes et vont orienter leurs recherches en ce sens. Ainsi l'industrie pharmaceutique va créer les outils permettant de répondre à ces nouvelles exigences tant en terme de fonctionnement social global que pour le monde du travail notamment dans le domaine des substances psychoactives. Nous voyons alors se développer une nouvelle discipline, ce que Kramer<sup>1</sup> appelle la psychopharmacologie cosmétique, c'est à dire une pharmacologie de l'adaptation, du paraître et de la normalisation.

Tous les éléments sont alors en place pour voir se développer les pratiques de dopage. D'un côté une demande insistante du corps social d'amélioration de la performance et d'hyper-adaptation, de l'autre les produits permettant d'arriver à ces fins et en définitive des sujets mis en situation de (devoir) les utiliser.

C'est cette triple conjonction qui explique le développement commercial spectaculaire des antidépresseurs, des anxiolytiques et des hypnotiques. En 2000, pour la première fois, ces familles de médicaments dépassaient le milliards d'euros de chiffre d'affaires dans les officines françaises. Il n'y a que les anti-douleurs qui se consomment plus, signant ainsi de façon très claire le développement d'une espèce d'anesthésie collective.

1 - Kramer P. Listening to Prozac. New York: Viking, 1993. Traduction française: Prozac, le bonheur sur ordonnance ? Paris: First, 1994  
2 - Hautefeuille M. Drogues à la carte. Paris: Payot (coll. Rivages), 2002.

## Le temps du dopage

Dans ce contexte de compétition et de tension permanente, le salarié est confronté à des situations de stress durable. Ce sentiment de compétition peut être objectivé par la présence du concurrent lui-même au sein de l'entreprise (collègue briguant le même poste ou rivalité pour une progression d'échelon ou l'obtention de primes), ou peut-être non visible (autre entreprise concurrente, spectre de la délocalisation)

Comment s'enclenche alors le recours à des substances psychotropes et quelle est la prise de conscience pour le salarié que sa consommation devient problématique ?

Dans un premier temps, le salarié sera amené à consulter pour une pathologie de type dépressive ou anxieuse avec trouble du sommeil. Nous sommes dans le temps de la médicalisation de cette problématique avec la mise en route de traitements prescrits dont la posologie est respectée. Dans la majorité des cas, nous en restons là. Il n'est pas de notre propos de dire que ce type de traitements seraient abusifs ou inefficaces. Même si l'on peut toujours s'émerveiller des records de consommation de médicaments psychotropes dans notre pays, il faut aussi reconnaître que l'essentiel des prescriptions sont globalement justifiées et majoritairement respectées.

Dans certains cas cependant nous assistons à des dérapages. Le patient passe alors d'une démarche de traitement à une démarche d'automédication destinée à se stimuler, à être plus performant, à être plus imperméable au stress. Tel le sportif de haut niveau qui ne peut assurer sa charge de compétition sans le recours à certaines substances, le salarié ne pourra répondre aux sollicitations de son quotidien sans l'apport de ces produits. C'est ce que nous appelons le dopage au quotidien.

Le propre de ce stade de l'automédication est l'inflation. Le sujet va augmenter ses doses de façon généralement anarchique.

Cette augmentation touchera toutes les classes de médicaments que ce soient les antidépresseurs, les anxiolytiques ou les somnifères. Nous assistons à une véritable mise en dépendance avec son cortège d'effets secondaires et d'accoutumance. Souvent le patient est épuisé à la fois par la surcharge médicamenteuse mais aussi parce que cette démarche rate son but : la dépression et le sentiment de ne pouvoir *assurer* restant dramatiquement présents.

C'est alors que certains sujets passent un nouveau cap. A la suite de rencontres ou de lectures, ils vont tester de nouveaux produits sensés leur venir en aide. C'est alors une longue liste de produits qui vont être utilisés, notamment de stimulants : caféine (en gellule), éphédrine, voire des produits illicites tels que les amphétamines (le plus souvent achetées via Internet) ou la cocaïne, mais aussi d'autres produits actifs sur les signes de stress (les bêtabloquants par exemple), sans parler des multiples cocktails survitaminés ou d'autres spécialités (corticoïdes, hormones de synthèse, etc. ...). Le piège est d'autant plus implacable que, dans un premier temps, l'utilisation de ces produits leur semblent efficace. Le quotidien de ces personnes se rapproche d'une caricature que l'on pourrait nommer *l'homo synthéticus*<sup>2</sup> avec, en fonction des heures et des jours, des produits pour être en forme, des produits pour stimuler, puis des produits pour calmer, d'autres pour dormir, ou enfin des produits pour assurer dans des circonstance bien spécifiques ( lutte contre le décalage horaire en avion, préparation à des rendez-vous par exemple).

Ces situations peuvent se pérenniser jusqu'au moment de l'incident ou de l'accident qui va amener ces personnes à remettre en cause leur fonctionnement et à prendre conscience du caractère pathologique de leur recours aux substances pharmaceutiques.

## Le temps de la consultation

C'est généralement à ce stade que nous voyons ces patients venir en consultation. Ils nous rendent alors compte du piège (puisque c'est le terme qui revient le plus souvent) dans lequel ils se sont enfermés depuis quelques mois voire quelques années.

Ainsi Thierry, âgé de 32 ans, directeur de vente dans une entreprise de vente par cor-

respondance. Il y a trois ans, à la suite d'une mission d'exploration à l'étranger, il consulte son médecin généraliste pour un état dépressif qu'il pense en réaction à sa surcharge de travail. Le médecin lui prescrit un antidépresseur, et quelques anxiolytiques. Très vite ce patient va arrêter les antidépresseurs avec lesquels il ne ressent aucun effet

## Le temps de la prise en charge

et va développer une consommation d'anxiolytique très inflationniste. Cette consommation entraînant des moments de somnolence, Thierry sera amené à les compenser par des prises de plus en plus fortes de caféine, puis par un mélange de caféine et d'éphédrine. L'insomnie provoquée par l'effet excitant de cette consommation diurne sera *traitée* par un hypnotique puissant, toujours dans le cadre d'une automédication. La boucle est bouclée et chaque matin pour échapper aux effets de l'hypnotique, Thierry démarre la journée par un cocktail amphétamine - caféine - Vitamine C.

Toutes ces consommations sont faites évidemment à l'insu de ses supérieurs hiérarchiques ou de ses collègues, mais également à l'insu de sa femme, de ses enfants et de ses proches. Thierry est plutôt bien considéré, employé modèle, performant, toujours prêt à innover, même si quelques sautes d'humeur étonnent parfois ses collègues. Tout fonctionnera ainsi pendant près de deux ans et demi.

Ce qui frappe dans ce type de cas, c'est la cécité apparemment totale qui touche l'environnement de ces patients, tant au niveau familial que professionnel. Ils se sentent seuls, sans personne vers qui se tourner. Ils pensent bien souvent que leur consommation relève du vice et qu'ils sont les seuls à être dans ce cas. Se déprécient par rapport à leurs collègues qui à leur yeux sont des modèles d'équilibre et d'efficacité. Ils prennent tout ces produits pour assurer le quotidien, c'est à dire pour être normaux. L'autre sentiment qui domine est celui de la honte. Honte de ne pas être le personnage qu'ils montrent aux autres, honte d'avoir recours à toute une palette de produits et donc de tricher, honte de devoir les utiliser dans des situations qui ne le méritent pas forcément. Honte de façon plus globale de l'échec et du gâchis que cela représente. *Je ne suis pas ce que les gens croient.*

La prise de conscience de cette situation se fait généralement de façon brutale et le plus souvent selon deux scénarii. Le premier est celui du sentiment tout à coup révélé de la perte de contrôle. C'est notamment le cas pour ces personnes qui utilisent des produits en relation directe avec leur travail et ne prennent rien par exemple pendant les week-end ou les vacances. Lorsqu'ils constatent au bout de quelques mois ou quelques années que ces consommations perdurent même durant ces périodes, ils sentent qu'ils sont en danger, qu'ils ne contrôlent plus rien et qu'il est temps de faire quelque chose.

