

RECOMMANDATIONS

Mme Françoise Facy*, M. Bertrand Redonnet**

* Épidémiologiste, Inserm, Le Vésinet, France

** Épidémiologiste, OFDT, Saint-Denis, France

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel

I – Données épidémiologiques

Une approche de santé

Résumé

Les interactions entre addictions et santé au travail sont appréhendées en population générale et sur des groupes particuliers. Le Baromètre santé 2010 note une évolution significative des usages d'alcool : baisse quotidienne, mais hausse des ivresses pour les jeunes adultes. Les modes de consommation sont disparates entre les catégories d'actifs, les risques plus élevés chez agriculteurs et artisans. Selon la *Revue Internationale du Travail* (2009), "l'alcool et les drogues provoquent 20 % à 25 % des accidents du travail et jusqu'à 30 % des décès liés au travail". Deux enquêtes nationales évaluent la consommation de psychotropes, dans un secteur d'activité agricole en 2006, et par ailleurs leur influence sur la responsabilité d'accident mortel de la circulation auprès de conducteurs au travail ou en trajet domicile-travail en 2005. Plusieurs études menées par des services de santé au travail – en régions – indiquent des usages de cannabis plus élevés pour les emplois temporaires. Les métiers du transport sont également concernés par des usages à risque. Deux recommandations sont retenues pour les médecins du travail : être acteurs en addictologie, avec le repérage précoce des usages à risque ; être partenaires des systèmes d'informations épidémiologiques à visée nationale.

Mots-clés

Addiction – Santé au travail – Épidémiologie – Substance psychoactive.

L'angle de la santé est privilégié pour aborder la problématique des consommations de substances psychoactives (SPA) et de leurs conséquences en milieu du travail.

Cet article est issu de l'Argumentaire des Recommandations pour la pratique clinique "Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel".

Société française d'alcoologie, en partenariat avec la Société française de médecine du travail.

Summary

Misuse of psychoactive drugs at workplace.

I – Epidemiological data. A public health approach

Interactions between addictions and health in the workplace are assessed in the general population and in special groups. The 2010 Health Barometer revealed a very significant decline of the daily use of alcoholic beverages, but a significant increase in episodes of drunkenness declared by young adults. Modes of consumption differ considerably between the main categories of workers, with higher risks among farmers and craftsmen. According to the *Revue Internationale du Travail* (2009), "alcohol and drugs are responsible for 20% to 25% of work accidents and up to 30% of work-related deaths". Two national surveys evaluated the consumption of psychoactive drugs in a farming population in 2006 on one hand, and their influence on the responsibility of fatal road accident by drivers while at work or on their way to or from work in 2005 on the other hand. Two recommendations can be proposed to occupational health physicians: be players in the field of addiction medicine, allowing early detection of at risk consumption; be partners in epidemiological information systems.

Key words

Addiction – Health in the workplace – Epidemiology – Psychoactive substance.

Les connaissances sont analysées à partir d'observations épidémiologiques, cliniques et sociales. Outre l'analyse des résultats disponibles, une réflexion est menée sur la possibilité de mettre en place un système de repères épidémiologiques pour le suivi des consommations de SPA et leur impact sur l'activité professionnelle.

Les interactions entre addictions et santé au travail sont appréhendées du point de vue de la santé publique. Cette

notion regroupe aujourd'hui de multiples déterminants de santé, tels que les comportements individuels dits "à risque" (comme les consommations de tabac ou d'alcool) et différents facteurs professionnels dont les influences sont suivies tant sur le plan de la santé physique et mentale que sur celui du bien-être social.

Du point de vue de la santé publique, les impacts des conduites addictives sur la mortalité sont essentiellement dus au tabac et à l'alcool, de l'ordre de 90 000 décès pour un total de 530 000 décès annuels. Ce sont les causes les plus importantes de morts évitables (1).

Pour la santé au travail, les services de médecine du travail montrent que les facteurs professionnels pèsent d'un poids important sur l'état de santé somatique et psychique de la population. En extrapolant à partir de l'exemple de la Finlande (2), où la fraction de la mortalité totale attribuable à des facteurs professionnels a été estimée à 3,7 % (6,4 % pour les hommes et 1 % pour les femmes), la France totaliserait chaque année environ 20 000 décès (dont presque 90 % d'hommes) attribuables à des facteurs professionnels, soit 6,7 % (10,2 % pour les hommes, et 2,1 % pour les femmes) de l'ensemble des décès enregistrés dans les classes d'âge actives.

On distingue deux types de causes aux consommations de SPA en milieu professionnel. D'une part, des causes externes au milieu professionnel : les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui travaillent, leur personnalité, l'environnement et la socialisation, ainsi que les attentes qu'ont les consommateurs de leurs usages de SPA (ou *substance use outcome expectancies*), des croyances subjectives à propos des effets physiques et psychologiques des consommations de SPA. De ce point de vue, les consommations de SPA sont perçues comme une "solution" pour l'individu dans son environnement professionnel avant d'être problématiques. D'autre part, des causes internes ou propres au milieu professionnel : l'environnement de travail, le contrôle social exercé au travail au regard des consommations de SPA et les facteurs de stress au travail (3).

Les conséquences professionnelles (ou *outcomes*) sont par exemple : la productivité, la capacité à travailler, l'absentéisme ou, à plus long terme, les opportunités de carrière, la stabilité professionnelle.

Évaluer les conséquences de la consommation se heurte à la difficulté à séparer les conséquences de la consommation pour l'individu (santé, équilibre psychosocial) des

conséquences spécifiques pour le milieu professionnel (relations de travail, productivité, sécurité). Les parcours d'usage, d'abus et de dépendance aux SPA ont des temporalités diverses, et la prise en compte du temps de vie professionnelle peut aussi bien intégrer les études et la formation que le temps de la production, les périodes d'arrêt ou la retraite.

A – Quels sont les effets/conséquences des consommations de SPA en milieu professionnel ?

La recherche sur les consommations de SPA en milieu professionnel s'est principalement développée aux États-Unis avec la diffusion, dans les années 1980, du dépistage de drogues illicites. Des travaux épidémiologiques ont été menés en même temps qu'étaient débattus les aspects éthiques et juridiques du dépistage au travail. La recherche sur l'alcool en milieu professionnel s'est, dans une certaine mesure, développée séparément de celle portant sur d'autres SPA, notamment les drogues illicites.

La difficulté de mettre en évidence le lien entre les conditions de travail et la consommation de SPA est vite apparue. La recherche s'est alors portée vers des corrélats potentiels des consommations, notamment les caractéristiques socio-démographiques. Selon cette approche, les consommations seraient fonction des caractéristiques des populations qui exercent un travail, plutôt que les conditions de travail.

Il est plus facile d'étudier les usages de SPA par statut professionnel que les usages en milieu du travail à proprement parler. Étant donné la complexité et le nombre de déterminants à prendre en compte pour étudier ces relations, les études portant sur les relations entre travail et consommations restent rares. Une autre explication pourrait être que les consommations de SPA ont principalement lieu en dehors du milieu professionnel. Les connaissances relatives aux consommations sur le lieu du travail ou en relation étroite avec le travail étant des connaissances partielles et peu diffusées, il convient de considérer les aspects temporels des consommations (à proximité des heures de travail ou pendant le travail). La question demeure pourtant de savoir en quoi le milieu de travail peut induire ou conforter des comportements d'abus, voire des conduites addictives. Les facteurs professionnels pouvant être associés à la consommation sont par exemple : les fonctions et activités, les conditions de travail, la perception du travail, ou encore l'instabilité ou l'absence de travail.

A.1. Quelles sont les données en population générale sur les consommations de SPA des personnes en activité professionnelle ?

Les chiffres de la consommation de SPA en population générale, selon le Baromètre santé 2010

Le Baromètre santé est une enquête transversale sur la santé des personnes résidant en France, menée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population générale (n = 21 818 en 2010). Cette enquête comprend un volet sur la consommation de drogues illicites et de médicaments. En croisant les réponses sur le statut socio-professionnel et les consommations, il est possible d'obtenir des données sur les consommations des personnes actuellement en âge de travailler, en distinguant les actifs occupés et inoccupés.

Les actifs occupés sont étudiés par professions et catégories socioprofessionnelles (PCS), avec six niveaux agrégés classiques (agriculteurs ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; cadres, professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers). La variable utilisée ici est codée selon la profession actuelle de l'interviewé, avec reclassement des chômeurs dans leur dernière activité professionnelle. Sont inclus dans les "sans activité" : les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les personnes au foyer, les inactifs, les élèves ou étudiants, les rentiers, les personnes en congé longue durée. Les personnes retraitées sont une catégorie à part entière.

Les éléments suivants reprennent des données publiées (4), complétées par les données disponibles relatives aux PCS. De nouvelles analyses du Baromètre santé par

l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sont attendues. Des indicateurs plus précis sur les contraintes psychosociales (module "conditions de travail") et des questions sur la contextualisation des événements ont en effet été intégrés dans le Baromètre santé 2010. Ce Baromètre vise également à appréhender les liens perçus entre états (ou dégradation) des comportements de santé et situations de travail, et à mesurer les répercussions déclarées des premiers, notamment des consommations de SPA, sur l'environnement de travail.

