



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

2012

FACULTE DE PHARMACIE

**ENQUÊTE SUR L'UTILISATION DE
SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS
UNE POPULATION SALARIÉE EN
LORRAINE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 22 juin 2012

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Pierre VILAIN**

né, le 21 aout 1986 à Thionville (57)

Membres du Jury

Président : **M. le Docteur Luc Ferrari :**

Maître de Conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy, Pharmacien Attaché au Centre Antipoison de Nancy

Juges : **Mme. le Docteur Bernadette Aubrègue :** Médecin du Travail au centre ALSMT Laxou

Mme. le Docteur Valérie Gibaja : Praticien Hospitalier au CEIP-A de Nancy

M. le Professeur Jean-Pierre Kahn : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef de Service de Psychiatrie et Psychologie Clinique, responsable du CEIP-A de Nancy

**UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2011-2012**

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Francine KEDZIEREWICZ

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Président du Conseil de la Pédagogie

Bertrand RIHN

Président de la Commission de la Recherche

Christophe GANTZER

Président de la Commission Prospective Facultaire

Jean-Yves JOUZEAU

Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle

Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la filière Officine :

Francine PAULUS

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du Collège d'Enseignement

Jean-Michel SIMON

Pharmaceutique Hospitalier :

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :

Bertrand RIHN

Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Monique ALBERT

Pierre DIXNEUF

Gérald CATAU

Marie-Madeleine GALTEAU

Jean-Claude CHEVIN

Thérèse GIRARD

Jocelyne COLLOMB

Maurice HOFFMANN

Bernard DANGIEN

Michel JACQUE

Marie-Claude FUZELLIER

Lucien LALLOZ

Françoise HINZELIN

Pierre LECTARD

Marie-Hélène LIVERTOUX

Vincent LOPPINET

Bernard MIGNOT

Marcel MIRJOLET

Jean-Louis MONAL

François MORTIER

Dominique NOTTER

Maurice PIERFITTE

Marie-France POCHON

Janine SCHWARTZBROD

Anne ROVEL

Louis SCHWARTZBROD

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

ASSISTANT HONORAIRE

Marie-Catherine BERTHE

Annie PAVIS

ENSEIGNANTS***Section CNU *******Discipline d'enseignement******PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS***

Danièle BENOUSSAN-LEJZEROVICZ ☺	82	<i>Thérapie cellulaire</i>
Chantal FINANCE	82	<i>Virologie, Immunologie</i>
Jean-Yves JOUZEAU	80	<i>Bioanalyse du médicament</i>
Jean-Louis MERLIN ☺	82	<i>Biologie cellulaire</i>
Jean-Michel SIMON	81	<i>Economie de la santé, Législation pharmaceutique</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Jean-Claude BLOCK	87	<i>Santé publique</i>
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	<i>Pharmacologie</i>
Pascale FRIANT-MICHEL	85	<i>Mathématiques, Physique</i>
Christophe GANTZER	87	<i>Microbiologie</i>
Max HENRY	87	<i>Botanique, Mycologie</i>
Pierre LABRUDE	86	<i>Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile</i>
Isabelle LARTAUD	86	<i>Pharmacologie</i>
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	<i>Pharmacognosie</i>
Brigitte LEININGER-MULLER	87	<i>Biochimie</i>
Pierre LEROY	85	<i>Chimie physique</i>
Philippe MAINCENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Alain MARSURA	32	<i>Chimie organique</i>
Patrick MENU	86	<i>Physiologie</i>
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Bertrand RIHN	87	<i>Biochimie, Biologie moléculaire</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	<i>Pharmacie clinique</i>
Nathalie THILLY	81	<i>Santé publique</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	<i>Parasitologie</i>
Mariette BEAUD	87	<i>Biologie cellulaire</i>
Emmanuelle BENOIT	86	<i>Communication et santé</i>
Isabelle BERTRAND	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François BONNEAUX	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Ariane BOUDIER	85	<i>Chimie Physique</i>
Cédric BOURA	86	<i>Physiologie</i>
Igor CLAROT	85	<i>Chimie analytique</i>
Joël COULON	87	<i>Biochimie</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Dominique DECOLIN	85	<i>Chimie analytique</i>
Roudayna DIAB	85	<i>Pharmacie clinique</i>
Joël DUCOURNEAU	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Florence DUMARCAZ	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS	86	<i>Pharmacologie</i>

ENSEIGNANTS (suite)

Section CNU *

Discipline d'enseignement

Raphaël DUVAL	87	<i>Microbiologie</i>
Béatrice FAIVRE	87	<i>Hématologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Luc FERRARI	86	<i>Toxicologie</i>
Caroline GAUCHER-DI STASIO	85/86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Frédéric JORAND	87	<i>Santé publique</i>
Olivier JOUBERT	86	<i>Toxicologie</i>
Francine KEDZIEREWICZ	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Faten MERHI-SOUSSI	87	<i>Hématologie</i>
Christophe MERLIN	87	<i>Microbiologie</i>
Blandine MOREAU	86	<i>Pharmacognosie</i>
Maxime MOURER	86	<i>Chimie organique</i>
Francine PAULUS	85	<i>Informatique</i>
Christine PERDICAKIS	86	<i>Chimie organique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Anne SAPIN-MINET	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Gabriel TROCKLE	86	<i>Pharmacologie</i>
Mihayl VARBANOV ☐	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT ☐	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIOU	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>
Colette ZINUTTI	85	<i>Pharmacie galénique</i>