D'autre craquent véritablement, soit sous forme de passage à l'acte plus ou moins violents (effets secondaires des stimulants) soit sous la forme de manifestations dépressives massives.

La démarche d'une demande de prise en charge par ces personnes signe donc le terme d'un parcours de plusieurs années. Ils sont déprimés, fatigués, désabusés. De plus leur démarche est rendue difficile car ils ont le sentiment d'être atteints d'une maladie honteuse. La prise en charge aura alors une triple orientation.

### a) l'inventaire des consommations

Ainsi que nous avons pu le signaler, il n'est pas dans notre intention de supprimer toutes les médications. L'état de dépression ou d'angoisse présenté par le patient nécessite une décision thérapeutique. Dans cet inventaire nous serons amenés à garder certains médicaments, à en supprimer d'autres, à revenir à des posologies adaptées et à convaincre notre interlocuteur des méfaits de l'automédication. Cet ajustement est généralement assez facile à obtenir de la part du patient dans la mesure où il ne s'agit pas de toxicomanie médicamenteuse avec son cortège de dépendance physiques et psychologiques. Les cas auxquels nous sommes confrontés relèvent plus de la mauvaise habitude ou de la prise panique de médicaments et les patients sont globalement d'accord pour que nous les aidions à y remédier.

Le médicament reprend sa place d'outil thérapeutique prescrit dans une intention d'efficacité sur des symptômes reconnus et étiquetés : angoisse, dépression, insomnie.

### b) l'aménagement immédiat du quotidien

Cette deuxième orientation consiste à travailler sur la réaction au stress.

Tout d'abord évaluer avec le patient ce qu'il peut faire pour diminuer le stress qu'il subit. Cela passe par une redéfinition des enjeux réels ou supposés de sa vie professionnelle. Bien souvent les situations auxquelles le patient est soumis ne sont pas aussi objectivement stressantes qu'il veut bien le croire. La patient se met lui-même une pression qui n'est ni nécessaire, ni justifiée.

Ensuite, il lui faudra apprendre à gérer la part incontournable de stress qui existe dans toute situation de travail et à en faire non pas un élément inhibant et pathogène, mais un élément moteur de sa vie professionnelle. Une énergie nouvelle à mettre à disposition de ses compétences.

Cela peut se traduire bien sûr par des demandes d'aménagement de sa charge de travail voire de changement de poste voire même de changement professionnel radical.

Ces deux premiers éléments de prise en charge peuvent être mis en place assez rapidement et nécessitent un travail de quelques semaines; L'effet de feed-back joue alors un rôle important dans la mesure où le patient commence à noter des améliorations tant dans ses consommations que dans sa vie quotidienne.

### c) Vers une approche globale de la prise en charge ou de l'orientation

Toute cette approche doit aboutir à une prise en charge psychologique plus globale abordant notamment les questions de la confiance et de l'estime de soi. Souvent l'histoire de ces patients est marquée par un a-priori initial d'échec inéluctable. C'est la peur de l'échec qui les a amenés à ce type de consommation et d'enfermement.

Il leur faudra donc sortir de cette peur de l'échec, sortir également de la honte qu'ils ressentent d'avoir trompé leur monde, d'avoir pu, par l'intermédiaire de quelques produits, donner le change en produisant une image d'eux même qui leur paraît à distance totalement factice. Nous constatons alors que l'avancement de ce type de travail ira de pair avec une baisse significative voire même un arrêt de toute prescription médicamenteuse.

## À l'avenir ...

Nous avons tout lieu de penser que ce type de vécu des salariés ne cessera pas de sitôt. Bien au contraire. L'évolution du monde du travail, la mondialisation des enjeux et des intérêts économiques, nous laisse à penser que, notamment dans certains secteurs, tout salarié sera interchangeable et de ce fait plus ou moins corvéable. Dans ce contexte, nous voyons mal pourquoi, les plus fragiles d'entre eux, n'auraient pas de plus en plus souvent recours à une *aide*, une béquille ou une anesthésie pharmacochimique.

Actuellement, dans les entreprises, le climat général est au déni. Acceptant à peine de parler, et encore de façon relativement récente, des problèmes d'alcoolisation de leurs employés, la majorité des entreprises ne peut actuellement aborder ceux des substances psychoactives et encore moins parler de dopage, comme, fut un temps dans le sport de haut niveau. L'institution même nous semble complice de ce qui se passe en son sein : certains employeurs n'étant pas totalement dupes des conditions de performances de certains de leur cadres.

# Différenciation des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France

Stéphane Legleye, François Beck\*

**D**EPUIS DE NOMBREUSES ANNÉES de nombreuses études représentatives de la population générale permettent de décrire les usages de produits psychoactifs des adolescents (Choquet et al., 1994 ; Baudier et al., 1998 ; Ballion, 1999 ; Choquet et al., 2002 ; Beck et al., 2000, 2002a, 2002b, 2003), ou des adultes (Baudier et al., 1996 ; Beck et al., 2001). Parmi les jeunes, des études ont été entreprises pour mettre en évidence des différences entre les scolarisés et les jeunes sortis du système scolaire (Beck et al., 2000 ; Legleye et al., 2005). Toutefois, dans les enquêtes en population générale adulte, peu d'attention a été accordée à la diversité des usages suivant la profession ou le statut d'activité, si ce n'est une analyse très fouillée effectuée sur les transformations dans l'alcoolisation des Français selon la catégorie socioprofessionnelle entre 1965 et 1980, à partir des enquêtes de consommation de l'INSEE (Sulkunen, 1986).

L'objet du présent article est de produire une estimation des usages de l'ensemble des substances psychoactives selon le statut socioprofessionnel à partir des données du Baromètre Santé 2000 (Guilbert et al., 2001). Il s'agit d'une enquête en population générale multi-thématique centrée sur la santé, coordonnée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)<sup>1</sup>.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone entre octobre et décembre 1999, l'échantillon comprenant également des abonnés inscrits sur la liste rouge. Une lettre annonce présentant l'enquête avait préalablement été adressée aux ménages tirés au sort afin de minorer les refus. Pour être éligible, un ménage devait comporter au moins une personne âgée de 12 à 75 ans, parlant le français et résidant au numéro appelé. Une fois un numéro composé, l'enquêteur attendait jusqu'à huit sonneries avant de raccrocher, et le cas échéant le numéro était recomposé automatiquement 30 ou 90 minutes plus tard : jusqu'à douze tentatives de rappel étaient effectuées, à des heures et des jours différents si nécessaire. Ensuite, à l'intérieur de chaque foyer, l'individu éligible a été sélectionné par la méthode du plus proche anniversaire. L'anonymat et le respect de la confidentialité étaient garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone appelé ayant reçu l'aval de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

L'échantillon final comprend 13 685 personnes de 12 à 75 ans. Les taux de refus ont été les suivants : 25,1 % pour les ménages, 6,6 % pour les individus ; enfin, 1,9 % des individus ont abandonné en cours d'entretien.

## Résultats

Dans le Baromètre santé, le statut scolaire et professionnel du répondant est saisi en clair puis recodé en 14 catégories par l'enquêteur, elles-mêmes recodées en 8 catégories. C'est cette dernière classification qui a été retenue pour l'analyse.

Les agriculteurs sont la catégorie la moins nombreuse : ils représentent 1,4 % des individus, soit 2,2 % de la population active (définie comme l'ensemble de la population moins les retraités et les inactifs). A l'inverse, les employés, les professions intermédiaires et enfin les ouvriers (respectivement 30,0 %, 24,4 % et 24,1 % de la population active) sont les catégories les plus nombreuses.

Les cadres, professions libérales et pro-

fessions scientifiques représentent quant à eux 16,0 % de la population active.