De manière générale, les substances licites, alcool et tabac, demeurent les produits les plus consommés dans la population, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage quotidien. Le tabac s'avère moins expérimenté que l'alcool (35,5 millions vs 44,4 millions de personnes), mais consommé quotidiennement nettement plus souvent (13,4 millions vs 5,0 millions de personnes).

Parmi les drogues illicites, le cannabis reste de très loin la substance la plus consommée, avec 13,4 millions de personnes à l'avoir déjà essayé. Son usage régulier (voir définitions tableau I) concerne plus d'un million de personnes en France. La consommation de cocaïne, deuxième produit illicite le plus consommé, se situe bien en-deçà et touche environ dix fois moins de personnes, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage dans l'année.

Parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, les consommations apparaissent très différentes selon le sexe et l'âge (tableau II). Pour tous les produits, les hommes se révèlent plus consommateurs que les femmes. À l'inverse de la consommation régulière d'alcool, les consommations

Tableau I : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans (d'après OFDT, *Tendances* 2011)

Expérimentateurs	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Nombre estimé	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
- dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
- dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
- dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2008 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC 2006 (service médical du rectorat de Toulouse).

// : non disponible.

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis d'au moins dix fois au cours du mois ou d'au moins 120 fois au cours de l'année.

NB : le nombre d'individus de 11-75 ans en 2009 (date mise à jour du recensement) est d'environ 49 millions.

Ces chiffres donnent un ordre de grandeur du nombre d'usagers. Une marge d'erreur existe, même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

Tableau II : Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans, en pourcentage (d'après OFDT, *Tendances* 2011)

Substance psychoactive	Ensemble n = 21 818	18-25 ans n = 2 899	26-34 ans n = 3 872	35-44 ans n = 5 368	45-54 ans n = 4 637	55-64 ans n = 5 042	Hommes n = 9 866	Femmes n = 11 952
Alcool	94,9	91,8	92,3	95,5	96,5	97,0	96,5	93,3
Tabac	78,3	76,3	79,7	79,5	80,1	75,4	82,7	74,2
Cannabis	32,8	47,3	51,7	38,0	22,6	10,1	40,5	25,4
Poppers	5,3	10,8	7,9	6,6	2,4	0,5	7,2	3,4
Cocaïne	3,8	6,0	7,6	3,7	2,2	0,6	5,5	2,2
Champignons hallucinogènes	3,2	4,9	6,7	3,0	1,9	0,5	4,9	1,6
Ecstasy / MDMA	2,7	4,2	6,8	2,5	0,7	0,1	4,0	1,4
Colles et solvants	1,9	2,7	3,2	2,2	1,4	0,3	2,7	1,1
LSD	1,8	2,1	3,4	1,4	1,3	0,9	2,7	0,9
Amphétamines	1,7	2,1	3,1	1,2	1,4	1,2	2,2	1,3
Héroïne	1,2	1,4	2,1	1,5	1,1	0,2	1,9	0,6

Source : Baromètre santé 2010 (INPES).

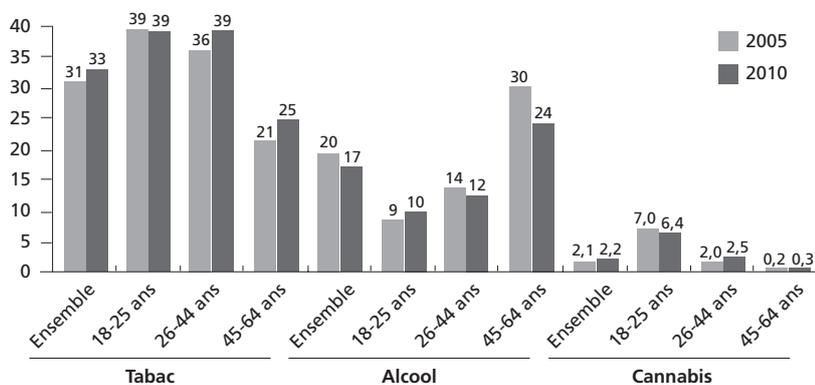


Figure 1. – Évolution des consommations régulières d'alcool et de cannabis et quotidiennes de tabac entre 2005 et 2010 suivant l'âge parmi les 18-64 ans, en pourcentage (d'après Becket et al., *Tendances* 2011).

Source : Baromètre santé 2008 et 2010 (INPES). Les données 2005 et 2010 ont été redressées sur les données populationnelles correspondant à l'époque de l'enquête. Les critères de redressement appliqués aux données de 2010 ont été aussi appliqués aux données de 2005.

régulières de tabac et de cannabis et l'expérimentation d'autres substances illicites sont moins élevées chez les plus âgés (figure 1).

Pour l'alcool, les résultats font apparaître une baisse très significative de l'usage quotidien de boissons alcoolisées pour les deux sexes, dans la continuité de ce qui est observé depuis plusieurs décennies, ainsi qu'une stabilisation des niveaux de consommation plus occasionnels. En revanche, on constate une hausse significative des usages à risque (en particulier les usages à risque ponctuel), de même qu'une hausse significative des épisodes d'ivresse déclarés pour les deux sexes, hausses particulièrement fortes pour les hommes de 18-34 ans et pour les femmes de 18-25 ans.

Les modes de consommation sont disparates entre les grandes catégories d'actifs occupant un emploi et apparaissent très clivés socialement suivant la PCS des répondants. Selon la PCS d'appartenance, on observe notamment des disparités dans la proportion de consommation à risque.

Chez les hommes comme chez les femmes, la fréquence de consommation à risque et celle de consommation à risque ponctuel sont les plus élevées chez les agriculteurs (respectivement 62,8 % et 49,3 %). En proportion, la prise de risque chronique est légèrement plus élevée chez les artisans (15,1 %), mais les niveaux restent proches de ceux des agriculteurs (13,1 %).

Chez les hommes (figure 2), la part de consommation à risque ponctuel est proche de celle des agriculteurs (49,5 %) parmi les professions intermédiaires (47,8 %) et les cadres (46,6 %), contrastant avec celle, nettement plus basse, enregistrée chez les ouvriers (41,4 %) et employés (38,6 %). En ce qui concerne la prise de risque chronique, les ouvriers (13,5 %) se situent au même niveau que les agriculteurs, le niveau étant plus bas (environ 10 %) chez les employés, cadres et professions intermédiaires

Chez les femmes (figure 2), la proportion d'alcoolisation à risque est plus élevée chez les agricultrices et celle d'alcoo-

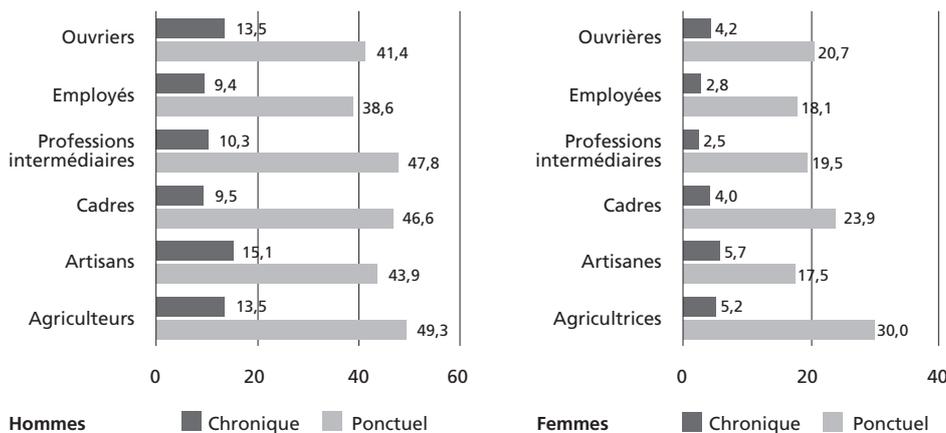


Figure 2. – Prévalences des profils d'alcoolisation par professions et catégories socioprofessionnelles et sexe dans l'enquête Baromètre santé 2010, en pourcentage (d'après Becket et al., *Tendances* 2011).

Source : Baromètre santé 2010 (INPES).

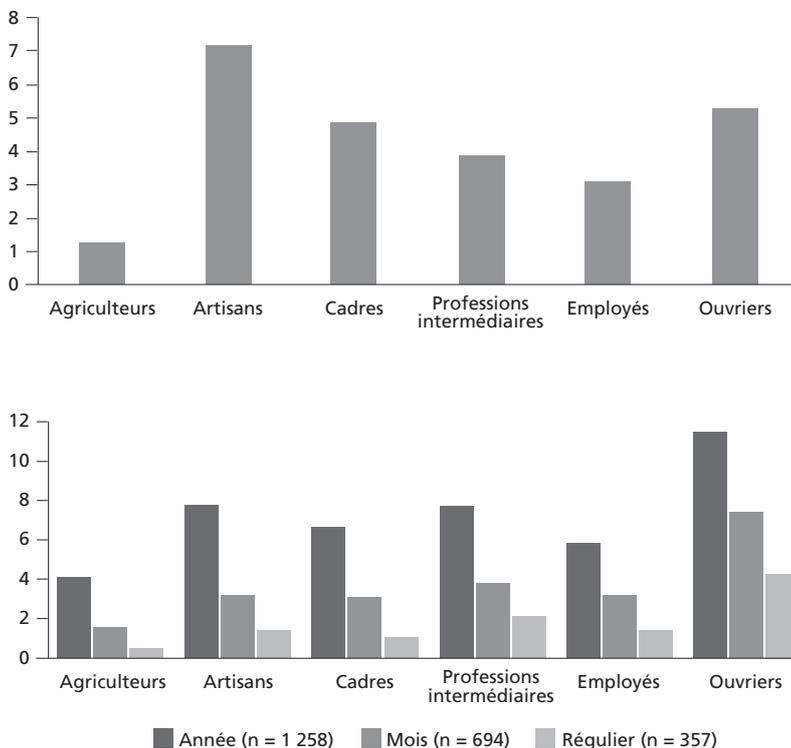


Figure 3. – Usage de cannabis par professions et catégories socioprofessionnelles (d'après Becket et al., *Tendances* 2011).