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	86	<i>Sémiologie</i>
--------------------	----	-------------------

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	11	<i>Anglais</i>
--------------------	----	----------------

☒ *En attente de nomination*

* Discipline du Conseil National des Universités :

80ème et 85ème : Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81ème et 86ème : Sciences du médicament et des autres produits de santé

82ème et 87ème : Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32ème : Chimie organique, minérale, industrielle

11ème : Langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRIES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorier ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION,
NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES
THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDERES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

A notre président de thèse,

Docteur Luc Ferrari,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse,
Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude.

A notre directeur de thèse,

Professeur Jean-Pierre Kahn,

Pour avoir accepté avec gentillesse de diriger et de suivre cette thèse,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Aux membres du Jury,

Docteur Valérie Gibaja,

Pour votre disponibilité, votre implication, vos conseils avisés, le temps et la patience
que vous m'avez accordés. Veuillez trouver ici l'assurance de mon profond respect et
de toute ma gratitude.

Docteur Bernadette Aubrègue,

Pour m'avoir fait le grand plaisir d'accepter de juger ce travail,
Je vous adresse mes plus sincères remerciements.

A Madame Frédérique Courteaux

Merci pour ta gentillesse, ton aide et tes conseils apportés à cette thèse.

A Monsieur François Jabot

Merci pour votre aide à la mise en place et au bon déroulement de l'enquête et pour la
gentillesse de m'avoir aiguillé et conseillé.

Aux centres ALSMT :

Laxou représenté par le Dr Bernadette Aubrège

Ludres représenté par le Dr François Jabot

Pont-à-Mousson représenté par le Dr Stéphane Paquot

Pulnoy représenté par le Dr Claudia Berr

Aux secrétaires de chacun des centres ALSMT

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à ce travail et en particulier aux personnes ayant pris le temps de répondre à nos questionnaires et sans qui cette enquête n'aurait pas été possible.

A mes parents, mon frère et Valérie

Merci pour tout.

A mes grands-parents, ma famille, mes cousins

A tous mes amis (Annabelle, Anne-Laure, Bastien, Cihan, Clément, Christelle, Jean-Alexandre, Louis, Justine, Julie, Maxime, Pierre-Henri, Youssef, Zied et tous les autres)

Table des matières

Introduction	1
CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE	2
1 Définitions	3
1.1 Définition de l'intoxication à une substance	3
1.2 Définition de l'abus d'une substance	4
1.3 Définition de la dépendance	5
1.4 Définition du sevrage à une substance	6
1.5 Définition du dopage	6
1.6 Définition d'une conduite dopante	7
2 La médecine du travail	10
2.1 Missions et organisation de la médecine au travail	10
2.1.1 Présentation	10
2.1.2 Organisation des services de médecine au travail	10
2.1.3 Rôle du médecin du travail	10
2.2 Présentation de l'Association Lorraine de Santé en Milieu de Travail (ALSMT)	13
2.2.1 Historique	13
2.2.2 Géographie et secteur d'activité	13
2.2.3 Activité médicale	14
2.3 Exemple de plan de prévention globale des risques «alcool et drogues illicites» en entreprise	14
2.3.1 Préparer	15
2.3.2 Agir	15
2.3.3 Suivre	16
3 Le stress au travail	17
3.1 Les définitions du stress	17
3.2 Les facteurs de stress professionnel	18
3.3 Mesurer le stress au travail	20
4 Les principales substances consommées	24
4.1 L'alcool	25

4.1.1 Historique	25
4.1.2 Molécule	26
4.1.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques	27
4.1.4 Effets recherchés	27
4.1.5 Effets latéraux	28
 4.2 La Nicotine	29
4.2.1 Historique	29
4.2.2 Molécule	29
4.2.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques	30
4.2.4 Effets recherchés	32
4.2.5 Effets latéraux	32
 4.3 Le cannabis	33
4.3.1 Historique	33
4.3.2 Molécule	34
4.3.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques	34
4.3.4 Effets recherchés	35
4.3.5 Effets secondaires	36
 4.4 La cocaïne	37
4.4.1 Historique	37
4.4.2 Molécule	38
4.4.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques	38
4.4.4 Effets recherchés	39
4.4.5 Effets secondaires	40
 4.5 Les antidépresseurs	40
4.5.1 Historique	40
4.5.2 Molécules	41
4.5.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques	42
4.5.4 Indications	43
4.5.5 Effets secondaires	43
 4.6 Les tranquillisants	43
4.6.1 Historique	43
4.6.2 Molécules	44
4.6.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques	45
4.6.4 Effets recherchés	45
4.6.5 Effets indésirables	46