Les retraités et les inactifs représentent 36,1 % de la population totale. Rapportée à la population active, le taux de chômage déclaré dans l'enquête (8,9 %) n'est pas très éloigné des mesures officielles à la date de l'enquête, aux alentours de 10 %. Cet écart pourrait s'expliquer par un défaut de sincérité des véritables chômeurs, destiné à les protéger et à ne pas les stigmatiser ou bien à un défaut de couverture de l'enquête (les chômeurs pourraient être moins équipés en téléphone fixe).

Les femmes sont très inégalement représentées dans ces catégories : elles sont largement majoritaires au sein des employés (75,6 %), mais sont sous représentées parmi les cadres (35,0 %), les artisans (23,5 %) et surtout les ouvriers (19,4 %). Elles sont également surreprésentées parmi les autres inactifs (72,3 %) et les chômeurs (59,8 %). Ainsi, c'est au sein des catégories professionnelles les moins favorisées ou des inactifs, donc en général au sein des personnes les plus vulnérables que les femmes sont les plus nombreuses.

Enfin, il faut souligner la diversité des âges moyens mesurés au sein de ces catégories : parmi les actifs, ce sont les artisans et les agriculteurs qui sont les plus âgés (près de 45 ans en moyenne), devant les cadres (près de 42 ans) et les autres catégories, beaucoup plus jeunes, mais qui ne se distinguent guère entre elles (près de 38 ans en moyenne). Dans cette nomenclature, les chômeurs constituent la part de la population la plus jeune, avec une moyenne proche de 37 ans.

Du point de vue des usages, il existe d'importants écarts entre les actifs occupés et les chômeurs pour les usages de produits psychoactifs déclarés. Par exemple, les chômeurs présentent des usages de tabac et de cannabis plus élevés, et ils sont également plus nombreux à déclarer avoir pris des médicaments psychotropes au cours de l'année ou des stimulants (amphétamines et cocaïne) au cours de

\* OFDT,  
3 av. du Stade de France  
93218 Saint-Denis cedex

<sup>1</sup> - Avec la collaboration et le financement de : la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction de la Recherche, de l'Évaluation et des Études Statistiques (DREES), l'OFDT, la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) et la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT).

leur vie. En revanche, ils comptent parmi eux moins de buveurs quotidiens d'alcool au cours de l'année (tableau 1). Les chômeurs étant relativement jeunes parmi les actifs, ces caractéristiques ne sont pas très surprenantes, à ceci près qu'il faut contrôler à l'aide de régression logistique l'effet propre de l'âge.

Si l'on considère les catégories d'actifs occupés (tableau 2), d'importantes différences apparaissent également.

Les ouvriers présentent ainsi de fortes consommations de tabac et d'alcool (qu'il s'agisse de l'usage quotidien, des ivresses répétées au cours de l'année ou de l'usage potentiellement problématique mesuré par le test DETA<sup>2</sup>).

Les employés présentent un profil à part, très peu consommateur, à l'exception du tabac, aussi répandu, et des médicaments psychotropes au cours de l'année, parce que les femmes y sont surreprésentées. Les cadres se distinguent par un usage plus rare de tabac, et par un usage d'alcool singulier : aussi nombreux que le reste des actifs occupés à déclarer en boire quotidiennement ou à déclarer avoir été ivre au

moins trois fois au cours de l'année, les cadres sont par contre relativement nombreux à déclarer un usage potentiellement problématique.

Par ailleurs, les cadres se distinguent aussi par une expérimentation de cannabis très fréquente et des expérimentations de stimulants (amphétamines et cocaïnes) et une consommation de médicaments psychotropes au cours de l'année supérieures à celles mesurées dans le reste des actifs occupés.

Enfin les professions intermédiaires se distinguent par un usage plus restreint d'alcool et de tabac, mais par une expérimentation de cannabis élevée, leurs autres consommations restant similaires à celles des autres.

Les retraités et les autres inactifs se distinguent quant à eux clairement des actifs occupés, notamment pour des raisons d'âge : les retraités, plus âgés, présentent une proportion d'usagers quotidiens d'alcool très importante, une proportion d'usagers de médicaments psychotropes au cours de l'année très supérieure, mais leurs autres déclarations d'usage sont très rares. Les autres inactifs, plus jeunes, comptant

en leur sein de nombreux étudiants, présentent un profil d'usage particulier tourné vers l'ivresse alcoolique ou cannabique relativement au reste de la population : consommation quotidienne de tabac et d'alcool modérées, mais ivresses alcooliques et usages de cannabis plus fréquents.

Ce résultat reste vrai en contrôlant de nombreuses caractéristiques socio-démographiques, ce qui suggère l'existence d'un réel profil de consommation étudiant, lié à un mode de vie particulier difficilement réductible à des caractéristiques socio-démographiques simples classiquement utilisées dans les enquêtes en population générale (Legleye et al., 2004).

**2** - Ce test se compose de quatre questions : Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ? Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? A partir de deux réponses positives, le risque de consommation excessive et/ou d'une éventuelle alcoolodépendance passée(s) ou présente(s) est jugé élevé.

**Tableau 1 : Usages de produits psychoactifs selon le statut professionnel (% en ligne)**

	tabac quotidien	alcool quotidien	≥ 3 ivresses année	DETA	cannabis vie	cannabis année	cannabis mois	amphés vie	cocaïne vie	médics année
actifs occupés	33,9**	<b>16,5**</b>	4,4	10,3	26,0	6,6***	3,1**	1,6*	1,8***	16,8**
chômeurs	<b>39,7</b>	12,4	4,9	10,4	26,7	<b>10,5</b>	<b>5,2</b>	<b>2,6</b>	<b>4,6</b>	<b>21,2</b>

\*, \*\*, \*\*\* : test du Chi-2 pour la comparaison des chômeurs au reste de la population active occupée significatif au seuil 0,05, 0,01, 0,001 et non significatif

Source : Baromètre santé 2000, exploitation OFDT

**Tableau 2 : Usages de produits psychoactifs selon la PCS et le statut professionnel (% en ligne)**

	tabac quotidien	alcool quotidien	≥ 3 ivresses année	DETA	cannabis vie	cannabis année	cannabis mois	amphés vie	cocaïne vie	médics année
agriculteurs	<i>16,5***</i>	<b>35,5***</b>	<i>1,2***</i>	<i>9,4***</i>	<i>7,6***</i>	<i>1,2***</i>	<i>0,6***</i>	<i>0,0***</i>	<i>0,0***</i>	<i>11,8***</i>
artisans	39,0	<b>32,6</b>	4,5	<b>14,8</b>	29,3	8,3	2,3	3,0	2,3	17,4
cadres	<i>28,0</i>	18,3	4,2	<b>15,2</b>	<b>34,2</b>	5,4	2,7	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>19,4</b>
intermédiaires	31,8	<i>14,0</i>	5,0	<i>9,0</i>	<b>28,2</b>	7,2	3,2	1,6	1,7	17,1
employés	35,2	9,8	3,3	6,7	20,7	6,2	3,5	1,6	1,7	19,9
ouvriers	<b>40,4</b>	<b>22,3</b>	<b>5,5</b>	<b>12,7</b>	24,9	7,3	3,6	1,2	2,3	13,1
retraités	<i>13,4***</i>	<i>46,5***</i>	<i>0,4***</i>	<b>8,2***</b>	<i>3,0***</i>	<i>0,1***</i>	<i>0,0***</i>	0,9	<i>0,0***</i>	<i>27,2***</i>
autres inactifs	<b>31,1</b>	10,2	6,1	5,6	<b>26,4</b>	<b>14,5</b>	<b>7,1</b>	1,0	<b>1,1</b>	20,4
ensemble	34,2	16,5	4,4	10,4	25,7	6,5	3,2	1,7	2,0	17,3

Le gras indique que l'usage de la catégorie soulignée est significativement plus fréquent (au seuil 0,05) comparé au reste des catégories présentées ; l'italique indique au contraire que l'usage y est plus rare.

\*, \*\*, \*\*\* : test du Chi-2 pour la comparaison entre les catégories significatif respectivement au seuil 0,05, 0,01, 0,001.

