

# Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail

*L'objet de cet article est de faire le point sur le cadre juridique du dépistage des substances psychoactives sur le lieu de travail. Dans une première partie seront donnés un certain nombre de définitions et une liste non exhaustive des produits les plus courants et de leurs effets. Dans une seconde partie seront développées les règles juridiques qui encadrent le dépistage sur le lieu de travail. Les méthodes de dépistage ne seront pas abordées dans cet article.*

**L**es substances psychoactives sont définies comme des substances modifiant le fonctionnement psychique. Dans certains cas, il s'agit d'un effet recherché, ce qui est le cas des « médicaments psychotropes » et des « drogues ». Dans d'autres cas, par exemple des médicaments non psychotropes, il s'agit d'un effet secondaire indésirable.

L'addictologie, discipline récente, étudie les pratiques de consommation et les conduites addictives dans le cadre d'une approche globale. Elle vise à comprendre les mécanismes d'acquisition de la dépendance et s'intéresse en particulier aux déterminants biologiques, psychologiques et sociaux. Son objectif est également de réfléchir aux traitements et à la prévention ainsi qu'aux conséquences sociales et économiques de ces dépendances.

La classification internationale des maladies (CIM 10) distingue l'usage, l'abus et la dépendance qu'elle soit physique ou psychique (encadré 1). La CIM 10 consacre un chapitre aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19). Un certain nombre de produits font l'objet de cette classification suivant le stade des effets produits pour chacun d'entre eux : alcool, opiacés, dérivés du cannabis, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne, stimulants y compris la caféine, hallucinogènes, tabac, solvants volatils... La polyconsommation fait l'objet d'une catégorie à part ainsi que l'utilisation de substances autres que de celles déjà listées. La classification américaine DSM IV fait le même type de distinctions et n'est pas détaillée ici.

Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 8,9 millions de français consomment quotidiennement de l'alcool, 13 millions

E. DURAND\*, C. GAYET\*\*, A. BIJAOU\*\*\*.

\* Département Etudes et assistance médicales, INRS, Centre de Paris.

\*\* Service juridique, INRS, Centre de Paris.

\*\*\* Département Documentation, Centre de Paris, INRS.

## Usage, abus et dépendance (d'après la CIM 10)

### L'usage

Consommation du produit occasionnelle ou régulière. Cet usage peut comporter ou non des risques pour la santé.

### L'abus (utilisation nocive pour la santé)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

### La dépendance (ou syndrome de dépendance)

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et parfois, à un syndrome de sevrage physique.

ENCADRÉ 1



Documents pour le Médecin du Travail  
N° 99  
3<sup>e</sup> trimestre 2004

du tabac, 2,4 millions des médicaments psychotropes et 280 000 du cannabis. Depuis 1970, en France, le nombre de consommateurs de substances psychoactives aurait été multiplié par dix ou vingt. Bien souvent, les consommations se cumulent : 90 % des consommateurs d'alcool ont été fumeurs et 80 % des fumeurs boivent de l'alcool. La quantité consommée et la fréquence de consommation sont des indicateurs fondamentaux.

Les entreprises ne peuvent qu'être concernées par ce phénomène en raison de son ampleur et des implications qu'il a en matière de santé au travail et de risques professionnels. La dépendance, définie dans l'encadré 1, peut entraîner des difficultés sur le lieu du travail. Elle nécessite une prise en charge médicale.

En effet, la présence de salariés en état d'ébriété ou sous l'emprise de drogues sur le lieu de travail présente des risques. Les conséquences en matière de comportement et de vigilance des salariés peuvent être à l'ori-

gine d'accidents. Cette situation pose en outre des problèmes d'ordre juridique étant donné les interdictions qui existent sur le plan légal, tant du point de vue de la consommation de stupéfiants que du séjour de salariés en état d'ivresse dans les entreprises.

Il peut être également noté que les informations disponibles à l'échelle nationale, à partir des dépistages routiers et des consultations en centres de cure ambulatoire en alcoologie, amènent à constater l'importance des conséquences des abus d'alcool en milieu routier et leurs implications dans les interventions des professionnels de la sécurité routière et de l'alcoologie.

La question du dépistage des substances psychoactives sur le lieu de travail reste problématique et se pose souvent dans des situations sociales difficiles et compliquées. Cependant, le dépistage de ces substances par les services de santé au travail est encadré par un certain nombre de textes juridiques qui seront développés ici. Les situations seront dans tous les cas différentes selon les produits :

- drogues licites et illicites (*encadré 2*) ;
- drogues sédatives (hypnotiques, sédatifs...) et désinhibitrices (alcool, cocaïne, amphétamines).

Enfin, il est nécessaire de rappeler que la consommation de drogues illicites est encadrée par la loi de 1970 (*encadré 3*). Les orientations du plan gouvernemental récemment adopté par le Premier ministre pour la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) sont détaillées dans l'*encadré 4*.

#### ENCADRÉ 2

### Substances licites et illicites

**Substances licites :** alcool, tabac, solvants, médicaments...

**Substances illicites :** cannabis, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes...

#### ENCADRÉ 3

### À propos de la loi du 31 décembre 1970

La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 (codifiée au livre IV de la troisième partie du Code de la Santé publique consacré à la lutte contre la toxicomanie) constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la drogue depuis près de trente ans. Cette loi réprime l'usage et le trafic de stupéfiants, en distinguant clairement ces deux aspects. Depuis 1970, la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises en augmentant les peines encourues ou en créant de nouveaux délits (offre et cession, blanchiment). En revanche, la répression de l'usage, objet de débats incessants, n'a pas été modifiée durant toutes ces années.

Cette relative permanence sur le plan législatif ne doit pas masquer cependant des évolutions assez marquées dans la mise en œuvre de la loi, telle qu'elle s'exprime tout au moins dans les circulaires et autres textes rédigés par les administrations en charge de la justice et de la santé.

Les objectifs de la loi sont de réprimer sévèrement le trafic, de poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage et enfin d'assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter. Le texte de loi fait référence aux substances stupéfiantes inscrites dans une liste déterminée par la commission des stupéfiants et psychotropes, en accord avec la réglementation internationale. Un arrêté ministériel permet de classer une substance comme produit stupéfiant (anciennement tableau B et depuis le décret du 29 décembre 1988 catégorie des substances stupéfiantes). Depuis 1970, de nombreuses dispositions législatives ont été introduites instaurant des notions nouvelles telles que les délits de cession et d'offre en vue de la consommation personnelle, le délit général de blanchiment du produit du crime, etc.

## Les produits

D'après la Classification internationale des maladies (CIM 10), les substances psychoactives comprennent l'alcool, les amphétamines et produits dérivés, la caféine, le cannabis, les hallucinogènes, la nicotine, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, les solvants volatils...