5 Le dépistage	47
5.1 Les tests de dépistage	47
5.2 Quels tests de dépistage sont facilement utilisables sur le terrain ?	48
CHAPITRE 2 : Enquête du Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance de Nancy sur la consommation de substances psychoactives en milieu de travail	52
1 Objectifs	53
1.1 Objectif principal	53
1.2 Objectifs secondaires	53
1.3 Méthodologie	53
1.3.1 Type d'étude	53
1.3.2 Population	53
1.3.3 Méthode de recueil de données	53
1.3.3.1 Professionnels concernés	53
1.3.3.2 Collectes d'informations	54
1.3.3.3 Calendrier	57
1.3.4 Plan d'analyse	57
1.3.5 Aspects déontologiques	57
2 Résultats	58
2.1 Participation	58
2.2 Le sexe	58
2.3 L'âge	59
2.4 La situation matrimoniale	59
2.5 Les enfants au domicile	59
2.6 L'activité de l'entreprise	60
2.7 La nature de l'emploi	61
2.8 Les types de contrats de travail des salariés	62
2.9 Les revenus en euros	62
2.10 Existence d'une maladie chronique	62
2.11 Les types de maladie chronique	63
2.12 Les médicaments utilisés en traitement	64
2.13 La consommation de tabac	65
2.14 La consommation de substances	65
2.14.1 L'âge des consommateurs	65
2.14.2 Les mono et poly consommateurs	65
2.14.3 Les produits consommés	66

2.14.4 Les raisons expliquant la consommation	67
2.15 Analyses croisées	68
2.15.1 Age et maladie	68
2.15.2 Age et produits consommés	68
2.15.3 Age et raisons de consommation	69
2.15.4 Produits consommés et raisons de consommation	69
2.15.5 Consommation de médicaments en plus des substances	70
2.15.6 Secteurs d'activité et consommation de substances	70
2.15.7 Emplois et consommation de substances	75
2.15.8 Consommation de tabac et consommation de substances	79
3 Interprétation des résultats et discussion	81
3.1 Justification de l'étude	81
3.2 Biais	81
3.2.1 Biais de recrutement	81
3.2.2 Biais de non réponse	81
3.3 Comparaisons des résultats obtenus lors de l'enquête par rapport à d'autres enquêtes rapportées dans la littérature	81
Conclusion	85

Table des figures

Figure 1 : Pratiques d'interrogation des médecins du travail suivant les produits	11
Figure 2 : Répartition des différents centres ALSMT	12
Figure 3 : Type d'activité médicale en médecine du travail de 2003 à aujourd'hui	13
Figure 4 : Etapes du plan de prévention des risques « alcool et drogues illicites » en entreprise de la MILDT	14
Figure 5 : Les quatre moments déclencheurs du stress dans la relation basée sur exigences-aptitudes	17
Figure 6 : Résultats de l'ESG pour les années 1994 et 2000	22
Figure 7 : Schéma d'un récepteur nicotinique entraînant la dépolarisation d'un neurone	29
Figure 8 : Schémas du mécanisme d'action d'un neurone en présence ou en absence de nicotine	30
Figure 9 : Pourcentage de jeunes scolarisés de 15/16 ans ayant expérimenté le cannabis (chiffres 2003)	34
Figure 10 : Test Drugwipe® pour la détection de substances psychoactives dans la salive ou la sueur	49

Table des tableaux

Tableau 1 : L'échelle de stress au travail	19
Tableau 2 : Nombre et pourcentage de tests ne donnant pas de résultat dans l'étude ROSITA-2	48
Tableau 3 : Nombre de tests et fréquence des positifs lors des contrôles systématiques de conduite sous influence de drogue par les tests salivaires dans l'état de Victoria en Australie	48
Tableau 4 : Produits détectés lors des contrôles systématiques de conduite sous influence de drogues par les tests salivaires dans l'état de Victoria en Australie	49

Abréviations

ALSMT : Association Lorraine de Santé en Milieu de Travail

BTP : Bâtiments et Travaux Publics

CCNE : Comité Consultatif National d’Ethique

CHSCT : Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

ESG : Enquête Sociale Générale

ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs Report

GRAD : Groupe de Réflexion Alcool et Drogues illicites en entreprise

IMAO : Inhibiteur de MonoAmine Oxydase

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

MDMA : MethyleneDioxyMethAmphetamine

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

ROSITA : Roadside Testing Assessment

THC : TétraHydroCannabinol

Introduction

Depuis quelques années maintenant, le thème des substances psychoactives consommées par les populations, dans le cadre de leur travail devient récurrent. Ainsi nous relevions en janvier 2012 dans un article du quotidien Le Figaro : « Drogue : l'entreprise frappée de plein fouet » ou encore dans le quotidien Libération : « Travail, l'addiction, s'il vous plaît ! ». Des organismes officiels tels que la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDt), sont bien sûr préoccupés par ce sujet, la MILDt a ainsi récemment élaboré et mis à disposition des professionnels un guide intitulé « Repère pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogue en milieu professionnel », visant à offrir aux acteurs de l'entreprise, des repères pour élaborer une politique de prévention des risques liés à la consommation de ces substances. Les études avec des données exploitables sont peu nombreuses, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) s'est néanmoins déjà bien intéressé au sujet en dressant un état des lieux sur les données déjà disponibles dans la littérature concernant les drogues illicites et médicaments détournés en milieu professionnel. Les deux principales questions examinées par l'OFDT ont été quelles consommations pour les personnes en activité professionnelle ? Et quelles conséquences de ces consommations en milieu professionnel ?