Source : Baromètre santé 2010 (INPES), exploitation OFDT.

Figure 4. – Usage de cocaïne par professions et catégories socioprofessionnelles (n = 684) (d'après Becket et al., *Tendances* 2011).

Source : Baromètre santé 2010 (INPES), exploitation OFDT.

lisation à risque chronique chez les artisanes. Les fréquences d'alcoolisation à risque apparaissent plus élevées parmi les cadres (27,9 %) que chez les femmes des catégories professions intermédiaires (22 %), les employées (20,2 %) et les ouvrières (24,9 %). Un écart qui n'apparaît pas chez les hommes cadres. Reste que les comportements d'alcoolisation à risque sont deux fois moins nombreux chez les femmes cadres que chez les hommes.

La faiblesse des effectifs ne permet pas de dissocier avec exactitude les niveaux de consommation de drogues il-

licites déclinés par PCS, à plus forte raison lorsque l'on considère des usages réguliers. Les résultats suivants concernent donc seulement l'usage de cannabis (année, mois, régulier) et l'expérimentation de cocaïne, pour lesquels les effectifs permettent des analyses plus robustes.

Quel que soit le mode d'usage (année, mois, régulier), les consommateurs de cannabis (figure 3) sont plus nombreux parmi les ouvriers, suivis par les artisans et professions intermédiaires, les cadres et les employés. L'expérimentation de cocaïne (figure 4) concerne davan-

tage les artisans (7,2 %), suivis par les ouvriers (5,3 %), les cadres (4,9 %), les professions intermédiaires (3,9 %) et les employés (3,1 %). Les agriculteurs sont moins consommateurs, pour le cannabis comme pour la cocaïne.

Une analyse plus fine par PCS et par genre aurait été souhaitable, mais les effectifs ne permettent pas de mettre en évidence de résultats probants. Toutefois, quelle que soit la PCS, les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer du cannabis et de la cocaïne (11,5 % vs 4,7 % pour le cannabis dans l'année, 6,6 % vs 2,2 % pour le cannabis dans le mois, 3,4 % vs 0,9 % pour le cannabis régulier, 5,5 % vs 2,2 % pour l'expérimentation de cocaïne).

A.2. Quels usages et quels rapports au milieu professionnel en fonction du type de SPA ?

Alcool

Réalisée à la demande du ministère de la Santé, l'expertise collective sur les dommages sociaux, abus et dépendance liés à l'alcool (5) s'appuie sur les connaissances scientifiques publiées dans la littérature internationale actuelle et sur l'expérience des experts de différentes disciplines. Elle note que :

- le recueil de données objectives et systématiques est éthiquement difficile dans le cadre de la médecine du travail ;
- les taux d'alcoolémie acceptables ont diminué au cours du temps, ne serait-ce qu'en raison de la législation en vigueur pour la conduite automobile (0,5 g/l actuellement, selon la loi du 13 novembre 1996).

D'après l'étude Gazel (6) d'une cohorte constituée depuis 1989 de salariés d'EDF-GDF, la consommation d'alcool observée chez les salariés est similaire à celle de la population générale d'âge comparable (tableau III).

La consommation d'alcool est souvent associée à certaines habitudes qui n'évoluent que très lentement, les pots ou les repas d'affaires notamment. Selon une enquête Ipsos

Tableau III : Consommation d'alcool chez les salariés EDF-GDF en verres par jour (d'après l'étude Gazel, 1989)

Consommation quotidienne d'alcool	Hommes	Femmes
5 verres et plus	12,6 %	1,2 %
3 à 4 verres	18,7 %	3,5 %
1 à 2 verres	16,7 %	14,9 %
0 verre ou occasionnelle	52,0 %	80,4 %

de septembre 2001 (7), réalisée par téléphone selon la méthode des quotas auprès de 551 personnes "en activité" extraites d'un échantillon national représentatif, 71 % des personnes interrogées consomment de l'alcool lors des repas d'affaires avec, pour 35 % d'entre elles, une consommation augmentée par rapport à leur consommation habituelle. La prise d'alcool dans un contexte professionnel est constatée dans les professions les plus pénibles physiquement : bâtiment, agriculture, manutention et professions en rapport avec le public.

Selon une étude réalisée auprès des médecins du travail d'Île-de-France (8), près d'un salarié sur quatre consomme régulièrement de l'alcool au travail avec ses collègues ou ses clients.

Dans tous les cas et quel que soit l'âge, le nombre moyen de verres consommés par les hommes dans le milieu du travail est une fois et demie à deux fois supérieur à celui des femmes.

La part attribuable à l'alcool dans les accidents du travail est étudiée à partir de quelques travaux américains rapportés dans la *Revue Internationale du Travail* (9) : "l'alcool et les drogues provoquent 20 % à 25 % des accidents du travail et jusqu'à 30 % des décès liés au travail". Pour la France, l'expertise collective INSERM 2003 (5) indique que "bien que ce soit un problème récurrent en milieu du travail, les études précises et récentes concernant l'implication de l'alcool dans les accidents du travail font défaut".

L'alcool est la SPA pour laquelle le plus d'outils cliniques ont été développés pour le repérage précoce et les interventions brèves, outils notamment utilisés en médecine générale (10) et, dans une moindre mesure, en médecine du travail (11).

Cannabis

Une étude transversale sur la consommation de cannabis des salariés en Haute-Vienne (12), toutes PCS confondues (sauf le monde agricole), a été réalisée en 2005 et 2006 à partir de 1 046 questionnaires via 35 médecins du travail exerçant dans un service interentreprises, en service autonome ou dans le secteur hospitalier (n = 1 046, âge moyen de 37 ans, 45,8 % des salariés ayant moins de 35 ans). La prévalence des expérimentateurs de cannabis était de 19,3 %, celle des usagers actuels de 3,5 %. Plus faibles qu'en population générale, ces résultats pourraient être sous-déclarés ou liés à l'absence de demandeurs d'emploi dans l'échantillon.

L'usage du cannabis a été considéré chez les salariés d'entreprises de travail temporaire (ETT) vus en consultation dans un service interentreprises de santé au travail de la région Bourgogne (13). À partir de 124 questionnaires exploités, la tendance montre une élévation de la consommation parmi les jeunes salariés de ces établissements.

L'enquête menée en 2005 dans la Loire (enquête transversale par autoquestionnaire pour des salariés en consultation de médecine du travail, n = 1 406) retrouve, de même, l'association entre le statut d'intérimaire et les usages à risque de substances psychoactives (14).

De manière plus générale, deux constats peuvent être formulés sur les relations entre consommations de cannabis et monde du travail. D'une part, il pourrait y avoir une augmentation des consommations liée aux évolutions des consommations constatées en population générale : l'augmentation de la consommation globale se répercute également dans le monde du travail. Mais d'autre part, tout comme la vie de couple et le fait d'avoir des enfants, le travail est associé à une diminution des consommations à l'âge adulte (15), ce que l'on retrouve pour d'autres SPA.

Médicaments psychotropes

La frontière entre médicament psychotrope et drogue illicite est parfois incertaine, notamment avec l'usage détourné. Les usages de médicaments psychotropes, prescrits ou détournés, peuvent avoir différents objectifs (le soin, l'adaptation à des contraintes sociales ou professionnelles, la recherche d'effets dans la polyconsommation). Ce qui pourrait en partie expliquer pourquoi la prise de médicaments psychotropes est peu étudiée en milieu professionnel. Détaillés ci-après, les travaux menés par des équipes de recherche à Toulouse soulignent un recours répandu aux médicaments en relation avec son travail.

Dans une étude de cohorte avec un suivi à un an destinée à étudier les facteurs associés à l'usage de médicaments psychoactifs (16), 1 273 sujets de la région toulousaine (âge moyen 39,2 ans ; PCS variées et regroupées en cadre dirigeant, chef de service, employé, ouvrier) ont répondu en 2000 et 2001 à un questionnaire auto-administré lors de l'examen périodique de santé au travail. 9,1 % des salariés consommaient des médicaments psychoactifs et 3,5 % étaient dépendants, soit un consommateur sur trois. La consommation était associée à la PCS (les employés avaient presque deux fois plus de risques de consommer des médicaments psychoactifs que les cadres) et à la faible satisfaction au travail et en dehors du travail. Les

comportements visant l'amélioration de la performance (*performance-enhancing behavior*) et les stratégies d'adaptation (*coping*) pourraient être des déterminants de l'usage de médicaments psychoactifs et conduire à des comportements et des états de dépendance sur le lieu du travail.