Exemple de lecture : le tabagisme quotidien est inégalement réparti dans les différentes catégories d'actifs occupés (\*\*\*); 16,5 % des agriculteurs déclarent fumer quotidiennement du tabac, ce qui est significativement moins que dans l'ensemble des autres catégories d'actifs occupés (ce que signale l'italique).

Source : Baromètre santé 2000, exploitation OFDT

**Tableau 3 : OR ajustés pour l'usage de produits psychoactifs selon le statut professionnel**

	tabac quotidien	alcool quotidien	≥ 3 ivresses année	DETA	cannabis vie	cannabis année	cannabis mois	amphés vie	cocaine vie	médics année
statut : actifs occupés	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
chômeurs	1,29**	0,96	1,05	1,35*	1,01	1,39*	1,37	1,62	3,12***	1,29*

Source : Baromètre santé 2000, exploitation OFDT

Les catégories présentant de fortes disparités d'âge et de sexe, il est important de contrôler ces facteurs avant de pouvoir conclure à des différences significatives entre elles. Le tableau 3 présente d'abord la modélisation logistique des usages étudiés suivant le statut professionnel, à âge et sexe contrôlés<sup>3</sup>.

Il apparaît que les chômeurs restent plus souvent fumeurs quotidiens de tabac que les actifs occupés ; en ce qui concerne l'alcool, ils ne se distinguent que par une prévalence plus élevée d'usages potentiellement problématiques. Les usages de cannabis au cours de l'année sont également un peu plus répandus parmi eux (la tendance est la même pour l'usage au cours du mois, mais l'odds ratio (OR) n'est pas significatif au seuil 0,05 : p=0,108). Les chômeurs présentent aussi un profil particulier d'expérimentation de stimulants : bien que l'OR ne soit pas significatif de justesse (p=0,067), leur expérimentation d'amphétamines semble être plus fréquente, et leur expérimentation de cocaïne l'est nettement (p<0,001). Enfin, les chômeurs déclarent plus souvent que les actifs occupés avoir pris des médicaments psychotropes au cours de l'année.

Si l'on restreint l'analyse aux actifs occupant un emploi au moment de l'enquête, le tableau des catégories de profession comparées entre elles à âge et sexe contrôlés

(tableau 4) offre d'autres informations en comparant chaque PCS à l'ensemble des autres (Ce sont les résultats de six régressions logistiques différentes).

Ainsi, les ouvriers apparaissent plus consommateurs de tabac et d'alcool. En revanche, tous les autres usages, y compris les ivresses répétées, sont plus rares parmi eux (pour l'expérimentation de cocaïne et l'usage de médicaments au cours de l'année, les OR ne sont toutefois pas significativement inférieure à 1).

Les employés présentent un profil quelque peu différent : le tabagisme quotidien est également plus commun parmi eux que parmi les autres actifs occupant un emploi, mais leur usage quotidien d'alcool reste plus rare. En ce qui concerne le cannabis, alors que l'expérimentation est plus rare parmi eux, les usages plus récents, au cours de l'année et du mois, sont plus communs, révélant la présence d'un noyau de consommateurs récents plus important que dans le reste de la population active.

Les professions intermédiaires présentent de faibles consommations de tabac et d'alcool. Tous leurs autres usages ne se distinguent pas de ceux du reste des actifs occupés, à l'exception de l'expérimentation de cannabis, plus répandue parmi eux.

Les cadres présentent un profil similaire. Ils se distinguent aussi par des usages de produits licites (alcool et tabac au quoti-

dien) plus rares mais par des déclarations d'usage problématique d'alcool plus communes que dans toutes les autres catégories d'actifs. En ce qui concerne le cannabis, l'expérimentation se révèle également plus commune, mais ce n'est pas le cas des usages plus récents. Le trait saillant de leur profil est l'expérimentation plus répandue de stimulants (amphétamines et cocaïne) ou la consommation au cours de l'année de médicaments.

Les agriculteurs présentent les déclarations d'usage les plus faibles, à l'exception notable de l'alcool quotidien, qui est chez eux très fréquent. Enfin, parmi les artisans, l'usage quotidien de tabac ou d'alcool est plus répandu, de même que l'expérimentation ou l'usage de cannabis au cours de l'année.

### Conclusion

De grandes tendances peuvent être dégagées de cette analyse selon le statut socio-professionnel. Le profil des chômeurs, s'il est proche de celui d'une population jeune, n'est pas seulement lié à l'âge. Il se caractérise par une expérimentation plus fréquente de cocaïne, de médicaments psychotropes et de tabac et un usage d'alcool souvent plus problématique.

<sup>3</sup> - L'âge a été introduit en 4 tranches, 18-24, 25-34, 35-54 et 55-75, la première servant de référence dans toutes les modélisations.

**Tableau 4 : OR ajustés pour les usages de produits psychoactifs selon la PCS (% en ligne)**

	tabac quotidien	alcool quotidien	≥ 3 ivresses année	DETA	cannabis vie	cannabis année	cannabis mois	amphés vie	cocaine vie	médics année
CSP :										
agriculteurs (a)	0,42***	2,22***	0,36	0,76	0,27***	0,28	0,41	0,07	0,06	0,58*
artisans	1,38*	1,54**	1,16	1,14	1,42*	1,75*	0,93	1,79	1,03	1,11
cadres	0,73***	0,82*	1,07	1,42***	1,90***	0,97	1,07	1,85***	1,57*	1,27**
intermédiaires	0,86**	0,81**	1,31*	0,84	1,21**	1,20	1,05	0,94	0,84	0,98
employés	1,22***	0,81*	1,12	0,89	0,86*	1,28*	1,74***	1,09	1,12	0,99
ouvriers	1,25***	1,30***	0,71**	0,97	0,58***	0,65***	0,59***	0,50**	0,83	0,88

Chaque catégorie d'actifs occupée a été comparée à toutes les autres ; les variables de contrôles sont le sexe et l'âge introduit en quatre tranches : 18-24 ans, 25-34, 35-54 et 55-75, la première servant de référence dans toutes les modélisations.

(a) Certains odds ratio pourtant très différents de un ne sont pas significatifs en raison de la faiblesse des effectifs d'agriculteurs et d'usagers parmi eux. Les résultats sont alors à interpréter avec précaution.

Source : Baromètre santé 2000, exploitation OFDT

Parmi les actifs occupés, les produits se répartissent de façon assez spécifique entre les différentes PCS : le tabac est un produit plus consommé par les ouvriers, employés et artisans, alors que le cannabis s'avère surtout expérimenté dans les professions intermédiaires ou intellectuelles supérieures, ainsi que parmi les artisans. Les manières de boire de l'alcool s'avèrent distinctes avec d'une part les ouvriers et artisans, mais surtout les agriculteurs qui affichent plus souvent une consommation quotidienne d'alcool alors que les professions intermédiaires ou intellectuelles supérieures seraient sur un mode plus ponctuel d'alcoolisation pouvant mener à l'ivresse, proche de celle rencontrée couramment dans les pays nordiques.

Enfin les stimulants et médicaments psychotropes s'avèrent particulièrement consommés par les cadres et professions intellectuelles supérieures, ces produits étant moins présents parmi les ouvriers (pour les amphétamines) et les agriculteurs (pour les médicaments psychotropes).