C'est dans ce contexte, que nous avons souhaité appréhender la problématique au sein d'un échantillon de salariés en Lorraine et plus particulièrement en Meurthe-et-Moselle en interrogeant cette population notamment à propos des substances consommées, dans quelles proportions, dans quels secteurs d'activité et surtout pour quelles raisons.

Nous verrons dans le 1^{er} chapitre les principales définitions encadrant le sujet des consommations, le rôle à jouer de la médecine du travail, le rôle du stress au travail, les principales substances consommées, ainsi que l'intérêt du dépistage.

Dans un second chapitre, nous détaillerons une enquête que nous avons menée lors de visites médicales en collaboration avec quatre centres ALSMT de Lorraine à propos de la consommation de substances psychoactives en milieu de travail. Chaque patient venant en consultation s'est vu proposé sur une période de deux mois, un questionnaire à remplir accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe permettant le dépôt anonyme. Notre enquête vise à faire le point sur les substances consommées, sur les tranches d'âge des consommateurs, les catégories socioprofessionnelles, les revenus ou encore les raisons invoquées par ces salariés pour expliquer leurs consommations.

L'interprétation fera suite aux résultats de l'enquête et rapprochera nos résultats d'autres enquêtes réalisées sur des populations actives françaises les années précédentes.

CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE

1. Définitions

Qu'est-ce qu'une conduite dopante ? En quoi diffère t 'elle du dopage ? Les substances pouvant être utilisées sont des substances psychoactives pour lesquelles, nous retrouvons des problèmes d'abus, de dépendance, d'intoxication et de sevrage.

Pour plus de précisions, nous allons définir différents termes qui seront fréquemment cités dans cette thèse afin d'en clarifier le sens. (13)

1.1 Définition de l'intoxication à une substance

La caractéristique essentielle de l'intoxication à une substance est le développement d'un syndrome réversible spécifique dû à l'ingestion récente de (ou l'exposition à) cette substance (Critère A). Les changements comportementaux ou psychologiques inadaptés, cliniquement significatifs, qui sont associés à l'intoxication (par exemple agressivité, labilité de l'humeur, altération cognitive, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel), sont dus aux effets physiologiques directs de la substance sur le système nerveux central et se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance (Critère B). Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Critère C). L'intoxication à une substance est souvent associée à un abus ou à une dépendance. Cette catégorie ne s'applique pas à la nicotine. La preuve d'une prise récente d'une substance peut être obtenue à partir des antécédents, de l'examen physique (par exemple odeur alcoolique de l'haleine), ou de l'analyse toxicologique des liquides biologiques (par exemple urine ou sang).

Les modifications les plus courantes comprennent des perturbations de la perception, de la vigilance, de l'attention, de la pensée, du jugement, du comportement psychomoteur, et du comportement interpersonnel. Le tableau clinique spécifique de l'intoxication à une substance varie totalement d'un sujet à l'autre et dépend de la substance en cause, de la dose, de la durée ou de la chronicité des prises, de la tolérance de la personne à cette substance, de la durée écoulée depuis la dernière prise, des attentes de la personne quant aux effets de la substance et de l'environnement ou du cadre dans lequel la substance est prise.

Utilisé au sens de la physiologie, le terme intoxication est plus large que l'intoxication à une substance telle que l'on vient de définir ici. Des substances peuvent entraîner des modifications aussi bien physiologiques, que psychologiques qui ne sont pas nécessairement inadaptées. Pour exemple, un buveur de café, présentant une tachycardie liée à la caféine présentera une intoxication physiologique mais le diagnostic d'intoxication à la substance ne s'applique pas.

- Critère A : Développement d'un syndrome réversible, spécifique d'une substance, dû à l'ingestion récente de (ou à l'exposition à) cette substance.
- Critère B : Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs, dûs aux effets de la substance sur le système nerveux central.
- Critère C : Les symptômes ne sont pas dûs à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental. (13)

1.2 Définition de l'abus d'une substance

L'abus se définit par un mode d'utilisation inadéquat mis en évidence par des conséquences indésirables, récurrentes et significatives, liées à cette utilisation répétée. Selon le DSM-IV-TR (13) pour que le critère d'abus soit rempli, le problème lié à la substance doit être survenu de façon répétée au cours d'une période de 12 mois consécutifs ou persister au moment de l'évaluation. On peut observer une incapacité répétée de la personne à remplir des obligations majeures, une utilisation de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux, des problèmes judiciaires et sociaux multiples (Critère A). À la différence des critères de dépendance à une substance, les critères pour l'abus de substance n'incluent pas la tolérance, le sevrage ou un mode compulsif d'utilisation mais, seulement les conséquences néfastes de l'utilisation répétée. Le diagnostic de dépendance à une substance a priorité sur le diagnostic d'abus, si, à un moment quelconque, le mode d'utilisation a correspondu aux critères de dépendance pour cette classe de substances (Critère B). Le terme abus ne s'applique ni à la caféine, ni à la nicotine, le terme abus doit s'appliquer à un mode d'utilisation de la substance remplissant les critères de ce trouble. Il ne faut pas l'utiliser comme synonyme d'« utilisation », de « mauvaise utilisation » ou d'« utilisation dangereuse ».