### ALCOOL

#### Produits

L'alcool est toujours fabriqué à partir de la fermentation de glucides contenus dans des fruits, des végétaux ou des céréales (raisins, pommes de terre...). Le sucre présent se transforme en alcool (éthanol) sous l'action de levures : c'est la fermentation. Les boissons alcoolisées fabriquées par fermentation sont représentées par le vin, le champagne, le cidre, la bière...

D'autres boissons telles que le whisky, le rhum... subissent, en plus du procédé de fermentation, une distillation consistant à récupérer l'alcool par chauffage. Les boissons distillées ont une concentration en alcool beaucoup plus élevée.

#### Cinétique et métabolisme

La consommation d'alcool entraîne une absorption par voie digestive quasi totale. Cette absorption peut être ralentie par l'absorption concomitante de nourriture. Elle est accélérée par le jeûne et les boissons gazeuses.

L'alcoolémie atteint un maximum en 30 à 60 minutes à jeun et en deux heures avec un repas. La décroissance de l'alcoolémie est d'environ 0,10-0,15 g/l par heure. La vitesse d'élimination augmente chez les consommateurs chroniques d'alcool et les fumeurs.

#### Effets

Les effets sont multiples. Ils peuvent aller de la sensation de détente, désinhibition, plaisir à l'ivresse jus-

### MILDT : Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008

Depuis 1998, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) a pour mission d'élargir son champ d'action à la lutte contre l'abus des produits licites, tels que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes, d'améliorer le dispositif de coordination locale de lutte contre la toxicomanie et d'évaluer des actions conduites ou soutenues par elle-même. Le plan gouvernemental, approuvé et signé par le premier ministre fin juillet 2004, met notamment l'accent sur la prévention.

Ainsi, pour lutter contre les drogues illicites, le plan prévoit notamment l'éducation obligatoire à la prévention des pratiques addictives tout au long de la scolarité par des messages adaptés à chaque âge, la diffusion d'informations aux parents pour les préparer à prévenir les consommations et à savoir réagir si des consommations surviennent. Un bilan d'expérience dans les zones urbaines sensibles doit être établi pour trouver de nouvelles méthodes d'intervention. La présence d'acteurs de prévention sera assurée lors d'événements festifs.

Par ailleurs, concernant la répression, l'application de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie

et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses (cf. encadré 3) sera adaptée, afin de mieux prévenir la récurrence des mineurs, de traiter l'infraction d'usage plus rapidement et plus systématiquement pour rendre la sanction plus dissuasive, et de renforcer la lutte contre le trafic par une meilleure concertation des services répressifs.

Concernant le tabac, les mesures visant au respect de la loi Evin en milieu scolaire et dans les lieux collectifs et publics seront renforcées.

Quant à l'alcool, un accent particulier sera mis notamment sur la sécurité routière par la mise en œuvre de contrôles préventifs rendus véritablement dissuasifs.

Ce nouveau plan gouvernemental prévoit également, entre autres mesures, de diversifier et de mieux adapter l'offre de soins, de renforcer la coopération internationale notamment par un rapprochement avec les pays voisins de l'Union européenne, et d'intensifier les efforts en matière de recherche dans le champ des drogues.

L'évaluation de l'action gouvernementale est assortie de niveaux de réussite escomptés au terme de la période quinquennale.

ENCADRÉ 4



qu'à des troubles digestifs avec nausées, vomissements. La consommation chronique d'alcool est à l'origine de syndromes dépressifs avec perte de l'estime de soi.

## Risques

Les risques sont immédiats dans le cas d'intoxication aiguë et à long terme en cas de consommation chronique.

Les risques immédiats sont la diminution de vigilance et des réflexes, la perte de contrôle avec passages à l'acte violents, accidents du travail et de la route. La symptomatologie peut aller jusqu'au coma éthylique en cas d'absorption massive d'alcool. Les risques à long terme sont représentés par une atteinte de plusieurs organes : foie, appareil digestif, nerfs périphériques et atteinte neurologique centrale... La manifestation la plus classique à long terme est la cirrhose du foie.

## TABAC

### Produits

La fumée de tabac est composée d'une phase gazeuse et d'une phase particulaire. La composition de ces phases est un mélange complexe de 4 500 constituants dont une soixantaine de substances cancérigènes ou suspectées de l'être. Par exemple : benzène, 4-aminobiphényle, goudrons, o-toluidine, 2-naphtylamine, benzo[a]pyrène, benz[a]anthracène, N-nitrosodiméthylamine, cadmium et arsenic.

La fumée de tabac contient des substances irritantes sur le plan respiratoire présentes dans la phase particulaire (phénols, acides organiques, benzoquinones) et dans la phase gazeuse (aldéhyde allylique ou acroléine, autres aldéhydes, peroxyde d'azote, acide cyanhydrique).

### Cinétique et métabolisme

Seuls le métabolisme de la nicotine et du CO qui font partie de la phase particulaire seront évoqués ici.

La nicotine est un alcaloïde du tabac. Elle est absorbée de façon maximale dès l'inhalation et atteint le système nerveux central en quelques secondes. Le métabolisme est hépatique et l'élimination urinaire. Elle est responsable d'une dépendance importante.

Le CO est absorbé également rapidement. Il se fixe sur l'hémoglobine avec une affinité 250 fois supérieure à celle de l'oxygène. Il peut être responsable, en réaction à l'hypoxie, de l'augmentation de l'hémoglobine (polyglobulie relative) et, chez les sujets âgés, de décompens

sation d'une atteinte respiratoire. Son élimination est identique à celle du CO respiré dans l'air ambiant.

### Effets

Le tabac peut provoquer une augmentation de la vigilance et de la capacité de réflexion. Il a un effet anxiolytique et coupe faim.

### Risques

Le rôle cancérigène du tabagisme est démontré pour le poumon. Il est également prouvé qu'il est responsable d'asthme, de toux irritative... et d'anomalies respiratoires détectées aux épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR). Le tabac est également responsable d'autres cancers tels que les cancers ORL, digestifs, de la vessie... Le risque de maladie coronarienne (angine de poitrine, infarctus) est l'autre risque majeur de mortalité lié au tabagisme. Les risques du tabagisme passif ont été évoqués dans une publication précédente des *Documents pour le Médecin du Travail* <sup>(1)</sup>.

## CANNABIS

Il existe une certaine banalisation du cannabis chez les jeunes mais on retrouve moins de 1 % d'utilisateurs réguliers au-delà de 45 ans. La consommation à l'âge de dix-huit ans est passée de 34 à 60 % dans la population masculine entre 1993 et 1999. Pour la population féminine du même âge, elle est passée de 17 à 42 % entre 1993 et 1999.

### Produits

Le cannabis est fabriqué à partir d'une plante, le chanvre. Son principe actif principal est le tétrahydrocannabinol (THC). Le THC est une substance psychoactive dont la concentration est variable suivant la variété de chanvre utilisée et la façon dont le produit est préparé. Le cannabis peut être fumé (« pétard ou joint ») ou mangé (« space cake »). Il se présente sous la forme de résine, d'herbe ou d'huile. Les termes marijuana, hashisch, shit désignent le cannabis sous ses diverses formes. L'apparition de produits à fortes concentrations de tétrahydrocannabinol doit être notée.