## Bibliographie

- Ballion R., 1999, **Les conduites déviantes des lycéens**, Paris, rapport OFDT, 243 p.
- Baudier F., Arènes J., 1997, **Baromètre Santé adultes 95/96**, Paris, CFES, 148 p.
- Baudier F., Janvrin M-P, Arènes J., 1998, **Baromètre Santé jeunes 97/98**, Vanves, CFES, 328 p.
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. (2000) **Regards sur la fin de l'adolescence : Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000**, Rapport OFDT, 226 p.
- Beck F., Legleye S., **Drogues et adolescence, usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes**, ESCAPAD 2002, rapport OFDT, 2003
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. (2001) **Drogues illicites : Pratiques et attitudes**. In Guilbert P., Baudier F. (dir.) **Baromètre santé 2000**. Vanves, Les éditions du CFES, pp. 237-274
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., **Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans : ESCAPAD 2001**, rapport OFDT, 2002a

- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. (2002) **Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France**, Tome II, OFDT, 2002b, 225 p.
- Choquet M, Ledoux S, Hassler C. (2002) **Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France**, Tome I, OFDT, 2002, 180 p.
- Choquet M, Ledoux S, 1994, **Adolescents, enquête 1993**. Paris : Les éditions INSERM, 346 p.
- Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.), 2001, **Baromètre santé 2000**. Vanves, Les éditions du CFES
- Legleye S., Beck F., 2005, **Profil d'usage de drogues des jeunes suivant leur situation scolaire**, OFDT, à paraître
- Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P., 2004, **Consommations de substances psychoactives parmi les étudiants**, note OFDT
- Sulkunen P. Drinking in France 1965-1979. **An Analysis of Household Consumption Data**. British Journal of Addiction; Jan 1989, Vol. 84, Issue 1.

## Les enquêtes épidémiologiques sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel France

Dominique Lopez, OFDT

Peu d'études épidémiologiques sur l'usage de substances psychoactives en milieu professionnel ont été réalisées en France.

En 1995 une étude portant sur le prélèvement d'urines anonymisées de 1 976 salariés du Nord Pas de Calais a déterminé que 17,5 % des salariés vus en visite médicale pendant la période d'enquête consommaient au moins une substance psychoactive (40 % aux postes de sécurité-sûreté) [1]. Les biais méthodologiques de cette enquête sont nombreux : essentiellement des hommes ont été testés (72 %), pas de détail sur les différentes catégories socioprofessionnelle recrutées, la recherche de traces de substances a été réalisée dans les urines sans confirmation dans le sang, enfin, l'étude a été réalisée dans une zone très ciblée de la région Nord pas de Calais.

Dans le cas de l'alcool, les enquêtes plus fréquentes, se focalisent souvent sur la liaison entre la consommation et les accidents du travail [2, 3, 4]. A la SNCF, on estime que l'alcool est présent dans 20 % des 13 500 accidents du travail qui surviennent chaque année.

La cohorte GAZEL d'EDF-GDF a permis d'utiliser le milieu professionnel comme champ d'investigation (rôle de la consommation d'alcool sur la carrière professionnelle [5] ; modification des comportements lors du passage à la retraite [6]). Le problème est que la cohorte se compose maintenant de 80 % de retraités (85% des hommes et 59% des femmes) ce qui limite considérablement la possibilité de lancer d'autres études sur des personnes actives.

Une revue de littérature sur les travaux anglo-saxons et européens établit que la plupart des travaux sur la relation entre consommation de substances psychoactives et comportement au travail ont obtenu des résultats partiels mitigés et parfois contradictoires [7]. Les principales limites des enquêtes tiennent à la généralisation des résultats de recherche, la mesure de la consommation des substances, la mesure réelle de la contribution des travailleurs, la prise en compte des conditions et changement des conditions de travail.

- [1]. Fontaine, B., **Substances psychoactives et travail. Approche épidémiologique**. Annales de toxicologie analytique, 2002. 15(1): p. 10-14
- [2]. Metz, B. et F. Marcoux, **Alcoolisation et accidents du travail (1956-1989)**. Revue Alcool, 1960(1960): p. 531-542.
- [3]. HCEIA (Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme), **Alcool et accidents**. 1985, Paris: HCEIA
- [4]. INSERM, **Consommations en milieu du travail**, in Expertise collective Alcool : dommages sociaux abus et dépendances. 2003, Les éditions Inserm: Paris. p. 113-127
- [5]. Leclerc, A., et al., **Consommation de boissons alcoolisées et situation professionnelle dans la Cohorte GAZEL**. Arch. mal. prof., 1994. 55(7): p. 509-517.
- [6]. Zins, M., et al., **Place du passage à la retraite parmi les déterminants socioprofessionnels de la consommation de boissons alcoolisées des volontaires de la cohorte GAZEL**. Déviance et sociétés, 2003. 27(3): p. 257-268.
- [7]. Sansfacon, D., et al., **Drogues et dommages sociaux. État des lieux**. 2004, CIPC/OFD: Saint-Denis, à paraître.

**Dossiers, documents de synthèse**

**En français**

DEPOSTIS P. - **Une journée pour faire le point.** Courrier des Addictions (Le), 2004, 6, (1), 11-15  
Référence Toxibase n° 804516

\*\*\* - **Dossier. Drogues dans l'entreprise aussi...** Courrier Cadres, 2003, (1479), 20-27  
Référence Toxibase n° 404103

CASPERS E. ; PERILLEUX T. ; GHESQUIERE V. ; BAUWENS M. ; BOREANAZ M. - **Dossier : Monde du travail et psychotropes. Entre tabous et paradoxes.** Cahiers de Prospective Jeunesse (Les), 2003, 8, (1), 1-30  
Référence Toxibase n° 1001078

CESONI M. L. ; KAMINSKI D. ; AQUATIAS S. ; DE MONTIGNY M. J. ; GOLDBERG M. ; GUEGUEN A. ; JAMOULLE P. ; LECLERC A. ; LE MOIGNE P. ; MARANDA M. F. ; NEGURA L. ; PERILLEUX T. ; SOULET M. H. ; ZINS M. **Les drogues au travail.** Déviance et Société, 2003, 27, (3, numéro spécial), 235-354  
Référence Toxibase n° 804391

JEANNIN J. P. - **Gérer le risque alcool au travail.** Lyon, Chronique Sociale, 2003, (Coll. Savoir Communiquer), 391 p., ann.  
Référence Toxibase n° 700787

GRAF M. ; VOULLAMOZ P. ; BURRI F. ; CHUARD W. ; BELLAGAMBA J. M. ; MEYER P. **Dépendance à l'alcool et vie professionnelle : quels enjeux?** Dépendances / GREAT, 2003, 21, (3), 2-24  
Référence Toxibase n° 804346 à 804351

DEVEAUX M. ; KINTZ P. - **Conduites addictives en milieu professionnel : un problème de société et de toxicologie.** In : Forum Labo : journées scientifiques, 2002, 2003, 18 p. Publié sur Internet: <http://www.forumlabo.com/2002/abstracts/cadre.htm>  
Référence Toxibase n° 207090

DURAND E. ; LUCO N. ; CUZZOLIN-GAVALDA J. **Substances psychoactives et travail. Journée recherche de l'Institut interuniversitaire de médecine du travail Paris Ile-de-France. Paris, 15 mai 2002.** Documents pour le médecin du travail, 2002, 91, (3e trimestre), 273-282

DESRIAUX F. - **Dossier : Alcool, tabac... dopage au boulot.** Santé et Travail, 2001, 36, 23-54  
Référence Toxibase n° 206208

\*\*\* - **L'alcool et le travail.** SFA, ANPA, Société de Médecine du Travail d'Aquitaine, Arcachon, 12 mai 2000, Alcoologie et Addictologie, 2000, 22, (suppl. 4), 1S-56S  
Référence Toxibase n° 205393

CONSEIL RÉGIONAL NORD PAS-DE-CALAIS ; INSTITUT MÉDECINE TRAVAIL NORD FRANCE **Toxicomanies : quand un fait de société entre dans l'entreprise....** Lille, Conseil Régional Nord Pas-de-Calais, 1998, 31 p. + 39 fiches.  
Référence Toxibase n° 700312

GRUPE DE RÉFLEXION TOXICOMANIE ET TRAVAIL ; EDF ; ÉLECTRICITÉ DE FRANCE ; GDF ; GAZ DE FRANCE - **Toxicomanies, entreprises et médecine du travail. Mémento pratique.** EDF-GDF, 1998, 140 p.  
Référence Toxibase n° 1000369