- Critère A1: Les sujets peuvent présenter de manière répétée, une intoxication ou d'autres symptômes liés à une substance quand ils sont supposés remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison
- Critère A2 : Lors d'une utilisation récurrente d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple en faisant fonctionner une machine ou en conduisant sous l'influence d'une substance).
- Critère A3 : Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance.
- Critère A4 : Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).
- Critère B : Les syndromes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substances, les critères de la Dépendance à une substance.

1.3 Définition de la dépendance

On retrouve un mode d'utilisation répétée d'une substance conduisant en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive. La caractéristique essentielle de la dépendance à une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser les substances, malgré des problèmes significatifs liés à la substance.

Un diagnostic de dépendance peut s'appliquer à toutes les substances à l'exception de la caféine. Tous les symptômes de dépendance sont semblables mais sont plus ou moins prononcés selon les substances.

Selon le DSM-IV-TR (13), la dépendance est définie comme l'apparition d'au moins trois des symptômes ci-dessous à un moment quelconque au cours d'une période de 12 mois.

- Critère 1 : La tolérance est la nécessité d'augmenter nettement les quantités de substance pour produire l'intoxication (ou l'effet désiré), ou désigne une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance. La tolérance doit être distinguée de la variabilité individuelle quant à la sensibilité initiale aux effets de substances données. Par exemple des personnes buvant pour la première fois montrent très peu de signes d'intoxication après trois ou quatre verres, alors que d'autres, de même poids n'ayant jamais bu non plus, auront une incoordination motrice ou des signes évocateurs des effets de l'alcool dès le premier verre.
- Critère 2 : Le sevrage est une modification comportementale inadaptée avec des concomitants physiologiques et cognitifs se produisant quand diminuent les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance à la suite d'une utilisation massive et prolongée. (Critère 2a). Après avoir développé différents symptômes de sevrage, la personne peut, pour éviter ou soulager les symptômes prendre la substance (Critère 2b).
- Critère 3 : Le sujet peut prendre la substance en quantité plus importante ou sur une plus longue période que celle prévue au départ.
- Critère 4 : Le sujet peut exprimer un désir persistant d'arrêter ou de contrôler l'utilisation de la substance. Souvent il y a eu de nombreuses tentatives infructueuses pour stopper ou diminuer la consommation.
- Critère 5 : Beaucoup de temps est consacré à se procurer la substance, l'utiliser ou récupérer de ses effets.
- Critère 6 : Les activités de loisirs, sociales ou professionnelles peuvent être abandonnées ou diminuées du fait de l'utilisation de la substance, et toutes les activités journalières tournent autour de celle-ci.
- Critère 7 : L'utilisation de la substance persiste bien que la personne sache qu'elle nuit à sa santé mentale ou physique. (Comme persévérer à consommer de la cocaïne

malgré que la personne admette souffrir d'une dépression suite à la prise de cocaïne.)

1.4 Définition du sevrage à une substance

La caractéristique essentielle du sevrage est le développement d'un syndrome spécifique d'une substance dû à sa diminution ou à son arrêt suite à une consommation massive et prolongée. Une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel est causé par le syndrome spécifique. Les symptômes liés ne sont pas dûs à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental. Une grande majorité des consommateurs ont pour habitude de reprendre de la substance pour atténuer ces effets de sevrage.

Le diagnostic de sevrage est reconnu pour les substances suivantes : alcool, amphétamines, cocaïne, nicotine, opiacés, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. (13)

1.5 Définition du dopage

Le dopage a été défini pour la première fois lors d'un colloque européen d'Uriage les Bains en septembre 1963. En voici la définition qui a été retenue :

« Est considéré comme doping, l'utilisation de substances ou de tous moyens destinés à augmenter artificiellement le rendement, en vue ou à l'occasion de la compétition, et qui peut porter préjudice à l'éthique sportive et à l'intégrité physique et psychique de l'athlète. »

Cette définition ne comportait alors aucune liste de substances considérées comme dopantes mais soulevait déjà un problème qui reste d'actualité encore aujourd'hui. Le dopage se définit comme une violation des règles antidopage.

Les articles du Code mondial antidopage initialement adopté par le Conseil de fondation de l'Agence mondiale antidopage en 2003 et entré en vigueur en 2004 énoncent ainsi que le dopage se définit comme: (1)

- La présence d'une substance interdite, de ses métabolites ou de ses marqueurs dans un échantillon fourni par un sportif ;
- L'usage ou la tentative d'usage par un sportif d'une substance interdite ou d'une méthode interdite
- Le refus de se soumettre à un prélèvement d'échantillon ou le fait de ne pas s'y soumettre sans justification valable après notification conforme aux règles antidopage en vigueur, ou le fait de se soustraire à un prélèvement d'échantillon
- La violation des exigences applicables en matière de disponibilité des sportifs pour les contrôles hors compétition,
- La falsification ou la tentative de falsification de tout élément du contrôle du dopage

- La possession de substances ou méthodes interdites
- Le trafic ou la tentative de trafic de toute substance ou méthode interdite
- L'administration ou la tentative d'administration à un sportif en compétition d'une méthode interdite ou d'une substance interdite, ou administration ou tentative d'administration à un sportif hors compétition d'une méthode interdite ou d'une substance interdite dans le cadre de contrôles hors compétition, ou assistance, incitation, contribution, dissimulation ou toute autre forme de complicité impliquant la violation, ou toute autre tentative de violation d'une règle antidopage.