### Cinétique et métabolisme

Le THC est absorbé par voie respiratoire quand il

(1) Henrotin JB, Jacquet F.- Salariés non fumeurs et tabagisme passif dans les cafés et les restaurants : mise au point. *Doc Méd Trav.* 2004, 98 : 201-20.

est fumé. Il agit en activant un récepteur cellulaire. Ces récepteurs sont présents en quantité importante au niveau du cerveau et des cellules immunitaires. Dans le cerveau, c'est le système limbique, responsable des émotions qui contient le plus de ces récepteurs. Le THC est stocké dans les adipocytes et diverses cellules du cerveau. Ses effets sont prolongés (plus de 24 heures) et son élimination lente, ce qui explique que le dépistage du cannabis peut se révéler positif près de trois semaines après l'avoir fumé.

## Effets

Les effets du cannabis sont complexes et multiples :

- système sympathique : congestion des conjonctives, accélération du pouls, élévation tensionnelle... ;
- altérations de la vigilance, excitation ;
- modifications de l'humeur ;
- troubles sensoriels ou esthésiques (vue, ouïe, perception corporelle... ) ;
- hallucinations visuelles, auditives et corporelles ;
- synesthésies <sup>(2)</sup>, etc.

## Risques

Le cannabis fumé entraîne, tout comme le tabac, un effet cancérigène probable pour les voies aéro-digestives supérieures et l'appareil bronchique. Une altération des fonctions cognitives et de la mémoire régressives à l'arrêt ont été décrites.

Des troubles psychotiques aigus (co-morbidité fréquente entre usagers et troubles psychiatriques) ont également été rapportés. Le cannabis a par ailleurs été utilisé dans le traitement de la douleur. Son efficacité n'a pas été démontrée, mais des effets secondaires ont pu être notés à type de troubles paranoïdes dans 6 % des cas.

---

## COCAÏNE

## Produits

La cocaïne est un alcaloïde issu des feuilles de coca <sup>(3)</sup>. C'est sous forme de chlorhydrate de cocaïne qu'elle est consommée. La cocaïne sous forme de poudre blanche est rarement pure, souvent « coupée » avec d'autres produits tels que de la caféine, du lactose... Elle est sniffée, fumée (sous forme de crack ou free base), voire injectée. Le crack est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et d'ammoniac, qui se présente sous forme de caillou fumé dans une pipe.

## Cinétique et métabolisme

L'absorption de la cocaïne se fait par voie nasale. C'est un anesthésique local et un puissant vasoconstricteur (effet alpha-adrénergique). La cocaïne interfère avec la recapture de la noradrénaline et de la dopamine par les neurones, en particulier ceux du système limbique. Elle agit également sur le métabolisme de la sérotonine.

Par voie nasale, la cocaïne est absorbée par la muqueuse nasale. Elle passe dans le sang en 3 à 5 minutes et les effets maximum sont atteints en 20 minutes. L'élimination se fait par voie urinaire. D'autres voies sont parfois utilisées : orale, parentérale ou pulmonaire. Dans ces cas, le temps de passage dans le sang varie suivant la voie : de trente minutes pour la voie orale à quelques minutes pour la voie pulmonaire, la voie parentérale étant la plus rapide (immédiat).

## Effets

Les principaux effets de la cocaïne sont l'euphorie, la sensation de bien-être, l'hyperactivité, l'anorexie et l'insomnie. La dépendance est intense. A l'arrêt, en cas de consommation régulière, peut être noté un syndrome de sevrage avec malaise, apathie, difficulté de concentration.

## Risques

Les complications psychosomatiques en cas de consommation prolongée sont la désorientation, la survenue d'hallucinations, des syndromes dépressifs et parfois des manifestations psychotiques. Des manifestations violentes peuvent également être observées telles que des passages à l'acte et des manifestations agressives. La cocaïne est responsable d'accidents cardiaques, de troubles du rythme cardiaque ainsi que d'atteintes pulmonaires ou neurologiques (épilepsie).

Les lésions de la muqueuse nasale, secondaires à la prise par sniff, sont des portes d'entrée pour le virus de l'hépatite C et de l'hépatite B lors du partage des pailles.

---

## OPIACÉS

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies distingue quatre profils de consommateurs d'opiacés :

- les consommateurs d'héroïne qui consomment occasionnellement des produits de substitution quand ils n'ont plus d'héroïne ;

(2) Enchaînement d'un domaine sensoriel à un autre : musique entraînant une vision.

(3) Arbrisseau dont les feuilles persistantes contiennent des alcaloïdes dont la cocaïne.

(4) Le terme descente désigne le moment de la disparition de l'effet du produit.

(5) Le Subutex<sup>®</sup> et la méthadone sont des traitements de substitution utilisés chez les personnes dépendantes aux opiacés.

- les personnes traitées par produits de substitution qui consomment occasionnellement de l'héroïne ;
- les polyconsommateurs de médicaments opiacés (cf. liste du paragraphe suivant) ;
- les consommateurs de cocaïne et de crack qui utilisent l'héroïne pour la « descente » (4).

## Produits

Il existe différents types d'opiacés avec des prévalence de consommations différentes. En France, les chiffres de prévalence connus sont les suivants :

- environ 150 000 usagers d'opiacés (héroïne...) ;
- environ 79 000 personnes sont traitées par Subutex<sup>®</sup> ;
- entre 11 000 et 15 000 personnes sont traitées par méthadone (5).

Les médicaments opiacés comprennent :

- le sulfate de morphine, par exemple Moscontin<sup>®</sup> ou Skenan<sup>®</sup> ;
- les opiacés de synthèse tels que la méthadone, la buprénorphine (Temgesic<sup>®</sup>, Subutex<sup>®</sup>), le dextropropoxyphène (Antalvic<sup>®</sup>), le tramadol (Topalgic<sup>®</sup>), la pentazocine (Fortal<sup>®</sup>), le fentanyl (Durogesic<sup>®</sup>), l'oxycodone (Eubine<sup>®</sup>), la nalbuphine (Azerty<sup>®</sup>), l'hydromorphone (Sophidone<sup>®</sup>) et la dihydrocodéine (Dicodin<sup>®</sup>).

L'opiacé le plus utilisé à visée toxicomaniaque est l'héroïne.

## Cinétique et métabolisme

La cinétique et le métabolisme des médicaments opiacés n'est pas abordé ici. L'héroïne est liposoluble et passe immédiatement dans le cerveau. Son effet est quasi immédiat après injection (le flash). Son élimination se fait par voie urinaire. L'héroïne se transforme en morphine dans les urines, morphine qui sera détectée en cas de dépistage urinaire.