En mai 2000, 2 106 sujets ont été interrogés par autoquestionnaire au cours de l'examen périodique de santé au travail (17). Près d'un sujet sur trois a recours à des médicaments en relation avec son travail : 20 % utilisent un médicament pour être "en forme au travail", 12 % prennent leur médicament sur leur lieu de travail pour traiter un "symptôme gênant", et 18 % utilisent un médicament "pour se détendre au décours d'une journée difficile". Les médicaments les plus utilisés sont des psycholéptiques (anxiolytiques, hypnotiques et neuroleptiques).

Une étude transversale a été menée tous les dix ans depuis 1986 parmi des salariés de la région toulousaine, par questionnaire au cours de l'examen périodique de santé au travail. En 2006, les réponses de 2 213 salariés (âge moyen 39,3 ans) ont été comparées à celles de 1986 et 1996 (18). Contrairement aux deux vagues précédentes où la seule distinction portait sur le travail manuel ou non, les salariés sont regroupés en PCS (employés ou supervision). Alors qu'elle avait augmenté au cours des dix premières années (passant de 41,5 % en 1986 à 46,7 % en 1996), la prévalence de la consommation de médicaments parmi ces salariés a baissé au cours des dix dernières années (de 46,7 % en 1996 à 40,7 % en 2006). Avec une augmentation significative (de 3 % en 1986 à 5,9 % en 2006) des médicaments pour troubles musculo-squelettiques (2), les médicaments consommés ont eux aussi évolué. Une étude qui illustre les tendances de consommations de médicaments observées au cours des 20 dernières années et qui souligne les relations pouvant exister entre ces consommations et les conditions de travail, ainsi que l'existence de facteurs extra-professionnels. Enfin, les conclusions de l'article relèvent l'importance des campagnes de sensibilisation sur la prescription de médicaments.

De manière générale, les études et constats cliniques concourent à montrer une augmentation des consommations au cours des deux dernières décennies (19) et des difficultés individuelles et sociales liées au mésusage des médicaments psychotropes.

Cocaïne

La diffusion de l'usage de cocaïne concerne particulièrement les jeunes adultes exerçant une activité classée

dans la catégorie des professions intermédiaires, qui sont susceptibles d'appartenir à la population "socialement insérée". Parmi les actifs occupés, il n'apparaît pas de différence entre les PCS, sauf parmi les "cadres et professions intellectuelles supérieures" où les professionnels des arts et du spectacle se montrent davantage usagers de cocaïne. Les niveaux d'expérimentation et d'usage sont plus élevés parmi les chômeurs que les actifs occupés. Les usagers de cocaïne sont souvent des poly-consommateurs (20). La diffusion de l'usage de cocaïne pourrait être liée à des pressions croissantes au sein de la sphère professionnelle pour une frange des usagers insérés (21). Correspondant à une perception répandue dans l'imaginaire collectif, cette hypothèse est difficilement vérifiable. Au vu d'études qualitatives (22, 23), la consommation de cocaïne serait en effet dissociée de la sphère du travail. Lorsqu'elle ne l'est pas, elle concernerait surtout les professions liées aux arts et aux spectacles et des personnes dont les conditions de travail particulières induiraient pour elles la nécessité de se sentir "hyper-performant" (secteur de la restauration en zone touristique, par exemple).

Traitement de substitution aux opiacés (TSO)

Deux revues de synthèse à vocation pratique traitent des TSO en milieu professionnel (24, 25). Leurs conclusions sont les suivantes : le médecin du travail a un rôle à jouer lorsque la possibilité de réinsertion par le travail peut intervenir ; les salariés qui suivent un TSO ne doivent pas faire l'objet de pratiques discriminatoires, que ce soit au moment de l'embauche ou dans le cadre de leur activité professionnelle.

Aucune étude épidémiologique portant spécifiquement sur les TSO dans la population salariée n'a été identifiée, et le lien possible entre TSO et accidents du travail n'est pas documenté. Les résultats de l'étude menée dans la région Nord-Pas-de-Calais (26) montrent que dans une population de 1 050 chauffeurs de poids lourds soumis à un dépistage urinaire, 1,8 % étaient consommateurs de buprénorphine et 0,5 % de méthadone. Les pourcentages de dépistages positifs aux traitements de substitution (méthadone et buprénorphine) sont huit fois plus élevés que dans la population active. En 2004 et 2005, la SNCF retrouve des taux de l'ordre de 1,65 % de dépistages positifs aux opiacés sur 204 890 prélèvements urinaires (27).

En conclusion, l'alcool reste la SPA la plus consommée et problématique pour le milieu professionnel. Les études spécifiques sur le cannabis ne rapportent pas de relation

entre consommation et PCS, sauf pour les jeunes salariés intérimaires. Répandu, le mésusage de médicaments psychotropes lié au travail devrait faire l'objet de futures recherches. Quant à l'usage de cocaïne, il reste minoritaire et s'est diffusé de façon non différenciée dans toutes les PCS, en restant dissocié du travail, à l'exception de certaines professions. Enfin, tout en retenant l'intérêt des professionnels de santé au travail, les TSO ne font pas l'objet d'études épidémiologiques spécifiques.

A.3. Quels sont les secteurs d'activité particulièrement concernés par les usages de SPA ?

Comme dans les études à portée locale sur les consommations de drogues illicites et le travail, le sujet est parfois circonscrit à des professions ou PCS. Des études épidémiologiques ont ainsi été menées dans différents secteurs d'activité ou métiers dont les caractéristiques spécifiques conditionneraient les pratiques addictives.

Les transports routiers

Compte tenu des risques liés à la conduite, les transports sont un secteur d'activité étudié. La sûreté et la sécurité étant des préoccupations motivant la recherche, c'est la fonction plus que la profession qui est sujet d'étude.

Une étude multicentrique sur la prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance a été réalisée en 2003-2004 dans la branche professionnelle des transporteurs routiers de la région Nord-Pas-de-Calais (26). Elle avait notamment pour but de vérifier si les tendances observées en 1995 dans la même région (28) perduraient, à savoir que les salariés à des postes de sûreté et de sécurité (PSS) présentaient plus de consommations de SPA que les autres salariés. Le dépistage urinaire de méthadone, benzodiazépines, cocaïne, amphétamines, opiacés, cannabinoïdes, buprénorphine et d'éthanol a donné, en pourcentage de positifs, les résultats suivants : opiacés (4,1 %), cannabinoïdes (8,5 %), cocaïne (0,1 %), amphétamines (0,3 %), buprénorphine (1,8 %), méthadone (0,5 %), benzodiazépines (0,4 %) et alcool (5 %). Des résultats qui confirment ceux de l'étude de 1995 en ce qui concerne la consommation de cannabis et d'alcool chez des travailleurs affectés à des PSS.

Une étude menée dans la même région (29) portait pour sa part sur 313 candidats à un poste de chauffeur poids lourds. 10 % d'entre eux se sont désistés après le premier

entretien au cours duquel la politique de dépistage était clairement développée. Parmi les postulants restants et ayant accepté le dépistage, 11 % étaient positifs pour le cannabis.

Une enquête nationale par questionnaire a été réalisée en 2005 par la Mutualité Sociale Agricole (30). Permettant d'évaluer la consommation de tabac, de cannabis, d'alcool et de médicaments, le questionnaire était rempli par des chauffeurs (tractoristes, engins, caristes, poids lourds, n = 1 604) affiliés à la Mutualité Sociale Agricole, au cours d'une visite médicale où une fiche d'aptitude leur était délivrée. Les résultats montrent que 8 % des répondants avaient fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois, 22 % présentaient une consommation d'alcool à risque, et 9,5 % prenaient un ou plusieurs médicaments. Une étude qui présente l'intérêt de porter sur des postes de chauffeurs dans le secteur agricole, secteur d'activité peu étudié au regard des consommations de SPA.

L'étude "Stupéfiants et accidents mortels" (SAM) apporte quant à elle de nouveaux éclairages sur les accidents de conduite mortels en fonction du motif de déplacement (31). L'objectif était d'étudier l'influence de la consommation d'alcool et de drogues, notamment de cannabis, sur la responsabilité dans un accident mortel de la circulation de conducteurs au travail (n = 1 845), quelle que soit leur profession, ou lors du trajet domicile-travail (n = 1 504). Pour le cannabis, toutes doses confondues (correspondant à des usages différents), on observe 3,2 % de positifs chez les conducteurs accidentés au travail, 5,7 % chez les conducteurs en trajet domicile-travail (c'est aussi parmi les conducteurs accidentés au travail que l'on observe la plus faible proportion de positifs à l'alcool). Concernant les autres familles de stupéfiants, le nombre de conducteurs testés positifs est faible dans les accidents liés au travail. Ne mettant pas en évidence d'interaction significative entre la conduite sous influence de cannabis ou d'alcool et le motif du déplacement, l'analyse effectuée en tenant compte du motif de déplacement affine les résultats pour l'ensemble des conducteurs sans les remettre en cause. Être sous l'emprise de cannabis ou d'alcool en déplacement en lien avec le travail augmente le risque d'être responsable d'un accident mortel dans des proportions comparables à celles observées pour les déplacements à caractère privé. Sur l'ensemble des conducteurs étudiés, conduire sous l'effet du cannabis multiplie par 1,8 le risque d'être responsable d'un accident mortel, par 8,5 s'il s'agit d'alcool.