Enfin la loi n°099-223 du Code de la Santé Publique du 23 mars 1999 (27) énonce :

« Il est interdit à toute personne, au cours des compétitions et manifestations sportives organisées ou agréées par des fédérations sportives ou en vue d'y participer: d'utiliser des substances et procédés de nature, à modifier artificiellement les capacités ou à masquer l'emploi de substances ou procédés ayant cette propriété, de recourir à ceux de ces substances ou procédés dont l'utilisation est soumise à des conditions restrictives lorsque ces conditions ne sont pas remplies. Les substances et procédés visés au présent article sont déterminés par un arrêté conjoint du ministre chargé des sports et du ministre chargé de la santé. » (11)

Cette pratique est contraire à l'éthique sportive et peut être préjudiciable à la santé aussi bien physique que psychique de l'athlète. Cependant, aujourd'hui nous voyons émerger des conduites dites dopantes. Comment se définissent-elles par rapport au dopage sportif?

1.6 Définition d'une conduite dopante

D'après une définition du Dr Laure, « une conduite dopante se définit par la consommation d'un produit pour affronter ou pour surmonter un obstacle réel ou ressenti par l'usager ou par son entourage dans un but de performance ». (31)

A travers cette définition, le Dr Laure ne se cantonne pas qu'au milieu sportif, c'est une vision plus large du dopage. De plus nous voyons que ce n'est plus le produit lui-même qui est mis en cause, c'est l'attitude du consommateur par rapport à une situation qu'il juge difficile à surmonter. La définition prend donc en compte différents facteurs qui vont influer sur l'attitude du consommateur, il s'agit de facteurs familiaux, culturels, environnementaux, sociaux.

Dans cette définition (15) :

- La « consommation » se décline en usage, abus ou dépendance.
- La « substance » est un psychotrope ou un médicament.
- L' « obstacle » représente une situation jugée par le consommateur comme problématique, cela passe d'un examen, à un évènement considéré comme important. L'obstacle peut ne pas être ressenti par l'usager mais par son entourage entraînant une conduite dopante par procuration.

- La « performance » représente la finalité, réussir l'objectif fixé, donner le sens même à la consommation de la substance.

Plusieurs questions viennent à se poser :

Les risques de ces conduites dopantes ne concernent-ils que les consommateurs ? Ou peuvent-ils atteindre la société qui l'entoure ?

Quelles sont les produits majoritairement utilisés dans ces conduites ?

Quelles populations sont majoritairement touchées ?

Dans l'utilisation de produits se profilent plusieurs types d'effets recherchés qui seraient, selon une revue de l'OFDT : (18)

- La décompression, l'apaisement semblent être un des motifs majeurs des consommateurs qui sont des travailleurs actifs. Faire retomber une pression trop lourde au travail ou tout simplement « souffler » après une semaine difficile.
- « Siffler en travaillant », on distingue deux conduites, celle où la prise de substance est dissociée du temps de travail et celle où la prise de produits se fait dans le cadre du travail comme un support. Dans ce cas il s'agit de se faire plaisir en travaillant, de changer la notion du temps qui passe, de mieux supporter le travail et la pression.
- Vivre doublement, consommer des substances illicites, c'est s'exposer à des sanctions, l'usager fait toujours cela en le cachant à son entourage, la sensation de vivre avec un secret peut être ressentie par certains comme stimulante.
- L'intégration ou la récompense : dans certains milieux, la consommation de substances telles que le cannabis ou la cocaïne est décrite comme permettant d'intégrer un groupe. La consommation occasionnelle peut faire partie de la récompense après un travail difficile.
- Le dopage : telle est l'utilisation principale de la cocaïne en milieu professionnel par exemple. Elle est prise pour donner une sensation de confiance, et bien rester éveillé, c'est la substance qui donne l'impression de travailler mieux.

Le Dr Laure, explique que selon JP. Famoise (17) les personnes ayant une haute estime de soi « *s'engagent dans l'action pour parvenir au succès.* ». En revanche, les personnes dont l'estime de soi est basse, « *tout en partageant les mêmes motivations que les précédents, envisageraient l'action sous l'angle de l'évitement de l'échec* » (31)

2. La médecine du travail

2.1 Missions et organisation de la médecine au travail

2.1.1 Présentation

La médecine au travail relève de la prévention des atteintes à la santé des travailleurs mais aussi de l'application réelle de la médecine dans des services de médecine au travail ou services de santé au travail.