## Effets

Les effets des opiacés sont entre autres : sédation, euphorie, flash avec l'héroïne, baisse de vigilance, dépression respiratoire. Ces troubles sont le plus souvent liés à l'absence de « contrôle » des doses prises.

## Risques

La dépendance aux opiacés survient très rapidement. Le retentissement sur la vie sociale est quasiment toujours important et les complications infec-

tieuses fréquentes. De nombreux toxicomanes sont aujourd'hui porteurs du virus de l'hépatite C (près de 70 % d'entre eux).

La transmission du VIH dans cette population a diminué depuis les mesures de réduction des risques décidées par les divers gouvernements depuis la fin des années 1980 (vente de seringues en pharmacie, Stéribox<sup>®</sup>, campagnes d'information, traitements de substitution...). La mise en place de traitements de substitution a permis de resocialiser un certain nombre de toxicomanes et de les réintégrer dans un milieu de travail. Les personnes sous traitement de substitution doivent cependant être informés des effets sur la vigilance pour la conduite automobile (en particulier en cas d'absorption d'alcool ou d'autres psychotropes).

## AMPHÉTAMINES

### Produits

Différents types de produits peuvent être distingués :

- les anorexigènes ;
- l'amineptine (Survector<sup>®</sup>) et l'Orténalv<sup>®</sup> ont été retirés du commerce ;
- l'ecstasy ou 3,4 méthylènedioxy-méthamphétamine (MDMA) est la plus fréquente des amphétamines ;
- les produits entactogènes : méthylène-dioxy-amphétamine (MDA), méthylène-dioxy-éthylamphétamine (MDE).

### Cinétique et métabolisme

L'effet de l'ecstasy s'installe en moins d'une heure et dure environ 4 à 8 heures. Les molécules se fixent sur des récepteurs spécifiques de la sérotonine et agissent comme des agonistes au niveau des récepteurs alpha 2 présynaptiques.

La MDMA et son métabolite principal (MDA) sont retrouvés dans les 24 heures qui suivent la prise dans le sang, la salive et la sueur. L'élimination est urinaire.

### Effets

Ces substances sont à l'origine d'une augmentation de la vigilance, d'une augmentation de la sensation de puissance, mais aussi d'erreurs dans l'appréciation des situations.

L'ecstasy provoque suivant les doses une euphorie, une excitation, une sensation de bien être, une exacerbation de la sensualité, une résistance à la fatigue, au sommeil et à la faim. Sur le plan cardiovasculaire, elle

provoque une augmentation de la tension artérielle, une tachycardie. Son effet dure quelques heures après la prise.

## Risques

L'ecstasy peut provoquer des troubles de la mémoire et des troubles cognitifs persistants pendant plusieurs mois. Chez l'animal, une destruction des voies sérotoninergiques (cortex, hippocampe et striatum) a été mise en évidence ; chez l'homme une réduction de la densité des récepteurs sérotoninergiques a été observée.

Les risques immédiats de l'ecstasy sont divers. Elle peut être à l'origine d'une déshydratation, d'une tachycardie avec risques d'accidents cardiaques, de maux de tête et d'une hyperthermie maligne. Sur le plan neurologique, il y a un risque de convulsions. Elle est également à l'origine de crises de panique et de troubles psychiatriques, hallucinations, syndromes paranoïdes. Des troubles hépatiques peuvent également être observés (hépatite toxique).

À plus long terme et en cas de prises répétées, elle peut être à l'origine de syndromes dépressifs et d'une dépendance psychique. Des perturbations de la mémoire et des capacités cognitives ont été décrites (en particulier pour l'apprentissage).

---

## HALLUCINOGENES

## Produits

Des produits tels que le LSD (Acide diéthylamide lysergique), la psilocybine, la diméthyltryptamine (DMT) et la mescaline ne provoquent pas d'addiction mais certaines amphétamines (MDA, MDMA ou ecstasy) le font. La phencyclidine, le cannabis et les atropiniques ont également des effets hallucinogènes. Seul l'exemple du LSD est pris ici puisqu'il s'agit de l'hallucinogène le plus classique.

Le LSD ou diéthylamide de l'acide lysergique est obtenu à partir de l'ergot de seigle. Il se présente en général sous la forme d'un buvard ou micro-pointe ressemblant à une mine de crayon. C'est l'hallucinogène le plus puissant.

## Métabolisme et cinétique

L'action du LSD se fait sur les connexions entre neurones, en particulier sur ceux régulant les fonctions

psychiques et intellectuelles. L'effet est atteint en moins d'une heure après la prise avec des sensations de « destruction du temps ».

## Effets

Le LSD provoque des hallucinations visuelles et des modifications spatio-temporelles. Il entraîne également un trouble de la perception, les perceptions auditives, visuelles et tactiles se mélangeant. L'effet du LSD dure entre 6 et 12 heures et l'arrêt de l'effet (« descente ») est particulièrement désagréable avec une asthénie qui peut être intense.

## Risques

Les risques principaux sont ceux secondaires à la descente : crises de panique, crise de paranoïa, bouffées délirantes aiguës.

L'usage répété de LSD est à l'origine de pathologies psychiatriques graves, notamment des épisodes de bouffée délirante aiguë.

---

## SOLVANTS

## Produits

L'appellation solvant recouvre un très grand nombre de produits qui ne peuvent pas être détaillés ici. Parmi ceux qui sont utilisés dans le cadre d'une consommation toxicomaniaque peuvent être cités les colles au toluène, au trichloréthylène, l'éther...

## Métabolisme et cinétique

Pour le métabolisme et la cinétique des solvants, il est conseillé de se reporter aux fiches toxicologiques publiées par l'INRS <sup>(6)</sup>.

## Effets

La prise se fait en général par sniff, parfois en appliquant un sac plastique sur la tête pour amplification de l'effet.

Les principaux effets après la prise sont des vertiges, une instabilité, un nystagmus, une sensation d'ébriété ou d'ivresse, une confusion mentale. L'action sédative observée peut aller jusqu'au coma. Ils peuvent également provoquer des hallucinations visuelles. La

(6) Disponibles sur le site [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

dépendance peut être forte surtout dans le cas de l'éther.

## Risques

Les solvants entraînent entre autres des altérations cognitives. Ils peuvent être à l'origine de lésions cérébrales, rénales, hépatiques, pulmonaires ou sanguines. Ces risques sont identiques à ceux rencontrés lors d'une exposition professionnelle.

### MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LE COMPORTEMENT (DONT PSYCHOTROPES)

La consommation de médicaments est importante dans la population française si on la compare à celles d'autres pays européens. Les médicaments psychotropes représentent une part relativement importante de cette consommation. Trois classes médicamenteuses sont concernées : les anxiolytiques, les hypnotiques et les antidépresseurs. Dans la population française, 11 % des hommes et 20 % des femmes consomment des anxiolytiques et des hypnotiques. La population la plus concernée est celle des plus de 40 ans. Il est également notable que la consommation des anxiolytiques est stable depuis 10 ans alors que celle des antidépresseurs augmente.