Les professions médicales

Les professions médicales représentent une PCS souvent étudiée dans la littérature internationale, notamment en ce qui concerne les consommations d'alcool, sans doute par le biais de sélection favorable existant pour la réalisation de ce type d'étude. Dans une enquête nationale conduite en France pour préciser la consommation de SPA parmi les médecins anesthésistes-réanimateurs (32), 3 476 réponses à un questionnaire ont été obtenues, soit un taux de réponse de 38 %. Si l'alcool apparaît comme la principale cause d'addiction chez les médecins anesthésistes-réanimateurs français et si 22,7 % des répondants étaient des fumeurs quotidiens, la consommation de substances psychoactives recouvre un large éventail de produits. 10,9 % étaient ainsi abuseurs ou dépendants d'au moins une autre substance que le tabac : l'alcool (59,0 %), les tranquillisants et hypnotiques (41,0 %), le cannabis (6,3 %), les opiacés (5,3 %) et/ou les stimulants (1,9 %). Les sujets souffrant d'addiction expriment plus fréquemment des difficultés vis-à-vis de leur environnement professionnel et ont plus souvent une perception négative de leurs conditions de travail, ce qui pourrait éventuellement contribuer au développement de leur pathologie.

Les gens de mer : marins à la pêche et marins au commerce

Une étude réalisée parmi les gens de mer (33) met en évidence une prévalence élevée de la consommation de drogues. 1 928 marins ayant répondu à un autoquestionnaire ont été sélectionnés à partir d'un sondage stratifié sur 19 zones portuaires en France métropolitaine. Deux types de marins, aux environnements familial et professionnel différents, ont été identifiés : les marins à la pêche et les marins au commerce. Et avec eux, des différences de consommations : bien que les consommations récentes de drogues soient comparables, les expérimentations de produits stupéfiants sont en effet plus élevées chez les marins au commerce. Près de la moitié des marins interrogés ont déjà consommé du cannabis. 9 % déclarent en avoir consommé au cours de l'année précédente et 2,8 % plus de dix fois au cours des 30 derniers jours. 21,9 % des marins civils ont consommé du cannabis dans les 12 derniers mois et 3,9 % sont des consommateurs réguliers. La consommation récente de cannabis est de l'ordre de 16 %, cette dernière ayant été identifiée grâce à une recherche de métabolites de cannabis menée au moyen d'un test urinaire au moment de l'enquête. Hors cannabis, l'expérimentation de produits stupéfiants concerne 15,4 % des marins, les produits les plus fréquemment cités étant les champignons hallucinogènes (7,5 %), la cocaïne (7,2 %), les poppers (vasodilatateur, 6,8 %) et l'ecstasy (5,1 %). La

consommation récente (au cours des 30 derniers jours) est quasi nulle pour l'ensemble de ces produits (0,8 % pour la cocaïne, 0,4 % pour l'héroïne).

Des employeurs concernés par la consommation de drogues illicites

La recherche menée sur les consommations de drogues illicites à travers différents secteurs d'activité suscite l'intérêt des employeurs. Ayant pour objectif de mesurer les perceptions et préoccupations, deux enquêtes BVA/INPES/ANPAA menées en 2006 (citées dans 34 et 45) ont montré que 85 % des directeurs des ressources humaines (DRH) interrogés estimaient que les risques liés aux addictions étaient importants. L'usage de cannabis est jugé préoccupant par 25 % des salariés et 35 % des DRH d'entreprises de plus de 50 salariés. Le médecin du travail est un interlocuteur privilégié pour 87 % des DRH (contre 75 % des salariés).

A.4. Quels sont les enseignements des études locales auprès de populations salariées sur les liens entre consommations de SPA et travail ?

Dès 1995, une enquête portant sur 1 978 prélèvements urinaires, recueillis via 13 services interentreprises de médecine du travail dans la région Nord-Pas-de-Calais (28), mettait en évidence une prévalence élevée (24 %) des différentes substances recherchées parmi la population active testée. Le nombre de consommateurs de substances modifiant la vigilance (SPA) était significativement plus important chez les salariés occupant un PSS que chez les autres salariés. Quatre salariés sur dix occupant un PSS étaient alors positifs aux opiacés et cannabis.

Détaillées ci-dessous, des études plus récentes à portée régionale (la Loire et l'Aquitaine) ne mettent pas en évidence de secteur d'activité ou poste de travail où les consommations seraient plus élevées.

La première étude a été menée dans la Loire en 2005 (14) auprès de salariés via 43 médecins du travail. Sur 1 406 questionnaires exploités, seuls les sujets à risque de dépendance ont été pris en compte pour une analyse selon leur poste de travail, car plus à risque d'entraîner des incidents au travail. Les résultats montrent qu' hormis les drogues dures, 13,7 % des consommateurs (à l'un ou l'autre des produits suivants : alcool, cannabis, médicaments) sont à risque de dépendance, soit 12,9 % de l'échantillon. Le risque de dépendance était mesuré par

les tests DETA et DAST-10 et par des questions issues des critères de dépendance du DSM-IV pour les médicaments. Ayant dépassé le seuil admis des 5 % de données manquantes, la variable "consommation d'autres produits" (ecstasy, speed [= amphetamines], cocaïne, héroïne...) n'a pas été prise en compte dans l'analyse. Parmi les répondants à risque de dépendance, 16,6 % étaient consommateurs de psychotropes, majoritairement des femmes, et 10,2 % consommateurs de cannabis, majoritairement des hommes. L'étude n'a pas mis en évidence de poste de travail entraînant spécifiquement plus de dépendance qu'un autre. Inversement, le statut d'intérimaire était associé à un fort risque de dépendance. Le sens de cette association reste cependant à définir.

Réalisée en 2008 dans le cadre de la médecine du travail à partir de 1 186 questionnaires analysés, une enquête sur la consommation de substances des salariés d'Aquitaine (pas de publication référencée) a montré que 40 % des salariés avaient consommé au moins une substance illégale au cours de leur vie (cannabis, opiacés, cocaïne, stimulants) et que 8 % en consommaient actuellement, 12 % de ces derniers considérant leur consommation comme problématique. L'enquête n'a pas mis en évidence de différence de consommation selon les secteurs d'activité (BTP, commerce, services, santé/social). Les résultats de ces travaux doivent encore être consolidés.

Menée en mai 2008 (35) auprès d'un échantillon de 1 641 salariés volontaires (1 556 questionnaires exploités), grâce à la collaboration de médecins du service de santé de la Sarthe et de la Mayenne en Pays-de-Loire, une étude pilote portait pour sa part sur la perception du travail et les contraintes temporelles, l'hypothèse étant que le travail pouvait influencer les conduites addictives sous certaines conditions. Pouvant contribuer à expliquer partiellement les différences entre les sexes, les résultats montrent des liens entre certaines caractéristiques de travail et les conduites addictives : chez les femmes, la prise de substances est ainsi corrélée au travail en horaires décalés, quand chez les hommes, elle l'est à une demande importante dans le travail. Bien que les résultats présentés portent surtout sur les drogues licites (tabac, alcool, anxiolytiques), toutes les SPA, licites, illicites, et médicaments ont été prises en compte.

Enfin, une tentative a récemment été faite (36) d'identifier, à partir des résultats de l'étude "Mode de vie et travail" de 2006 (n = 2 213), des profils de SPA chez les salariés en tenant compte des caractéristiques de leur travail. Cinq

profils de salariés associés à une consommation de SPA ont ainsi été identifiés :

- les consommateurs d'alcool pendant le travail, qui étaient des commerciaux satisfaits professionnellement ;
- les consommateurs d'alcool après le travail, qui étaient insatisfaits dans leur vie ;
- les consommateurs de cannabis, qui étaient des hommes satisfaits professionnellement mais soumis à une insécurité d'emploi ;
- les fumeurs, qui regroupaient des salariés occupant des postes à responsabilité et soumis à une pression temporelle ;
- et les polyconsommateurs, qui occupaient des postes à fortes contraintes professionnelles.

Des résultats qui devraient permettre d'orienter les médecins du travail sur les modalités de consommation des sujets dans leur environnement professionnel. À notre connaissance, c'est en effet la première fois qu'une typologie de consommateurs de SPA selon leurs caractéristiques de travail est dressée.

A.5. Quels sont les enseignements de la recherche qualitative sur les consommations de SPA en relation avec le travail ?

L'approche qualitative des drogues et du travail renseigne également sur la relation entre drogues et milieu de travail. En France, les travaux de Fontaine (23, 37, 38) offrent une perspective d'ethnographie compréhensive. Grâce à de – rares – témoignages d'usagers de drogues qui travaillent, ils mettent en évidence les stratégies développées par certaines catégories d'actifs pour préserver leurs habitudes antérieures de consommation, tout en se mettant en position de pouvoir répondre aux exigences de leur activité professionnelle. Ces travaux apportent un éclairage sur les caractéristiques d'usagers intégrés à un milieu professionnel, qui parviendraient à gérer l'usage de substances illicites tout en préservant leur statut et leur image sociale, sans avoir recours à des structures ou à des institutions spécialisées dans le domaine de la consommation de psychotropes et sans s'exposer aux sanctions judiciaires que peut engendrer leur pratique.

L'approche qualitative des addictions en milieu professionnel a aussi été développée au Québec, où elle porte notamment sur les représentations des attitudes et des pratiques des différents acteurs au sein de l'entreprise (39, 40). Cette approche qualitative auprès des acteurs de l'entreprise impliqués dans la santé au travail, en particulier sur les consommations de SPA, gagnerait sans doute à être menée en France.