MAXENCE J. L. ; TRARIEUX R. - **Toxicomanies et milieu du travail : la prévention des drogues en entreprise.** Revue Documentaire Toxibase, 1998, (3), 1-11  
Référence Toxibase n° 204621

OMS - **Promotion de la santé sur les lieux de travail : abus de l'alcool et des drogues.** Rapport d'un Comité OMS d'experts, OMS, Genève, 1993, 37 p.  
Référence Toxibase n° 302114

**En anglais**

KAESTNER R. **Illicit drug use and labor market outcomes : a review of economic theory and its empirical implications.** Journal of Drug Issues, 1998, 28, 663-680  
Référence Toxibase n° 504554

NORMAND J. ; LEMPET R.O. ; O'BRIEN C. **Under the influence? Drugs and the American work force.** Washington, DC, National Academy Press, 1994, 321 p.  
Référence Toxibase n° 202997

**Prévention**

**En français**

ROSSIGNOL C. - **Lieu de travail, lieu de prévention.** Addictions, 2003, (2), 10-14  
Référence Toxibase n° 700803

ARCHEE - **Le concept d'addiction : 2. Un plan de prévention pour gérer les risques liés à la consommation de produits psychotropes, en entreprise.** Archée Infos, 2003, (15), 2-3  
Référence Toxibase n° 207058

DELMOTTE H. - **Conduites addictives dans l'entreprise. Comment faire face ?** Travail et Sécurité, INRS, 2003, (633), 14-20

SFA-ISPA - **Consommation de drogues durant l'apprentissage. Des pistes pour prévenir et réagir.** Lausanne, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2003, 28 p.  
Référence Toxibase n° 1500017

\*\*\*\* - **Hôpital Avicenne : oser parler de l'alcool collectivement.** Lettre du CIRDD 93, 2003, (8), 3-4  
Référence Toxibase n° 1500032

VIGNE-LEPAGE V. - **Alcool au travail : action de fond contre un tabou.** Travail et Changement, 2003, (Juillet-Aout), 4-5  
Référence Toxibase n° 207595

BESANCON F. ; SIMON G. - **Prévention des dommages dus à l'alcool en médecine du travail. Objectifs évaluable, résultats.** Alcoologie et Addictologie, 2002, 24, (1), 63-66  
Référence Toxibase n° 206056

MURA P. - **Cannabis sativa var. indica : une menace croissante pour les entreprises.** Annales de Toxicologie Analytique, 2002, XIV, (1), 64-67  
Référence Toxibase n° 206196

CONSTANT P. ; CORTEEL P. - **Prévention et surveillance de l'addiction à l'alcool et aux stupéfiants : plus de 10 ans d'expérience dans le groupe ExxonMobil.** Annales de Toxicologie Analytique, 2002, XIV, (1), 90-93  
Référence Toxibase n° 206200

MARANDA M. F. ; MORISSETTE P. - **La problématisation de l'alcool et des drogues en milieu de travail.** In : HARRISSON D., LEGENDRE C., Santé sécurité et transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel, Montréal, QC, Presses de l'Université du Québec, 2002, 79-103  
Référence Toxibase n° 505614

CNAMTS ; CFES - **Alcool et travail. Prévention des risques liés à l'alcool en milieu profession-**

**nel. Dossier de presse.** Publié sur Internet : <http://www.inpes.sante.fr>, Paris, CNAMTS/CFES, 2001, 30 p., tabl., ann.  
Référence Toxibase n° 102257

ROULLET-VOLMI M. C. ; PERRIN-CASTRO E. **Sensibilisation au risque alcool dans une collectivité.** Alcoologie, 1999, 21, (2), 341-346  
Référence Toxibase n° 204818

CHOUCHAN D. - **Substances psychoactives : quelle prévention au poste de travail ?** Travail et Sécurité, 1999, (590), 24-29  
Référence Toxibase n° 303999

ALYANAK L. - **Abus de substances toxiques au travail.** Travail - Le magazine de l'OIT, 1999, (30), 5-7  
Référence Toxibase n° 1300794

PETREQUIN A. - **Sensibilisation aux risques liés aux toxicomanies : exemple d'une action dans les services nucléaires de Framatome.** Rev. Med. Trav., 1998, 25, (5), 280-281  
Référence Toxibase n° 204674

ISPA - **La prévention des toxicomanes durant l'apprentissage.** Lausanne, ISPA, 1996, 32 p.  
Référence Toxibase n° 303314

TRARIEUX R. - **Toxicomanie en milieu professionnel.** Revue du Praticien (La) - Médecine Générale, 1995, 9, (300), 28-31  
Référence Toxibase n° 302547

GRENIER G. - **La prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies dans l'industrie de la construction du Québec.** Bulletin de Liaison du CNDT, 1995, 20, 157-167  
Référence Toxibase n° 1000016

HELLER ; MAXENCE J.L. - **Expérience de prévention en entreprise.** AFEDCAP Informations, 1994, (3), 79-101  
Référence Toxibase n° 202673

KUNG M. - **La prévention primaire dans les entreprises : un service pour l'industrie, le commerce et les industries de services.** Cahiers du GREAT, 1994, (3), 74-82  
Référence Toxibase n° 302986

**En anglais**

BENNET J. B. ; LEHMAN W. E. K. - **Preventing workplace substance abuse: beyond drug testing to wellness.** Washington, American Psychological Association, 2003, 272 p., tabl.  
Référence Toxibase n° 1300886

OZMINKOWSKI R. J. ; MARK T. L. ; GOETZEL R. Z. ; BLANK D. ; WALSH J. M. ; CANGIANELLI L. - **Relationships between urinalysis testing for substance use, medical expenditures, and the occurrence of injuries at a large manufacturing firm.** American Journal of Drug and Alcohol Abuse (The), 2003, 29, (1), 151-167  
Référence Toxibase n° 206930

ILO ; INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. **Working together in Europe, 1999. Fourth international private sector conference on drugs in the workplace and the community. Report.** Sundsvall, Suède, 9-12 May 1999, Genève, ILO, 2001, 13 p. + ann.  
Référence Toxibase n° 205967

FAUSKE S. ; WILKINSON A. ; SHAIN M. **Communicating alcohol and drug prevention strategies and models across cultural boundaries : preliminary report on a ILO (International Labour Office) / WHO (World Health Organisation) / UNDCP (United Nations International Drug Control Program) inter-agency program.** Substance use & misuse, 1996,

31, (11-12), 1599-1617  
Référence Toxibase n° 402215

ILO ; BIT ; ICAA ; INTERNATIONAL COUNCIL ON ALCOOL AND ADDICTIONS. - **Alcohol and drug prevention in the workplace: experiences from Central European and Western Countries.** Lausanne, Amsterdam, ILO-ICAA, 1995, 94 p.  
Référence Toxibase n° 900492

## Dépistage, aspects techniques

### En français

MULLER C. - **Dépistage des drogues illicites en entreprise. A propos de 316 tests de dépistage réalisés à la SNCF.** Thèse présentée pour le Diplôme de Docteur en Médecine, N°95, Université Louis Pasteur, Faculté de Médecine de Strasbourg, 2003, 165 p., fig., tabl., graph.  
Référence Toxibase n° 804541

BEAUDRY C. **Les tests de dépistage en milieu de travail I.** Travail et Santé, Canada, 2003, 19, (2), 50-51

BEAUDRY C. **Les tests de dépistage en milieu de travail - II.** Travail et Santé, Canada, 2003, 19, (3), 50-51

VERSTRAETE A. ; DEVEAUX M. - **Historique du dépistage des conduites addictives en milieu professionnel en Europe et aux États-Unis.** Annales de Toxicologie Analytique, 2002, XIV, (1), 3-9  
Référence Toxibase n° 206186

GOULLE J.-P. ; LACROIX C. - **L'addiction en milieu professionnel : quelles techniques de confirmation après l'immunoanalyse ?** Annales de Toxicologie Analytique, 2002, XIV, (1), 27-32  
Référence Toxibase n° 206191

SAMYN N. ; ARESCHKA V. ; KINTZ P. - **Place de la salive et des cheveux dans le dépistage d'un usage de stupéfiants en milieu professionnel.** Annales de Toxicologie Analytique, 2002, XIV, (1), 33-42  
Référence Toxibase n° 206192

CORTEEL P. ; GAILLARD Y. ; PEPIN G. - **Du pré-lèvement au résultat : une chaîne de qualité stricte.** Annales de Toxicologie Analytique, 2002, XIV, (1), 50-57  
Référence Toxibase n° 206194

FONTAINE B. ; BROUCK N. ; LHERMITTE M. ; PAMART M. ; ELOY E. ; LEGRAND P. M. ; FRIMAT P. - **Le dépistage des consommations de substances psychoactives en médecine du travail : mythe ou réalité ?** Archives des Maladies Professionnelles et de Médecine du Travail, 2001, 5, (H.S.), 355-356  
Référence Toxibase n° 206087

FONTAINE B. ; LEGRAND P. M. ; ELOY E. - **Évaluation de 7 tests rapides pour le dépistage des substances psychoactives dans le cadre de la médecine du travail.** Documents pour le médecin du travail, 2001, 87, 321-324.