Les médicaments non psychotropes peuvent également avoir un effet sur le comportement. Dans ce cas, il s'agit d'un effet secondaire indésirable et non recherché.

## Produits

Les médicaments agissant sur le comportement sont représentés par tous les psychotropes mais aussi :

- les anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
- les anti-hypertenseurs ;
- les hormones ;
- les anti-histaminiques ;
- les anxiolytiques et les hypnotiques.

## Métabolisme et cinétique

Il n'est pas possible ici de décrire le métabolisme et la cinétique de l'ensemble des médicaments cité dans le paragraphe précédent. Pour des précisions sur le métabolisme ou la cinétique de chaque médicament, se reporter au dictionnaire Vidal® ou à tout ouvrage de pharmacocinétique.

## Effets

Les principaux effets indésirables qui peuvent être cités sont les suivants :

- altération des fonctions cognitives : mémoire, capacités visuo-motrices ;
- peut-être plus d'accidents du travail chez les consommateurs, mais il existe de nombreuses incertitudes ;
- syndrome de soumission (amnésie antérograde, modification du comportement), avec conséquences médico-légales pour la victime après prise à son insu de certains anxiolytiques ou hypnotiques.

## Risques

Les risques de chaque classe médicamenteuse sont multiples et ne peuvent être décrits ici. Pour des précisions, se reporter au dictionnaire Vidal® ou à tout ouvrage de pharmacologie.

## Aspects juridiques du dépistage

### DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES PARTICULIÈRES

Plusieurs dispositions du Code du travail abordent la question de l'alcool sur le lieu de travail.

L'article L. 232-2 du Code du travail interdit d'introduire, de distribuer, de laisser introduire ou distribuer des boissons alcooliques ou de laisser entrer ou séjourner des personnes en état d'ivresse sur le lieu de travail.

Les articles L. 232-3 et R. 143-1 disposent respectivement que l'attribution de boissons alcooliques au titre d'avantages en nature doit être proscrit et que le paiement du salaire ne peut avoir lieu dans les débits de boisson.

L'article L. 142-5, qui concernait la conversion en espèces des avantages en nature attribués sous forme de boissons alcooliques, prévue par convention collective ou contrat de travail conclus avant l'introduction de l'article L. 232-3 dans le Code du travail, vient d'être abrogé par l'ordonnance n° 2004-602 du 24 juin 2004 relative à la simplification du droit dans les domaines du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

En outre, certaines dispositions du Code du travail

visent implicitement à éviter l'ingestion de boissons alcoolisées sur les lieux de travail.

L'article R. 232-3 dispose que les employeurs doivent mettre à la disposition des travailleurs de l'eau potable et fraîche pour la boisson.

L'article R. 232-3-1 prévoit que l'employeur mette à la disposition des salariés amenés à travailler dans des conditions particulières les amenant à se désaltérer fréquemment une boisson non alcoolisée.

En revanche, il n'y a aucune disposition dans le Code du travail relative à l'usage de stupéfiants.

### LES OBLIGATIONS GÉNÉRALES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ

Au-delà de ces dispositions précises, c'est en raison des risques qu'elles font encourir aux salariés que ces pratiques addictives sont envisagées.

En effet, l'employeur a une obligation de sécurité à l'égard de ses salariés (art. L. 230-2 du Code du travail) et il est responsable des dommages que ces derniers peuvent causer à des tiers (art. 1384 du Code civil).

De même, il incombe aux salariés de prendre soin de leur santé et de leur sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de leurs actes ou de leurs omissions au travail (art. L. 230-3 du Code du travail).

### LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR

L'outil à la disposition du chef d'établissement pour définir les mesures d'application de la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité, et de discipline, est le règlement intérieur (L. 122-34 du Code du travail), obligatoire dans les entreprises de 20 salariés au moins (art. L. 122-33 du Code du travail).

Dans son processus d'élaboration, le règlement intérieur doit être soumis au comité d'entreprise, au CHSCT pour les domaines qui le concernent, puis communiqué à l'inspecteur du travail qui peut être amené à exiger le retrait ou la modification de mentions contraires aux dispositions du Code du Travail qui le régissent.

Le règlement intérieur ne peut aborder d'autres points que ceux limitativement énumérés à l'article L. 122-34 du Code du travail (essentiellement les mesures d'hygiène et de sécurité, et celles relatives à la discipline), il ne peut contenir de clauses contraires aux lois et règlements, ni apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la tâche à

accomplir ni proportionnées au but recherché (art. L. 122-35 du Code du travail). Le règlement intérieur pourra prévoir ce qu'il est interdit de faire dans l'entreprise, les sanctions dont seront assortis les comportements contrevenant à ces interdictions, ainsi que les modes de preuve qui pourront être utilisés pour établir les faits reprochés.

Si les prescriptions du règlement intérieur ne sont pas respectées, le chef d'établissement peut être amené à user de son pouvoir disciplinaire (art. L. 122-40 du Code du travail), dans les limites fixées au règlement intérieur et dans le respect des libertés individuelles des salariés.

### LES MOYENS DE CONTRÔLE

Les moyens de contrôle les plus couramment mis en œuvre pour veiller à l'application des prescriptions du règlement intérieur sont l'alcootest, la télésurveillance et les fouilles de vestiaires. L'encadré 5 reprend les modalités du dépistage.

#### Les règles du dépistage

Dans les cas justifiés par des considérations de sécurité, le recours à l'alcootest ou au dépistage de toxicomanie éventuelles doit être effectué dans des conditions strictes. Le test de dépistage de la toxicomanie est un test biologique pratiqué par un médecin ou un biologiste qui détecte la consommation, récente ou non, de produits stupéfiants.

Le salarié doit dans tous les cas être informé par le médecin du travail de la nature et de l'objet du test biologique qu'il va subir. Il doit également être informé des conséquences que le médecin peut tirer des résultats du test en ce qui concerne son aptitude au poste de travail. Les résultats du dépistage sont soumis au secret médical.

Le médecin doit se limiter à faire connaître à l'employeur l'aptitude ou l'inaptitude du candidat à un poste ou du salarié. Il ne doit en aucun cas révéler un renseignement confidentiel tel que le diagnostic, la nature ou l'origine de l'inaptitude, ou révéler une toxicomanie comme telle.

#### ENCADRÉ 5

## L'alcootest

Il faut rappeler que si l'employeur peut soumettre un salarié à un alcootest, il ne peut pas contraindre le médecin du travail à réaliser un alcootest, une alcoolémie ou un autre test. En application de l'article R. 241-52 du Code du travail, le médecin du travail est le seul à pouvoir en décider pour ce qui le concerne. En revanche, le médecin du travail ne peut pas refuser d'examiner un salarié en état d'alcoolisation aiguë.