B – Quels sont les concepts et indicateurs utilisés en santé au travail qui permettent de prendre en compte les mésusages de SPA ?

Les accidents professionnels restent l'indicateur principal de santé au travail

Votée en août 2004, la loi de santé publique cible une centaine d'objectifs en déclinant des programmes, avec des indicateurs à évaluer. Trois rubriques – addictions, santé mentale et santé au travail – sont utilisables pour notre sujet, certains problèmes étant ciblés en particulier pour la santé au travail : accidents routiers liés au travail, expositions professionnelles et troubles musculo-squelettiques.

Faute de nouvelles données comparables à celles ayant servi de référence, notamment l'enquête "Surveillance médicale des risques" (Sumer) en 2003 (41), aucun bilan des autres objectifs de la loi n'a pas pu être effectué dans le domaine "santé au travail", à l'exception des accidents routiers.

Les évolutions enregistrées en France métropolitaine (42) montrent que :

- le taux d'accidents du travail avec arrêt a diminué de 12 % entre 1998-1999 et 2004-2005 dans le régime général, et de 16,8 % entre 1993-1995 et 2004-2005 dans le régime agricole ;
- sur les mêmes périodes respectives, les accidents du travail avec incapacité permanente partielle ont augmenté de 1,9 % dans le régime général et diminué de 22,6 % dans le régime agricole ;
- les taux d'accidents du travail mortels ont baissé de 30,7 % dans le régime général entre 1998-1999 et 2004-2005.

Les pourcentages d'évolution sont cependant très variables d'une région à l'autre pour tous ces indicateurs.

L'utilisation dans les entreprises du document unique d'évaluation des risques étant hétérogène selon l'évaluation des objectifs de la loi d'août 2004, il apparaît indispensable de suivre les impacts des actions d'accompagnement et de formation sur la mise en œuvre d'actions de prévention dans les entreprises.

En conclusion, la recherche de SPA n'est pas systématique dans les indicateurs utilisés par les services de santé au travail. Au-delà des estimations fournies par l'étude SAM en 2003 sur les accidents mortels de la route et les acci-

dents survenus sur le trajet domicile-travail, il est donc impossible à l'heure actuelle d'évaluer la part imputable aux SPA dans les accidents du travail.

Fort des constats sur les liens entre exposition aux risques psychosociaux en milieu professionnel et état de santé (43), la prise en compte des risques psychosociaux et de la santé mentale est recommandée par le Haut conseil de santé publique avec, pour 2010, les objectifs suivants :

- diminuer d'au moins 20 % en cinq ans la proportion de personnes souffrant de troubles dépressifs n'ayant pas recours aux soins (l'indicateur utilisé est le CIDI Short Form, dans le Baromètre santé) ;
- réduire la fréquence des suicides en France.

Les indicateurs concernant le suivi des expositions aux risques psychosociaux font toujours l'objet d'études pluridisciplinaires allant de l'épidémiologie sociale à la recherche clinique.

C – Quels sont les bénéfices attendus d'une prise en compte des mésusages de SPA en milieu professionnel ?

Outre les bénéfices immédiats d'un repérage et d'une intervention auprès des consommateurs de SPA pour la santé individuelle et collective du milieu du travail, des bénéfices différés sont également attendus en termes de santé publique.

En effet, malgré les difficultés signalées dans les études épidémiologiques pour évaluer les bénéfices des actions de prévention, les bénéfices attendus des interventions des services de santé dans le domaine des conduites addictives se situent au niveau individuel mais aussi collectif, dans un environnement de travail caractérisé par des contraintes organisationnelles (sécurité, santé des salariés).

C.1. Améliorer le repérage des consommations à risque et faciliter l'accès à la prévention et aux soins grâce à des équipes pluridisciplinaires de santé

Dans le cadre de la réforme de la médecine du travail, la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail précise les missions des services de santé au travail pour prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail. Fixés dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), les

moyens des services de santé au travail sont octroyés grâce au concours du Fonds national de prévention, de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés et des Agences régionales de santé (articles L.4622-10 du Code du travail et L.717-7 du Code rural).

Ces missions sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers (article L.4622-8). Après avis des médecins du travail, qui animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire, cette dernière peut être complétée par des assistants de services de santé au travail et des professionnels. Une réorganisation répondant à un besoin d'homogénéiser les pratiques professionnelles qui diffèrent énormément en termes de repérage et de prévention selon les médecins, les régimes de santé au travail et les différents SPA, comme le montrent les deux enquêtes ci-après.

La première a été réalisée par questionnaire auprès de l'ensemble des médecins du travail en services interentreprises des régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur (44). L'objectif étant d'interroger les médecins du travail sur leurs pratiques effectives en matière de repérage et d'identification des consommations problématiques de produits psychoactifs, 239 personnes y ont répondu entre septembre et octobre 2008. Des réponses qui renvoient au protocole suivi et à leur perception des situations des salariés. Les pratiques de repérage des addictions par les médecins du travail sont très différentes selon les produits : alors que la consommation de tabac est systématiquement interrogée, celle d'alcool ne l'est que sous certaines conditions, les usages de produits illicites étant généralement moins souvent abordés que ces deux consommations.

Nationale, la seconde enquête INPES/INRS/SMTOIF (45) a été menée par téléphone en 2009 auprès de 750 médecins du travail représentant l'ensemble des régimes d'exercice (autonomes, interentreprises, fonction publique, hospitaliers, MSA) afin d'identifier leurs opinions et leurs pratiques concernant le suivi des salariés et la prévention des conduites addictives. Se montrant attentifs aux questions des addictions chez les salariés, les médecins du travail perçoivent l'usage de cannabis comme répandu et observent sur cinq ans une augmentation du nombre de salariés usagers de drogues. Prudents sur l'utilisation des dépistages auxquels ils ont peu recours (les services autonomes sont significativement plus nombreux que les autres régimes à les pratiquer, cf. supra), ils font surtout appel aux déclarations des salariés. Enfin, ils se montrent davantage

ouverts aux intervenants externes spécialisés que les DRH en 2006 dans l'enquête BVA/INPES/ANPAA.

Le cadre législatif actuel apparaît favorable pour soutenir les professionnels de santé au travail dans la prévention auprès de personnes en difficulté avec des consommations de SPA.

Au-delà du repérage de comportements individuels en consultation, l'exercice de la médecine du travail grâce à des équipes pluridisciplinaires de santé devrait permettre d'analyser des situations d'exposition susceptibles d'entraîner des consommations à risque. Ainsi, les services de santé au travail traiteraient-ils à la fois de la santé et de la sécurité des employés et de la collectivité, les bénéfices de la prise en compte des SPA pour la santé et la sécurité s'en trouvant mutualisés.

Autant d'éléments qui correspondent aux recommandations du *Livre blanc de l'addictologie française* (46), en particulier les deux propositions suivantes :

- proposition 19 : "Inscrire la prévention dans la vie de l'entreprise en dotant les CHSCT de missions de prévention en matière de consommation de produits psychoactifs" ;
- proposition 80 : "Inciter tous les établissements de santé au travail à intégrer un volet addiction dans leur projet d'établissement et leur CPOM".

C.2. Contribuer à la réalisation d'objectifs de santé publique

La réduction des inégalités sociales de santé est un objectif prioritaire de santé publique. La santé au travail est l'un des éléments contribuant à ces inégalités.

Dans une approche intersectorielle entre santé et travail, les professionnels de santé au travail prennent à la fois en compte :

- des déterminants socio-économiques : la formation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, le logement, les relations sociales, les aides financières ;
- des comportements socialement déterminés, individuels et contextuels ;
- le système de soins : organisation et accessibilité.

L'inégalité territoriale d'accès aux soins montre que la partition des territoires selon leur population, leur organisation, la répartition des catégories sociales et leur aménagement est un enjeu primordial pour identifier et comprendre les inégalités sociales de santé. Les profes-

sionnels des services de santé au travail ont donc un rôle à jouer pour sensibiliser les responsables de programmes régionaux de santé à ces inégalités, auxquelles les addictions pourraient être associées.

Selon les propositions émises par le Haut conseil de santé publique, les services de santé au travail devraient, en effet, être partie prenante, en particulier pour former les professionnels de santé et les usagers aux déterminants sociaux de la santé, et développer la responsabilité des institutions du système de soins et des soignants vis-à-vis de la population.

Les expositions professionnelles entraînant des dépenses des branches "accidents du travail" et "maladies professionnelles" de l'Assurance maladie, les orientations de santé publique rejoignent des enjeux économiques tout aussi importants. Ces coûts ont en effet des conséquences à long terme sur le marché du travail et l'état de santé des salariés. L'impact de la prévention est plus clairement établi pour l'alcool (5 % des arrêts de travail parmi l'ensemble des motifs d'ordre psychiatrique) (5). Aucune étude portant sur les coûts/bénéfices des interventions organisationnelles dans l'entreprise ou de prévention (hors TMS ou infections) n'a été identifiée.

Enfin depuis 2004, les programmes de santé publique pour la prévention en santé au travail (incluant notamment les risques psychosociaux) bénéficient d'une "interministérialité" entre Santé et Travail. La mise en œuvre des actions reste difficilement mesurable en raison d'un manque d'indicateurs, encore peu appliqués ou à développer. De manière plus générale, la pluridisciplinarité entre la santé au travail et l'addictologie complique la mise en œuvre des programmes de prévention.