Crée en 1946 par les lois de sécurité sociale, le cadre légal et réglementaire de la profession, pour les salariés du secteur privé est posé par le Code du travail dans sa quatrième partie « *Santé et sécurité au travail* », livre VI « *Institutions et organismes de prévention* », titre II « *Services de santé au travail* ». (50)

2.1.2 Organisation des services de médecine au travail

Le service de santé au travail des entreprises et établissements mentionnés à l'article L. 241-1 du code du travail, à l'exception des entreprises et établissements agricoles ainsi que des établissements régis par le chapitre II du présent titre, est organisé sous la forme :

- Soit d'un service de santé au travail d'entreprise qui, en cas de pluralité d'établissements, peut être un service de santé au travail interétablissements ou un service de santé au travail d'établissement ;
- Soit d'un service de santé au travail interentreprises.

Dans le cas où l'entreprise a le choix entre ces deux formes de service, ce choix est fait par l'employeur, sauf opposition du comité d'entreprise ou, le cas échéant, du comité central d'entreprise, ou, à défaut, des délégués du personnel préalablement consultés. (26)

2.1.3 Rôle du médecin du travail

Le médecin du travail a tout d'abord un rôle préventif, il doit éviter toute dégradation de la santé des salariés, du fait de leur travail.

Le Code du travail dans l'article L. 4622-3 (ancien article L. 241-2, alinéa 1) définit aussi ce rôle :

« *Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé. »*

Il agit comme conseiller du chef d'entreprise, des représentants syndicaux du personnel ou des salariés eux-mêmes et intervient dans l'amélioration des conditions de travail, de l'hygiène et de l'éducation sanitaire. Il engage aussi notamment des actions de prévention et peut intervenir dans l'adaptation des postes.

L'amélioration des conditions de travail passe par l'adaptation des rythmes de travail, éviter les postures difficiles, s'assurer de l'éclairage correct, limiter les efforts physiques en adaptant les postes.

En effet le code du travail dans l'article L. 4624-1 (ancien article L. 241-10-1) précise que (26) :

« Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail.

Cet article intègre la jurisprudence constante qui permet à l'employeur comme au salarié de contester l'avis du médecin du travail. »

Enfin le médecin du travail rédige des documents de travail, en particulier :

- Le rapport annuel d'activité
- Une fiche d'entreprise identifiant les risques auxquels les salariés sont soumis. Elle est transmise à l'employeur qui la présente au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou CHSCT et doit la tenir à disposition de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre.
- Le plan annuel d'activité prévoyant les études à entreprendre, la fréquence et le nombre des visites des lieux de travail. Le plan est soumis à l'employeur qui lui-même le soumet au CHSCT. (38)

Les médecins du travail ont également un rôle central à jouer dans la prévention et la détection des conduites dopantes. La majeure partie des études réalisées sur le sujet ont été faites par la diffusion de questionnaires dans le cadre des visites médicales des entreprises. L'essentiel des données exploitables passe donc par les centres de service de santé au travail. 48% des médecins ayant répondu à une enquête réalisée par le CIRDD Rhône-Alpes déclarent ainsi avoir participé au moins une fois à une action de prévention sur le thème des addictions. (21)

L'approche des médecins dans la détection des conduites dopantes est très variable. Il ressort de cette enquête que la consommation de tabac est systématiquement abordée dans le cadre de la visite, celle de l'alcool ne l'est que sous certaines conditions. La consommation de produits illicites est moins souvent abordée. (21)

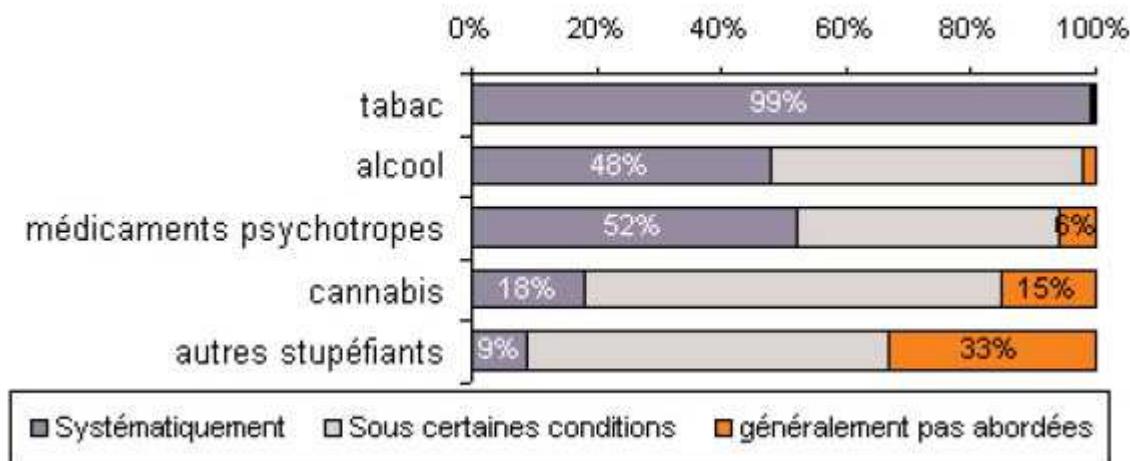


Figure 1 : Pratiques d'interrogation des médecins du travail suivant les produits (21)