Le rôle du médecin du travail étant de se prononcer sur l'aptitude au poste de travail, il pourra prendre en considération les résultats d'un examen établissant l'alcoolisme d'un salarié mais il est tenu au secret médical sur ce point à l'égard de l'employeur. Il doit informer le salarié de la nature du test et des conséquences possibles du résultat.

## Le dépistage

Pour la toxicomanie, le problème se pose techniquement d'une manière différente car l'employeur ne dispose d'aucun moyen d'effectuer le contrôle par lui-même, s'agissant d'une analyse biologique. Or, comme pour l'alcoolémie, il ne peut pas contraindre le médecin du travail à effectuer un test de dépistage.

Une circulaire du ministère du Travail n° 90/13 du 9 juillet 1990, relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise, publie une note du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) ; elle invite les médecins du travail à s'aider de l'avis du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé du 16 octobre 1989.

La note du CSPRP précise qu'un dépistage systématique ne peut en aucun cas se justifier. Le dépistage ne peut concerner que des postes comportant de grandes exigences en matière de sécurité et de maîtrise du comportement. Le dépistage peut alors avoir lieu tant lors de la visite médicale d'embauche que de la visite médicale annuelle pour s'assurer du maintien de l'aptitude au poste de travail.

Si le médecin du travail estime que cet examen complémentaire est nécessaire, il peut le prescrire comme l'y autorise l'article R. 241-52 du Code du travail.

## La vidéosurveillance et la fouille

Pour la mise en place de la vidéosurveillance, l'employeur doit préalablement avoir consulté les représentants du personnel, informé les salariés et adressé une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). La loi n° 95-73 du 21 janvier 1995, le décret n° 96-926 du 17 octobre 1996 et la circulaire ministérielle du 22 octobre 1996 prévoient que la mise en place d'un système de vidéosurveillance ne peut être installé que dans un lieu ouvert au public particulièrement exposé aux risques de vols ou d'agressions et afin d'assurer la sécurité des personnes et des biens.

Mais l'employeur pourra-t-il utiliser les images obtenues grâce à la vidéosurveillance à l'appui d'une sanction disciplinaire ou d'un licenciement ? La Cour de cassation l'a admis le 31 janvier 2001 dans une affaire où des caméras disposées dans un entrepôt servaient à veiller sur des marchandises et non à surveiller l'activité des salariés (Chambre sociale de la Cour de cassation, 31 janvier 2001).

Pour ce qui concerne les fouilles des vestiaires des salariés, la Cour de cassation et le Conseil d'Etat en ont admis le principe pourvu qu'elles soient réalisées dans les cas et aux conditions prévus au règlement intérieur, en présence du salarié ou celui-ci ayant été prévenu, et strictement à des fins de sécurité.

### LA MISE EN ŒUVRE DES CONTRÔLES

La mise en œuvre de ces moyens de contrôle est strictement encadrée et résulte d'un « compromis » entre la nécessité de protéger les salariés et celle de respecter leurs libertés individuelles. La jurisprudence (*encadré 6*) veille scrupuleusement à ce que cet équilibre soit respecté.

En ce qui concerne l'alcootest utilisé comme mode de preuve, le Conseil d'Etat a précisé dans son arrêt « Corona » du 1<sup>er</sup> février 1980 que le contrôle de l'alcoolémie ne peut pas être pratiqué de façon systéma-

ENCADRÉ 6

## A propos de la jurisprudence

À noter qu'en ce qui concerne la jurisprudence, deux types de contentieux principaux peuvent survenir :

- des contentieux judiciaires : la Cour de cassation peut être amenée à se prononcer après que le juge prud'homal ait été saisi par un salarié sanctionné qui conteste la sanction qui lui a été infligée ;
- des contentieux administratifs : le Conseil d'Etat quant à lui, peut être amené à se prononcer après que l'employeur ait saisi le juge administratif pour lui demander d'annuler une décision de l'administration du travail lui demandant de modifier le contenu du règlement intérieur.



tique sur l'ensemble du personnel mais doit être réservé à des personnes travaillant à des postes où une grande sécurité doit être assurée. Puis il a admis dans son arrêt «RNUR» du 1<sup>er</sup> juillet 1988 le principe de l'alcootest ayant pour seul et unique but de faire cesser ou de prévenir une situation dangereuse mais en aucun cas pour permettre de constater une faute disciplinaire. Du fait de cette restriction, le Conseil d'Etat ne subordonne pas le contrôle à une procédure contradictoire de contre-expertise.

La Cour de cassation considère «*que les dispositions d'un règlement intérieur permettant d'établir sur le lieu de travail l'état d'ébriété d'un salarié en recourant à un contrôle de son alcoolémie sont licites dès lors, d'une part, que les modalités de ce contrôle en permettent la contestation, d'autre part, qu'eu égard à la nature du travail confié à ce salarié, un tel état d'ébriété est de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger*».

La position de la Cour de cassation s'inscrit toujours dans l'esprit de l'article L. 122-35 du Code du travail qui prévoit notamment que le règlement intérieur ne peut apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché.

Déjà dans un arrêt de principe du 17 octobre 1973 dont la solution peut être appliquée au dépistage de la toxicomanie ou de l'alcoolémie lors de l'embauche d'un salarié, la Cour de cassation a décidé que l'employeur ne peut demander au postulant que des renseignements en lien direct et nécessaire avec le poste à pourvoir, dans le respect de l'article 9 du Code civil relatif à la protection de la vie privée et des articles 416 du Code pénal et L. 122-45 du Code du travail relatifs à la non-discrimination. Ceci signifie que l'employeur ne pourra prévoir un dépistage de l'alcoolémie ou de la toxicomanie lors de l'embauche d'un salarié que pour les postes pour lesquels il est nécessaire de connaître ce résultat.

Quant à la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH), au visa notamment de l'article 8 paragraphe 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme (posant le principe de proportionnalité en cas d'ingérence dans la vie privée), elle s'est prononcée à propos d'un cas de contrôle annuel de la toxicomanie, en faveur de ce dépistage dans la mesure où la nature des tâches à accomplir au poste de travail le justifie (CEDH, 7 novembre 2002).

---

## LES CONSÉQUENCES DES CONTRÔLES

### Faire cesser une situation dangereuse

Concrètement, l'employeur, à qui il semble qu'un salarié n'est pas en pleine possession de ses moyens,

devrait l'écartier momentanément de son poste de travail en application de l'article L. 232-2 du Code du travail qui interdit de laisser séjourner dans l'entreprise des personnes en état d'ivresse, d'autant que pour la Cour de cassation, l'accident du travail survenu alors que le salarié est en état d'ébriété n'écarte pas la qualification d'accident du travail (chambre sociale de la Cour de cassation, 15 novembre 2001 et 11 mars 2003), et l'imprégnation alcoolique ne fait pas disparaître ni ne diminue la responsabilité pénale de l'employeur s'il est établi que le défaut de protection du salarié constitue un lien de causalité suffisamment certain entre cette faute et par exemple, le décès de la victime (chambre criminelle de la Cour de cassation, 30 septembre 2003).