C.3. Améliorer les connaissances des systèmes d'informations épidémiologiques

Illustrant le rôle majeur de la médecine du travail pour mesurer le phénomène étudié, l'approche épidémiologique des conduites addictives en milieu professionnel s'effectue souvent à partir de services de santé au travail et la diffusion de questionnaires auprès de salariés suivis.

Concernant les déterminants de santé, les enquêtes en population sont assez riches (par exemple sur les usages de tabac et d'alcool) avec de grandes enquêtes, comme le Baromètre santé, sur l'exposition aux risques et sur l'état de santé (santé physique et mentale) en lien avec l'activité

professionnelle. À l'inverse, et malgré le développement d'indicateurs d'exposition et de santé par le département Santé travail de l'InVS (Sumer, Samotrace), les déterminants professionnels et sociaux de la santé sont encore insuffisamment documentés. La France ne dispose pas d'indicateurs collectifs de l'environnement social, du type indicateurs de "défavorisation", établis à des échelles territoriales pertinentes.

Les recommandations du Haut conseil de santé publique stipulent que les services de santé au travail doivent participer aux suivis d'informations pour :

- renforcer les moyens existants de connaissance des effets du travail et des expositions environnementales sur la santé, en participant au suivi et/ou à la mise en place d'indicateurs des consommations de SPA en milieu professionnel ;
- faire le lien avec la santé mentale, afin d'établir la prévalence des différents troubles psychiatriques et des comorbidités liés aux addictions ;
- développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes ou à initier, à partir de plans d'échantillonnage adaptés aux indicateurs de la loi de santé publique de 2004 et tenant compte des inégalités territoriales de santé.

Des dispositifs d'observation longitudinale à l'échelle individuelle sont par ailleurs nécessaires pour étudier les trajectoires de santé, de soins, de situation socio-professionnelle ou de comportements individuels. Les rares dispositifs longitudinaux existants reposent sur des données d'origine administrative dont le plan d'échantillonnage vise à assurer la représentativité, comme l'Échantillon démographique permanent de l'INSEE ou l'Échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie. C'est également le cas de l'enquête "Santé et itinéraire professionnel auprès des personnes" qui aborde de façon détaillée les questions de conditions de travail, d'emploi et de santé. La prochaine mise en place de nouvelles grandes cohortes devrait être l'occasion de compléter les sources de données disponibles.

C.4. Les services de santé au travail : acteurs de réseaux en addictologie

Plusieurs propositions du Haut conseil de santé publique font référence à la santé au travail et aux addictions. D'une part, l'importance des mésusages de SPA constatés et de leurs effets, qui nécessite de contrôler l'application des mesures légales et réglementaires relatives à la consommation d'alcool et de tabac, particulièrement sur les lieux de

travail, en impliquant les services de santé. D'autre part, le Haut conseil et les recommandations des expertises de l'INSERM, sur l'alcool et le cannabis en particulier, soulignent l'importance des acteurs de santé en général, mais aussi de ceux exerçant en milieu du travail pour reconnaître les dommages actuels ou potentiels liés aux consommations ou aux comportements addictifs, et assurer des modes d'intervention brève ou des orientations médicales ou spécialisées en addictologie. La médecine du travail étant fortement sensibilisée à ces problématiques, un colloque organisé à Lyon en 2006 a permis l'expression d'avancées et d'expériences au niveau :

- des formations en addictologie ;
- des interventions coordonnées avec la médecine de ville, les services hospitaliers et le secteur spécialisé en addictologie.

À la différence d'autres types de pathologies, la configuration des structures de prévention en addictologie, au titre individuel ou collectif, n'est pas directement fonction des services de soins, mais coïncide avec un projet social, local, régional ou national. La nature de leurs interventions – dépistage toxicologique, repérage des effets, conseils, accompagnement – influe cependant fortement sur les recours aux soins et le devenir des usagers de SPA. Conformément aux politiques interministérielles, les méthodes coordonnées d'information, de communication et de motivation pour changer de comportement nécessitent la diffusion d'outils validés, d'échanges intersectoriels et la mise en place d'un pôle de référence de proximité, au niveau départemental ou régional.

D – Conclusions

Que ce soit dans les orientations de la loi de santé publique de 2004 ou dans les constats du Haut conseil de santé publique en 2010, les services de santé au travail occupent une place importante dans la reconnaissance de la santé au travail comme déterminant de la santé globale. Leurs équipes pluridisciplinaires sont non seulement sollicitées pour la prise en compte des facteurs d'accidents et de maladies professionnelles, mais aussi pour celle des risques psychosociaux, dont font partie les mésusages de SPA.

La loi de juillet 2011 délimite les missions et les moyens des services de santé au travail. L'inscription des conditions de travail dans les facteurs de risque d'inégalité sociale de santé mobilise également les services de santé au travail pour contribuer à réduire ces inégalités, aux côtés d'autres structures de santé.

Au-delà de ce contexte général de santé publique et de santé au travail, les informations disponibles illustrent à la fois les difficultés et les atouts actuels pour mettre en œuvre des actions de prévention des mésusages de SPA en milieu professionnel.

L'hétérogénéité des pratiques s'explique souvent par la différence de régimes des services de santé au travail, de secteurs d'activité et de tailles des entreprises : régimes interentreprises, autonomes, fonction publique ou régime agricole, les secteurs d'activité se révélant eux-mêmes plus discriminants que les PCS pour les niveaux de santé psychique, d'après les travaux en santé mentale menés par l'InVS.

Les médecins du travail font partie d'un corps professionnel spécifique de médecine préventive, sans possibilité de prescription : exerçant une activité clinique limitée, ils se situent à distance des préoccupations de santé des populations, leurs interventions se restreignant à une certaine collectivité au travail, avec des impératifs de sécurité.

Limiter le rôle des services de santé au travail aux strictes conditions de travail les prive d'interventions à la limite de la prévention et du soin, qui font particulièrement défaut dans le domaine des mésusages de SPA. L'addictologie recommande actuellement la mise en place de réseaux actifs alliant services de psychiatrie et intervenants spécialisés pour un continuum éducatif, aussi bien en amont qu'en aval du temps professionnel.

La loi de juillet 2011 offre cependant un certain nombre d'atouts pour agir sur les mésusages de SPA en milieu professionnel. Elle renforce la place et les missions des professionnels de santé au sein des entreprises (en 2010 la France comptait 7 030 médecins du travail soit 6 435 en équivalent temps plein selon le bilan annuel des conditions de travail).

La "prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail" fait clairement partie (art L.4622-2) de leurs attributions de conseils auprès des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants.

La santé est réaffirmée dans le Code du travail comme objectif et comme modalité d'exercice professionnel, avec l'indépendance des médecins.

Définie dans le CPOM, l'organisation des actions est en cohérence avec les propositions (proposition 80) du *Livre blanc de l'addictologie française*, publié en 2011 par la Fédération française d'addictologie (46). Conformément à

l'objectif 11 et la proposition 19 de ce même *Livre blanc*, l'articulation est fortement encouragée avec le secteur médico-social, qui gère les centres spécialisés en addictologie.

L'implication des professionnels de santé au travail dans les études épidémiologiques se cantonne à différents de secteurs, via certaines équipes. La généralisation de leur participation aux études et recherches pourrait être facilitée grâce aux programmes interministériels, comme celui de la MILDT (attendu). Recommandé par le Haut conseil de santé publique, l'affinement d'indicateurs sociologiques permettrait de mieux promouvoir le volet "addiction" dans l'ensemble des thématiques de la santé au travail.

L'existence d'une filière universitaire complète pour la médecine du travail constitue un socle intéressant pour articuler les formations professionnelles initiales et continues (où l'addictologie reste à développer), favoriser l'interdisciplinarité avec des diplômes interuniversitaires indispensables dans le secteur médico-social, et développer des travaux de recherche dans les services de médecine du travail hospitaliers, en lien avec les services de niveau 3 en addictologie.

Recommandations

Les nouvelles dispositions législatives de juillet 2011 sur les services de santé au travail et les orientations actuelles de santé publique dans le domaine de l'addictologie engagent les médecins du travail dans les actions :

- de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives vis-à-vis des SPA ;
- d'accompagnement des personnes en difficulté en raison de consommations de SPA.

Face aux constats des études en épidémiologie sociale (auprès de groupes de population) ou en épidémiologie clinique (auprès de sujets vus en consultation), deux recommandations émergent : ■

R.1. Les médecins du travail sont des intervenants en addictologie. Au même titre que d'autres professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, ou des centres spécialisés en addictologie tels que précisés suivant le décret instituant les CSAPA en 2007, sur chaque territoire de santé, ils contribuent à :

R-1.1. Assurer des modes d'intervention brève et des orientations médicales ou spécialisées en addictologie (CSAPA).

R-1.2. Contrôler l'application des mesures légales et réglementaires concernant la consommation d'alcool, de drogue et de tabac, particulièrement sur les lieux de travail.

R.2. Les médecins du travail sont des partenaires des systèmes d'informations épidémiologiques et socio-économiques.

R-2.1. Partager les connaissances dans une approche intersectorielle : Codes de la santé publique et du travail avec obligations réglementaires (les articles précisant par exemple les définitions des pharmacodépendances, les signalements au CEIP ou les articles précisant l'implication des médecins du travail dans le document unique d'entreprise, la prévention des risques psychosociaux...).