DEMORTIERE G. ; PESSIONE F. ; BATEL P. - **Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'auto-questionnaires : intérêt, faisabilité, limites.** Documents pour le médecin du travail, 2001, 86, (2e trimestre), 193-200

LEMIRE V. - **Les drogues illicites : dépistage et identification urinaires. Prévalence dans un centre de médecine du travail.** Thèse de

pharmacie, Univ. Lille II, 1996, 87 p.  
Référence Toxibase n° 101612

BOUVET M. - **Dépistage biologique des toxicomanies et médecine du travail.**

Thèse de Médecine, Univ. Bordeaux II, 1995, no 3063, 144 p.  
Référence Toxibase n° 101594

HANSON M. - **Aperçu des examens de dépistage de la drogue et de l'alcool sur les lieux de travail.** Bulletin des Stupéfiants, 1993, 45, (2), 3-53  
Référence Toxibase n° 101367

### En anglais

WHITE T. - **Drug testing at work : issues and perspectives.** Substance Use and Misuse, 2003, 38, (11-13), 1891-1902  
Référence Toxibase n° 404255

GERBER J. K. ; YACUBIAN G. S. - **An assessment of drug testing within the construction industry.** Journal of Drug Education, 2002, 32, (1), 53-68  
Référence Toxibase n° 901291

FENDRICH M. ; YUN SOO KIM J. - **The experience and acceptability of drug testing : poll trends.** Journal of Drug Issues, 2002, 32, 81-95  
Référence Toxibase n° 505351

MACDONALD S. ; ROMAN P. - **Drug testing in the workplace.** London, Plenum Press, 1994, 318 p.  
Référence Toxibase n° 503618 à 503625

\*\*\* - **2nd national conference on alcohol and other drugs in the workplace, 26th and 27th May 1993, Sydney, Australia.** Sydney, IPS, 1993, 255 p.  
Référence Toxibase n° 202321

## Éthique, Charte, Législation

VAILLANCOURT M. ; GRIMARD S. - **Toxicomanie au travail : défis éthiques.** Droit, Déontologie et Soins, 2003, 3, (2), 247-265  
Référence Toxibase n° 207162

FFST ; FÉDÉRATION FRANÇAISE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL ; GOURNAY M. ; CLIN B. ; LE NEINDRE B. - **L'entreprise et l'alcool : réglementation, règlement intérieur, jurisprudence.** Publié sur Internet : <http://www.federationsante-travail.org/publications/m28Alcool.html>, FFST, 2003, 7 p.  
Référence Toxibase n° 207699

CHSCT ; CHU DE BORDEAUX - **Charte sur la prévention du risque alcool au CHU de Bordeaux.** Bordeaux, CHU de Bordeaux, 2002, ill.  
Référence Toxibase n° 1400041

COMMISSION CANADIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE - **Politique de la Commission canadienne des droits de la personne sur le dépistage des drogues et de l'alcool.** Publié sur Internet : <http://www.ohrc.ccdp.ca>, Canadian Human Rights Commission, 2002, 17 p.  
Référence Toxibase n° 206578

FRIMAT P. ; NISSE C. - **Conduites addictives en milieu professionnel : aspects réglementaires.** Annales de Toxicologie Analytique, 2002, XIV, (1), 15-19  
Référence Toxibase n° 206188

DAVENAS L. ; PEPIN G. - **Conséquences juridiques et financières de l'accident du salarié sous l'emprise d'une substance psychoactive.** Annales de Toxicologie Analytique, 2002, XIV, (1), 20-23  
Référence Toxibase n° 206189

\*\*\* - **Contrôles d'alcoolémie sur le lieu de travail.** Alcool ou Santé, 2002, (242-243), 9-11  
Référence Toxibase n° 700762

GIBERTIE Y. - **Les conduites addictives et les métiers de la mer. Peut-il y avoir unité d'action sur le plan international ?** Publié sur Internet : [http://www.mer.equipement.gouv.fr/hommes/05\\_medical/03\\_journee/index.htm](http://www.mer.equipement.gouv.fr/hommes/05_medical/03_journee/index.htm), Ministère de l'Équipement, des Transports, du Logement, du Tourisme et de la Mer, 2002, 5 p.  
Référence Toxibase n° 206782

FERREIRA M. - **Alcoolémie et toxicomanie : dépistage sur le lieu de travail.** Travail et Sécurité, 2001, 605, (3), 14-15  
Référence Toxibase n° 206097

VIOLETTE A. - **Les tests de dépistage d'alcool et de drogues en milieu de travail : une question d'équilibre.** Revue du Barreau, 2000, 60, (1), 81-128  
Référence Toxibase n° 804302

CLAVEL-FAUQUENOT M. F., MARIGNIER N. - **Le règlement intérieur. L'entreprise et l'alcoolisme.** Liaisons sociales, 2000, numéro spécial, (septembre), 90 p.

Mc DONALD S. ; WELLS S. ; FRY R. - **Les limites du dépistage de la toxicomanie sur les lieux de travail.** Revue internationale du travail, 1993, 132, (1), 105-127  
Référence Toxibase n° 302155

RASKIN C. - **Examens de dépistage de la drogue et de l'alcool sur les lieux de travail : questions d'ordre moral, éthique et juridique qu'ils soulèvent.** Bulletin des Stupéfiants, 1993, 45, (2), 55-99  
Référence Toxibase n° 101368

## Prise en charge, programmes d'aide

### En français

THOMAS C. - **Expérience de réalisation d'une intervention brève sur l'alcool dans un service autonome de santé au travail de la région Champagne-Ardenne.** Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Université Substances Psychoactives et Conduites Addictives, Univ. Reims Champagne-Ardenne, UFR Médecine, 2003, 18 p.  
Référence Toxibase n° 404271

MARANDA M. F. ; MORISSETTE P. ; GELINAS A. ; SCHOONBROODT C. - **Surconsommation de substances psychoactives : analyse des représentations et des pratiques d'un réseau d'entraide en milieu de travail. Rapport de recherche.** Conseil Québécois de la Recherche Sociale, 2001, 94 p.  
Référence Toxibase n° 505481

CABRERO E. ; GOMEZ-ACEBO A. ; GARCIA-ALCAZAR I. ; GARCIA-ALCABAR A. ; LUNA J. D. ; LUNA A. - **Programme contre la toxicomanie et l'alcoolisme dans l'entreprise ferroviaire espagnole RENFE, 1990-1997.** Archives des Maladies Professionnelles, 2000, 61, (5), 310-317  
Référence Toxibase n° 205628