### Le contrôle : fondement d'une sanction disciplinaire

La Cour de cassation admet l'alcootest comme mode de preuve, dans les limites du respect des libertés individuelles du salarié, non seulement pour éviter un accident imminent (obligation qui pèse sur le chef d'établissement en application de l'article L. 230-2 du Code du travail), mais aussi pour sanctionner un salarié dont l'état d'ébriété constitue une faute au regard de l'article L. 230-3 du Code du travail qui prévoit qu'il incombe à chaque salarié de prendre soin de sa santé et de celle des autres.

La Cour de cassation a adopté cette position dans son arrêt du 22 mai 2002, au visa notamment de l'article L. 230-3 du Code du travail qui prévoit qu'il incombe à chaque travailleur de prendre soin de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celle des autres. L'état d'ébriété est considéré comme une faute disciplinaire au regard de cette disposition, confirmée par l'alcootest.

C'est sur ce fondement que cette haute juridiction a admis que l'état d'ébriété puisse constituer une faute grave (chambre sociale de la Cour de cassation, 24 février 2004).

La Cour de cassation a même admis récemment que le retrait du permis de conduire pour conduite en état d'ivresse, hors du temps et du lieu de travail, puisse justifier un licenciement dans la mesure où s'agissant d'un routier, l'exécution même du contrat de travail était compromise par le retrait du permis de conduire (chambre sociale de la Cour de cassation, 2 décembre 2003).

Concernant la toxicomanie, la jurisprudence est encore rare : deux arrêts du 5 juillet 2000 de la chambre sociale de la Cour de cassation ont admis la rupture anticipée du contrat à durée déterminée pour faute grave de deux coureurs cyclistes pour usage de produits dopants.

## L'APPROCHE DE CES QUESTIONS EN EUROPE

Enfin, il n'est pas inintéressant de voir comment quelques uns de nos voisins européens appréhendent ces questions.

En Allemagne, des organisations syndicales incitent à la prise en charge du salarié alcoolique et à l'amélioration des conditions de travail pouvant engendrer le problème de consommation d'alcool. Des entreprises mettent déjà en œuvre ces principes.

### ENCADRÉ 7

## Tabagisme et lieux de travail

### La réglementation :

Outre des interdictions spécifiquement liées à l'hygiène et à la sécurité au travail (notamment l'article R. 231-56-3 du Code du travail relatif au risque d'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, ou l'article R. 232-12-14 du Code du travail relatif aux locaux ou emplacements dans lesquels sont entreposés ou manipulés des produits présentant des risques d'incendie ou d'explosion), le décret n° 92-478 du 29 mai 1992, pris en application de la loi Evin n° 91-32 du 10 janvier 1991, fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Ces deux textes, relatifs à la Santé publique, sont codifiées aux articles L. 3511-1 à L. 3512-2 et R. 3511-1 à R. 3512-2 du Code de la Santé publique.

### Les lieux :

L'article R. 3511-1-1° du Code de la Santé publique précise que l'interdiction de fumer s'applique dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant des lieux de travail.

### Obligations de l'employeur et moyens à sa disposition pour faire respecter l'interdiction de fumer :

La loi Evin et le décret n° 92-478 du 29 mai 1992 sont des textes relatifs à la Santé publique et c'est à l'employeur qu'il revient de prendre les mesures afin de protéger les salariés non-fumeurs des dangers du tabac. Il doit interdire de fumer dans les lieux clos et couverts : salles de réunion, de repos, par exemple. Il doit interdire de fumer sur les lieux de travail tels que les bureaux ou les ateliers. Mais il peut décider d'aménager des locaux ou de délimiter des espaces destinés aux fumeurs.

### ■ Signalisation

Une signalisation apparente doit rappeler le principe de l'interdiction de fumer et indiquer, s'ils existent, les emplacements mis à la disposition des fumeurs (article R. 3511-7 du Code de la Santé publique).

### ■ Règlement intérieur

L'employeur pourra prévoir dans le règlement intérieur des sanctions attachées à la violation de l'interdiction de fumer. Dans un arrêt du 18 mars 1998, le Conseil d'Etat a décidé que l'interdiction de fumer sur les lieux de travail peut figurer au règlement intérieur dans la mesure où elle résulte de l'application d'un texte réglementaire, qui en outre concerne les lieux de travail et répond à un impératif d'hygiène. En revanche, les violations des dispositions de la loi Evin, pénalement sanctionnées et prévues par le décret, ne peuvent être verbalisées que par les agents de police judiciaire.

### ■ Aménagement des locaux

Si la disposition des lieux s'y prête, le chef d'établissement peut décider d'aménager des locaux ou de délimiter des espaces, spécialement réservés aux fumeurs. Avant de prendre une telle décision, il devra consulter le CHSCT (ou les délégués du personnel en l'absence de celui-ci) et le médecin du travail. Ils devront être consultés tous les deux ans (R. 3511-6 du Code de la Santé publique). Pour les locaux clos et couverts affectés à l'ensemble des salariés, l'employeur établit un plan d'aménagement des espaces qui peuvent être, le cas échéant, spécialement réservés aux fumeurs. Pour les autres locaux de travail, il établit un plan d'organisation ou d'aménagement actualisé en tant que de besoin tous les deux ans (R. 3511-5 du Code de la Santé publique).

### ■ Ventilation

Les endroits mis à la disposition des fumeurs devront respecter des règles techniques spécifiques de ventilation :

- débit minimal de 7 litres par seconde et par occupant pour les locaux dont la ventilation est assurée de façon mécanique ou naturelle par conduits ;
- volume minimal de 7 mètres cubes par occupant pour les locaux dont la ventilation est assurée par des ouvrants extérieurs (article R. 3511-3 du Code de la Santé publique).

Au Danemark, il n'existe pas de réglementation sur la consommation d'alcool sur les lieux de travail. Le ministère de la Santé et deux confédérations syndicales, l'une salariale, l'autre patronale, ont élaboré des recommandations incitant les entreprises à intégrer l'alcoolisme dans les problèmes généraux de gestion du personnel. Au niveau des entreprises, des politiques communes entre employeurs et syndicats visent notamment à aider les travailleurs ayant un problème d'alcool.

En Espagne, il est interdit aux travailleurs d'introduire des boissons alcoolisées dans l'entreprise et d'être en état d'ébriété ou sous toute forme d'intoxication au travail. Si l'ivresse habituelle ou la toxicomanie ont des répercussions négatives sur le travail, l'employeur pourra procéder au licenciement.

En Italie, un décret interdit la consommation d'alcool à l'intérieur de l'entreprise, sauf en quantités raisonnables pendant l'heure des repas. Des accords collectifs sectoriels prévoient des mesures disciplinaires en cas de consommation d'alcool ou d'intoxication.