R-2.2. Participer à la recherche universitaire en addictologie. Les consultations de pathologies professionnelles développent des études coordonnées par des CHU dans le cadre de PHRC. Le morcellement des services de santé au travail peut être relativisé dans le cadre d'appels d'offres interuniversitaires.

R-2.3. Développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes ou à initier, à partir de plans d'échantillonnage adaptés aux indicateurs de la loi de santé publique. Par exemple, avec l'InVS et l'enquête "Santé et itinéraire professionnel auprès des personnes", qui aborde de façon détaillée les questions de conditions de travail, d'emploi et les questions de santé, ou de nouvelles grandes cohortes (à l'instar de Gazel).

F. Facy, B. Redonnet

Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel. I – Données épidémiologiques. Une approche de santé

Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (2) : 145-161

Références bibliographiques

- 1 - Collectif. La mortalité prématurée en France (numéro thématique). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2003 ; (30-31).
- 2 - Haut Conseil de Santé Publique. Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions. Paris : HCSP ; avril 2010.
- 3 - Frone MR. Alcohol and illicit drug use in the workforce and the workplace. In : Quick JC, Tetrick LE, Eds. Handbook of occupational health psychology. Washington : American Psychology Association ; 2010.
- 4 - Beck F, Guignard R, Richerd JB, Tovar ML, Spilka S et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 : exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. *Tendances*. 2011 ; (76) : 6 p.
- 5 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : INSERM, Collection expertise collective ; 2003.
- 6 - Zins M, Carle F, Bugel I, Leclerc A, Di Orio F, Goldberg M. Predictors of change in alcohol consumption among Frenchmen of the Gazel study cohort. *Addiction*. 1999 ; 94 : 385-5.
- 7 - Ipsos, Assurance Maladie, Comité Français d'Éducation pour la Santé. Enquête "alcool et repas d'affaires". Paris : Ipsos ; 2001.
- 8 - Demortière G, Pessione F, Batel P. Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'autoquestionnaires : intérêt, faisabilité, limites. *Documents pour le médecin du travail*. 2001 ; 86 (2^{ème} trimestre) : 193-200.
- 9 - Ramchand R, Pomeroy A, Arkes J. The effects of substance use on workplace injuries. Genève : Organisation Internationale du Travail ; 2009.
- 10 - Diaz Gomez C, Milhet M. Repérage précoce, intervention brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2005.
- 11 - Demortière G, Michaud P, Dewost AV. Consommation excessive d'alcool chez les salariés : du repérage précoce à la prise en charge. Évaluation après formation de 40 médecins du travail au repérage et à l'intervention. *Documents pour le médecin du travail*. 2005 ; 102 : 215-23.
- 12 - Walocha D, Villéger P, Chevalier C, Dumont D, Druet-Cabanac M. Cannabis et travail : prévalence des différents usages. *Alcoologie et Addictologie*. 2008 ; 30 (2) : 147-54.
- 13 - Derain MA. Usage du cannabis lors de la définition d'aptitude du salarié intérimaire. Dijon : Association Interprofessionnelle de Santé au Travail de la Côte d'Or ; 2003.
- 14 - Orset C, Sarazin M, Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel prévalence par questionnaire chez 1 406 salariés de la Loire ; étude en fonction du poste de travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2007 ; 68 : 5-19.
- 15 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? Paris : INSERM, Collection expertise collective ; 2001.
- 16 - Ngoundo-Mbongue T, Niezborala M, Sulem P, Briand-Vincens D, Bancarel Y, Jansou P, Chastan E, Montastruc JL, Lapeyre-Mestre M. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2005 ; 14 : 81-9.
- 17 - Niezborala M, Lapeyre-Mestre M, Ngoundo-Mbongue T, Briand-Vincens D, Bancarel Y, Montastruc JL. Conduite dopante en milieu professionnel : étude auprès de 2 106 travailleurs de la région toulousaine. Communication orale au Journées nationales de médecine et de santé au travail, Lyon, 31 mai 2006.
- 18 - Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc JL. Evolution of drug consumption in a sample of French workers

- since 1986: the "Drugs and Work" study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2009 ; 18: 335-343.
- 19 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendance. Paris : INSERM, Collection expertise collective ; 2012.
- 20 - Cadet-Taïrou A, Costes JM. Usages de cocaïne en population socialement insérée en France. *SWAPS*. 2010 ; (58) : 19-22.
- 21 - Mouhoubi S, Anastasia Hancock A, Enkaoua C. Avocats et addictions : la ligne blanche. *La lettre des juristes d'affaires, Le Magazine*. 2009 ; (16, juin).
- 22 - Reynaud-Maurupt C, Hoareau E. Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers "cachés". Saint-Denis : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2010.
- 23 - Fontaine A, Fontana C. Drogues, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2003.
- 24 - Durand E. Médicaments psychotropes et travail. I : Traitements de substitution aux opiacés. *Documents pour le médecin du travail*. 2006 ; 108 : 441-60.
- 25 - Fontaine B, Frimat P, Muysen A. Quand et comment les modalités d'un traitement de substitution aux opiacés doivent-elles être adaptées en pratique ? Devant des impératifs de sécurité et de sûreté (sécurité routière, poste de travail...) ? *Alcoologie et Addictologie*. 2004 ; 26 (4 Suppl.) : 229S-32S.
- 26 - Labat L, Dehon B, Lhermitte M. Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Annales de toxicologie analytique*. 2004 ; 16 (4) : 269-74.
- 27 - Wenzek M, Rigodel I. Dépistage urinaire systématique des substances psychoactives parmi le personnel SNCF affecté aux postes de sécurité des circulations ferroviaires. Bilan à deux ans. Actes du 29^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2006 ; 67 (2) : 214.
- 28 - Haguenoer JM, Hannotiaux MH, Lahaye-Roussel MC, Fontaine B, Legrand PM, Shirali P, Pamart B, Brillet JM, Brouck N, Bailly I, Bailly C, Frimat P. Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel : une étude dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Bulletin de l'Ordre des Médecins, Conseil Départemental du Nord*. 1997 ; 80 : 11-5.
- 29 - Delzenne C, Pradeau P. Limite, intérêt et avenir du dépistage systématique des substances psychoactives, étude sur une population de candidats au poste de chauffeurs poids lourds. Étude présentée aux XXI^{èmes} Journées méditerranéennes de médecine du travail, Marrakech, 26-28 octobre 2001.
- 30 - Devos C, Masson N. Conduites addictives et travail : enquête nationale chez les chauffeurs affiliés à la Mutualité Sociale Agricole. Actes du 29^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2006 ; 67 (2) : 212.
- 31 - Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB, the SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road traffic crashes in France: population based case control study. *British Medical Journal*. 2005 ; 331 : 1371-4.
- 32 - Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2005 ; 24 : 471-9.
- 33 - Bergeret A, Fort E. Enquête descriptive sur les pratiques addictives en milieu maritime français. Actes des 13^{èmes} journées de la médecine des gens de mer, Paris, 13-14 mars 2008.
- 34 - Ménard C, Léon C, Beck F. Forum drogues illicites et risques professionnels, MILDT/DGT, Angers, 2 juillet 2009.
- 35 - Société Française d'Alcoologie. Alcool, addictions et travail. Résumé des communications. *Alcoologie et Addictologie*. 2009 ; 31 (4) : 350-9.
- 36 - Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc JL. Profil de consommation de substances psychoactives dans le milieu du travail : résultats de l'enquête "Mode de vie et travail". *Thérapie*. 2011 ; 66 (2).
- 37 - Fontaine A. Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire. *Tendances*. 2002 ; (25) : 4 p.
- 38 - Fontaine A. Double vie. Les drogues et le travail. Paris : Les empêchés de penser en rond ; 2006.
- 39 - Maranda MF, Morissette P, Gélinas 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.
- 40 - Maranda MF, Negura L, De Montigny MJ. L'intégration en emploi des toxicomanes : représentations sociales de cadres responsables de l'embauche du personnel. *Déviante et Société*. 2003 ; 27 (3) : 269-84.
- 41 - DARES. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003. *Premières synthèses*. 2004 ; 52.1 : 1-8.
- 42 - Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. La santé au travail dans les régions de France. Paris : FNORS ; 2008.
- 43 - Collectif. Santé au travail (numéro thématique). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2009 ; (25-26).
- 44 - Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances Rhône-Alpes. Les médecins du travail face aux conduites addictives. Résultats de l'enquête sur les pratiques des médecins du travail en service interentreprise face aux consommations de produits psychoactifs des salariés suivis. Lyon : CIRDD Rhône-Alpes, Enquêtes et résultats ; 2010.
- 45 - Ménard C, Demortière G, Durand E, Verger P, Beck F. Médecins du travail /médecins généralistes : regards croisés. Saint-Denis : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Collection études santé ; 2011.
- 46 - Fédération Française d'Addictologie. Livre blanc de l'addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France. Paris : FFA ; 2011.

Autres références

- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Précarisation, risque et santé. Paris : INSERM, Collection questions en santé publique ; 2001.
- Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF. Psychometric properties of the French version of the Effort-reward imbalance model. *Rev Épidémiol Santé Publique*. 2000 ; 48 (5) : 419-37.
- Niedhammer I. Psychometric properties of the French version of the Karasek job content questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. *Int Arch Occup Environ Health*. 2002 ; 75 (3) : 129-44.