**Conférence de consensus : "Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant". Principales recommandations à retenir en médecine du travail.** Documents pour le médecin du travail, 2000, 83, (3e trimestre), 345-346.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU LUXEMBOURG ; SCHACKMANN B. - **Alcool et lieu de travail.**

suite Biblio plus Toxibase

**Guide pour responsables d'entreprises, cadres supérieurs, gestionnaires de ressources humaines, membres des comités d'entreprise et des délégations du personnel.** Publié sur Internet : [http://www.etat.lu/MS/MED\\_TRAV/Alcool\\_Fr.pdf](http://www.etat.lu/MS/MED_TRAV/Alcool_Fr.pdf), Luxembourg, CNLA, 2000, 14 p.  
Référence Toxibase n° 804300

DESCHAMPS C. ; GELINAS M. - **Le partenariat avec les entreprises : une autre façon de contrer le problème de la toxicomanie.** L'Intervenant, 1999, 15, (4), 7-9  
Référence Toxibase n° 700382

VOUMARD P.A. ; FIECHTER C. ; BUGNARD A. **Alcool, drogues et place de travail.** Revue Médicale de la Suisse Romande, 1999, (119), 545-548  
Référence Toxibase n° 303591

TRARIEUX R. - **Conduites à tenir face aux usagers de drogues en milieu de travail.** In : TOUZEAU D., JACQUOT C., Les traitements de substitution pour les usagers de drogues, p.219-222, Paris, Arnette, 1997  
Référence Toxibase n° 1000251

OIT ; ORGANISATION INTERNATIONALE TRAVAIL **Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail.** Genève, Bureau International Travail, 1996, 63 p.  
Référence Toxibase n° 900425

FROMAIGEAT D. - **L'alcoolisme en milieu professionnel. De la dépendance à la réinsertion à travers le dialogue.** Genève, Office cantonal de l'inspection et des relations du travail, OCIRT, 1996, 31 p.

BIT ; BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL **Projet de recueil de directives pratiques sur la prise en charge des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme sur le lieu de travail.** Genève, BIT, 1994, 38 p.  
Référence Toxibase n° 203814

**En anglais**

KNUDSEN H. K. ; ROMAN P. M. ; JOHNSON J. A. - **The management of workplace deviance: organizational responses to employee drug use.** Journal of Drug Issues, 2004, 34, 121-143  
Référence Toxibase n° 505872

TRICE H.M. ; STEELE P.D. - **Impairment testing : issues and convergence with employee assistance programs.** Journal of Drug Issues, 1995, 25, 471-503  
Référence Toxibase n° 503572

STEELE P.D. - **Workers assistance programs and labor process : emergence and development of the employee assistance model.** Journal of Drug Issues, 1995, 25, (2), 423-450  
Référence Toxibase n° 503570

FRENCH M.T. ; ZARKIN G.A. ; BRAY J.W. - **A methodology for evaluating the costs and benefits of Employee Assistance Programs.** Journal of Drug Issues, 1995, 25, 451-470  
Référence Toxibase n° 503571

BAXTER A. K. - **A 20 year history of an employee assistance program for tenured faculty in a large university setting.** In : 36<sup>e</sup> congrès international sur l'alcoolisme et les toxicomanies, ICAA-CIPAT/SCA, Glasgow, 16-21 Août 1992, p. 1082-1084, Lausanne, ICAA-CIPAT, 1993  
Référence Toxibase n° 202789

**Épidémiologie, enquêtes**  
**En français**

FONTAINE B. ; GROUPE RÉGIONAL TOXICOMANIES ET TRAVAIL - **Substances psychoactives et travail. Approche épidémiologique.** Annales de Toxicologie Analytique, 2002, XIV, (1), 10-14  
Référence Toxibase n° 206187

HARZO C. ; JEANNIN J. P. ; ARNAUD C. ; BONNAL V. ; PREVERT H. ; VALETTE J. F. - **Alcool et travail : une enquête auprès d'entreprises de la région Rhône-Alpes.** Observatoire Social de Lyon, 2003, 48 p.

MARC B. - **Accidentologie et stupéfiants.** Communication aux 8<sup>e</sup> journées de la médecine des gens de mer, 5 et 6 décembre 2002, Publié sur Internet : [http://www.mer.equipement.gouv.fr/hommes/05\\_medical/03\\_journee/index.htm](http://www.mer.equipement.gouv.fr/hommes/05_medical/03_journee/index.htm), Ministère de l'Équipement, des Transports, du Logement, du Tourisme et de la Mer, 2002, 3 p.  
Référence Toxibase n° 206778

CPAM DE LA MARNE - **L'abus d'alcool dans l'entreprise.** Reims, CPAM de la Marne, Services Éducation pour la santé / Statistiques, 2001, 2 p.  
Référence Toxibase n° 403599

GOURNAY M. ; MATHIS M.T. - **Alcoolisation en milieu de travail. Enquête en Basse-Normandie.** Documents pour le médecin du travail, 2000, 81, (1er trimestre), 43-48

PIOTET F. ; LATTES C. - **Travail et relations de travail dans l'enquête sur "La santé et les soins médicaux 1991-1992".** N°conv. MIRE 32/95, Paris, Laboratoire Georges Friedmann, 1998, 107 p., graph., tabl.  
Référence Toxibase n° 504962

CARTACCI E. ; MOLENDINI L. O. ; CALIGARA M. ; GRANDI M. - **Substances et drogues dans les accidents mortels du travail.** Journal de Médecine Légale et de Droit Médical, 1997, 40, (7-8), 591-593  
Référence Toxibase n° 303406

LECLERC A. ; ZINS M. ; BUGEL I. ; CHASTANG J.F. - **Consommation de boissons alcoolisées et situation professionnelle dans la Cohorte GAZEL (EDF-GDF).** Archives des Maladies Professionnelles, 55, (7), 1994, 509-517

**En anglais**

SPICER R. S. ; MILLER T. R. ; SMITH G. S. - **Worker substance use, workplace problems and the risk of occupational injury : a matched case-control study.** Journal of Studies on Alcohol, 2003, 64, (4), 570-578  
Référence Toxibase n° 1300869

BRYANT R. R. ; SAMARANAYAKE V. A. ; WILHITE A. - **The effect of drug use on wages : a human capital interpretation.** American Journal of Drug and Alcohol Abuse (The), 2000, 26, (4), 659-682  
Référence Toxibase n° 900996

HOFFMANN J. ; LARISON C. - **Drug use, workplace accidents and employee turnover.** Journal of Drug Issues, 1999, 29, (2), 341-364  
Référence Toxibase n° 504904

HOFFMANN J.P. ; LARISON C.L. - **Worker drug use and workplace drug-testing programs : results from the 1994 National Household Survey on Drug Abuse.** Contemporary Drug Problems, 1999, XXVI, (2), 331-354  
Référence Toxibase n° 1000489



**Outils de prévention**

**Dépliant**

AMITIÉ EDF-GDF. **Liberté retrouvée, à lire sans modération.** Paris, Amitié EDF-GDF, 2002, 6 p.  
Référence Toxibase n° 901188

**Bande dessinée**

JOVER J. ; MARTINEZ J. ; ASTM ; ADOLESCENTS EN DANGER SANTÉ TOXICOMANIES MARGINALITÉ. **L'alcool à l'ombre.** Paris, ASTM, 2001, 20 p.  
Référence Toxibase n° 1101020

**CD-ROM**

SNCF. **Les conduites à risques.** Villeneuve St-Georges, Centre de Formation des Apprentis du Matériel EIM/TGV, 2001  
Référence Toxibase n° 1000819

**Brochure**

SANTÉ ET ENTREPRISE - **L'alcool dans le monde du travail.** Bruxelles, Asbl Santé & Entreprise, 2000, 27 p.  
Référence Toxibase n° 303972

MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE. **Pour que boire reste un plaisir.** Bagnolet, MSA, 1999, 16 p.  
Référence Toxibase n° 1400040

**Support de cours**

**Substances engendrant la dépendance au poste de travail. Documents de cours avec modèles pour transparents.** Publié sur Internet : <http://www.suva.ch>, Lausanne, Suva, 2002, 50 p.  
Référence Toxibase n° 804597



Sélection préparée par Marie-Noëlle Surrel