Aux Pays-Bas, ce sont seulement les secteurs du transport aérien et de la Fonction publique qui se voient interdire toute consommation d'alcool par la réglementation.

En Grande-Bretagne, la question est abordée indirectement au travers de l'obligation qui est faite aux employeurs de sauvegarder la santé, la sécurité et le bien-être de leurs employés, de même que les salariés les uns envers les autres et envers eux-mêmes.

Il n'existe pas de texte au niveau européen qui aborde cette question du strict point de vue du droit du travail. En revanche, le paragraphe 3-1 de l'annexe à la décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la Santé publique (2003-2008) énumère parmi les actions et mesures : « *Promouvoir la santé et prévenir les maladies en agissant à la fois sur les facteurs déterminants pour la santé*

*et au niveau de toutes les politiques et activités communautaires, en élaborant et en mettant en oeuvre des stratégies et des mesures, y compris celles relatives à des campagnes de sensibilisation aux facteurs déterminants pour la santé liés au mode de vie, tels que l'alimentation, l'activité physique, le tabac, l'alcool, les drogues et d'autres substances, et concernant la santé mentale, y compris des mesures à adopter dans toutes les politiques communautaires et des stratégies adaptées au sexe et à l'âge ».*

## Conclusion

La France s'est engagée depuis plusieurs années dans une action axée, entre autres, sur la prévention. Le plan quinquennal 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (encadré 4) confirme un certain nombre d'orientations initiées antérieurement, notamment celles relatives à la santé et la sécurité au travail. C'est ainsi que, entre autres objectifs, ce plan vise à renforcer le respect de l'interdiction de fumer sur les lieux de travail et à renouveler les programmes d'action visant à réduire les accidents du travail en lien avec les consommations d'alcool, de cannabis et d'autres produits.

La pratique du dépistage en entreprise fait partie d'un certain nombre de mesures de prévention de la consommation de substances psychoactives sur le lieu de travail. Elle doit cependant rester très encadrée de façon à éviter toute dérive.

Des outils d'information et de formation actualisés, sur les conduites addictives, à l'intention des professionnels de la prévention en entreprise, devraient être développés et les travaux de recherche dans le domaine poursuivis. Quant au tabagisme, l'application des dispositions existantes, notamment la loi Evin, devra être activement recherchée par une mobilisation des partenaires sociaux et des médecins du travail (encadré 7).

## Éléments bibliographiques

**BEAUDRY, C.** – Les tests de dépistage en milieu de travail - II. *Trav Santé*, 2003 ; vol. 19, n° 3, pp. 50-51.

**BEAUDRY, C.** – Les tests de dépistage en milieu de travail. *Trav Santé*, 2003 ; vol. 19, n° 2, pp. 50-51.

**BELIN J., MONTASTRUC J.L.** – Etude de la consommation de médicaments du système nerveux central en milieu de travail. *Arch Mal Prof*, vol. 51, n° 1, 1990, pp. 21-26.

**CAQUET R., CONSO F., COTHEREAU C., D'ESTEVE DE PRADEL C. ET COLL.** – Substances psycho-actives et sécurité. *Inf Méd*, juin 2000, pp. 1-43.

**CHOUCHAN, D.** – Substances psychoactives : quelle prévention au poste de travail ? *Trav Sécur*, n° 590, 1999, pp. 24-29.

Circulaire n° 90/13 du 9 juillet 1990 relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise ; dépistage de la toxicomanie dans l'entreprise (Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels) (non publiée au JO).

**DELMOTTE, H.** – Conduites addictives dans les entreprises : comment faire face ? *Trav Sécur*, n° 633, 2003, pp. 14-20.

**DEMORTIÈRE G., PESSIONE F., BATEL P. (2001).** – Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'auto-questionnaires : intérêt, faisabilité, limites. Etudes et enquêtes *Doc Méd Trav* n° 86, pp. 193-200.

Dépistage de la toxicomanie en entreprise. Ministère du Travail. *Doc Méd Trav*, n° 43, 3<sup>e</sup> trimestre 1990, pp. 259-262.

Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002. Paris : OFDT. 2002 : 368 p.

Drug screening in the workplace : ethical guidelines. *J Occup Med*, vol. 33, n° 5, may 1991, pp. 651-652.

**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. Notes de congrès. *Doc Méd Trav*, n° 91, 2002, pp. 273-282.

**FACY F., BIECHELER M.B., RABAUD M., PEYTAVIN J.F.** – Dépistage sur route des alcoolémies et orientation vers un centre d'alcoologie. *Rech Transp Sécur*, n° 75, avril-juin 2002, pp. 100-114.

**FERREIRA M.** – Le droit en pratique. Alcoolémie et toxicomanie : dépistage sur le lieu de travail. *Trav Sécur*, n° 605, mars 2001, pp. 14-15.

**GOUJON Y., GUILLAUME A.** – Drogues illicites en médecine du travail. RESTA. Réseau santé - travail Aquitaine, n° 19, février 2001, pp. 6-14.

**LEVENE F.** – A propos du dépistage systématique de l'utilisation de drogue dans les visites d'embauche. *Bull Epidémiol Méd Trav*, n° 7, décembre 1992, pp. 5-6.

**MACDONALD S., WELLS S., FRY R.** – Les limites du dépistage de la toxicomanie sur le lieu de travail. *Rev Int Trav*, vol. 132, n° 1, 1993, pp. 105-126.

**PILLIÈRE F., FALCY M.** – Diminution du taux légal d'alcoolémie : quelles incidences pour les salariés professionnellement exposés aux produits chimiques ? Dossier médico-technique. *Doc Méd Trav*, n° 69, 1997, pp. 3-12.

**RYAN J., ZWERLING C., JONES M.** – The effectiveness of pre-employment drug screening in the prediction of employment outcome. *J Occup Med*, vol. 34, n° 11, 1992, pp. 1057-1063.

**TRARIEUX R., COULONDRE D.** – Toxicomanies, problèmes de dépistage en milieu de travail et implications dans l'aptitude. *Arch Mal Prof*, vol. 56, n° 7, 1995, pp. 564-566.

**ZWEBEN J.E., LAMBERT S.D. (Ed).** – Addiction in the workplace. *Occup Med : State Art Rev*, vol. 17, n° 1, 2002, pp. 1-168.

**ZWERLING C., RYAN J.** – Preemployment drug screening The epidemiologic issues. *J Occup Med*, vol. 34, n° 6, juin 1992, pp. 595-599.

## SITES INTERNET

- [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)
- [www.sosreseau.com](http://www.sosreseau.com)
- [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr)
- [www.inpes.fr](http://www.inpes.fr)
- [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)
- [www.toxibase.org](http://www.toxibase.org)
- [www.alcweb.com](http://www.alcweb.com)
- [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- [www.ilo.org](http://www.ilo.org)
- [www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)