Enfin une enquête téléphonique a été réalisée en 2010 par l'INPES-INRS-SMTOIF auprès de 750 médecins du travail, ayant pour but de juger l'opinion et la pratique des médecins du travail sur les conduites addictives des salariés. L'usage du cannabis est perçu comme répandu auprès des médecins. En comparaison à 2005, ils semblent observer une augmentation de l'usage des drogues dans le milieu salarié. Les médecins se montrent méfiants vis-à-vis des tests de dépistage et y ont peu recours, ils font surtout appel aux déclarations des salariés. (40)

2.2 Présentation de l'Association Lorraine de Santé en Milieu de Travail (ALSMT)

2.2.1 Historique

L'ALSMT représente une organisation autonome de droit privé, créée en 1946 ; elle promeut la santé au travail et est financée par les employeurs. Au service de l'homme dans son environnement professionnel, son rôle se situe principalement du côté de la prévention et du maintien du capital santé des salariés. L'ALSMT regroupe 140 collaborateurs, médecins du travail, ingénieurs hygiène et sécurité, ingénieurs chimistes, psychologues, infirmiers, toxicologues, ergonomes, assistantes techniques et secrétaires médicales, répartis sur 12 centres médicaux couvrant l'ensemble du département de Meurthe-et-Moselle. Elle a vocation à conseiller les chefs d'entreprise et les salariés, à assurer un suivi médico professionnel des personnes qui lui sont confiées et à promouvoir des actions d'évaluation, de prévention et de sensibilisation à la santé en milieu de travail. (3)

2.2.2 Géographie et secteur d'activité

Il existe 22 centres fixes et d'appoint à proximité des entreprises et près de 400 cabinets en entreprises, répartis sur les 12 secteurs géographiques. Chaque centre ALSMT couvre une zone géographique bien délimitée, sans spécificité d'entreprise, ni de secteur d'activité. Tout le secteur privé est couvert sauf le BTP.



Figure 2 : Répartition des différents centres ALSMT(3)

2.2.3 Activité médicale

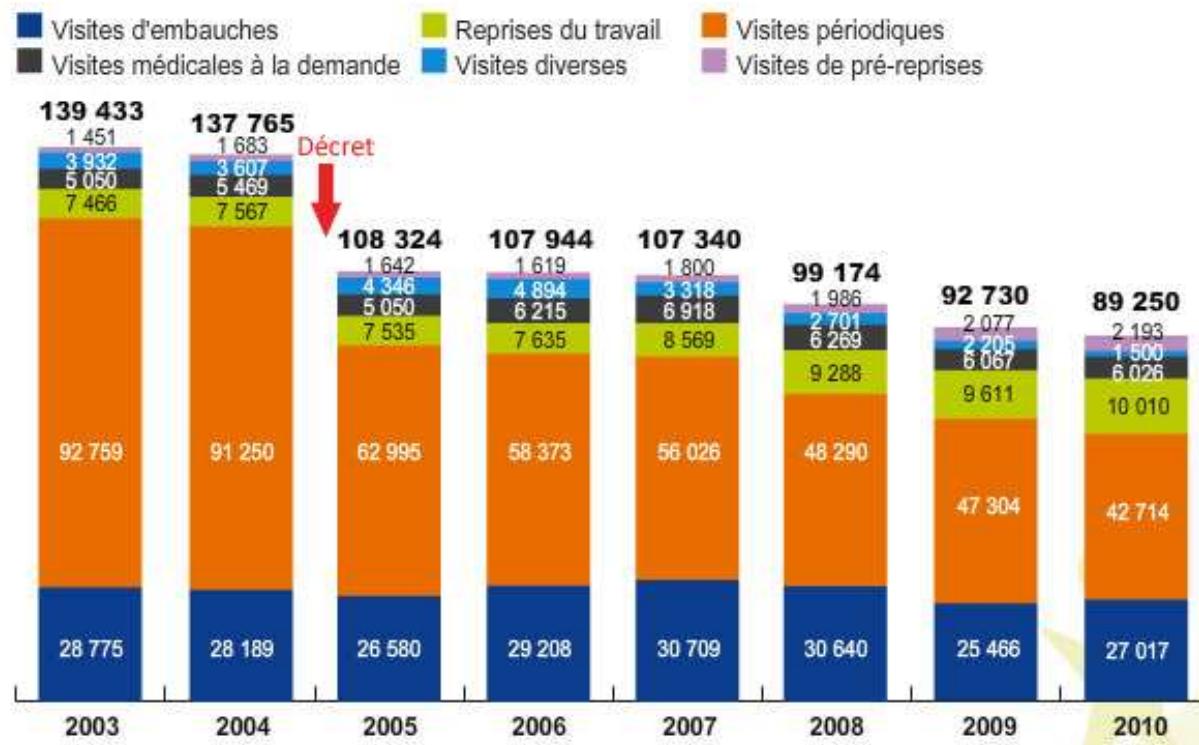


Figure 3 : Type d'activité médicale en médecine du travail de 2003 à aujourd'hui (3)

Cet histogramme révèle l'évolution du nombre de visites médicales de 2003 à aujourd'hui. On constate une baisse du nombre de visites à partir de l'année 2005. Cette baisse s'explique par l'application d'un décret paru au journal officiel le 30 juillet 2004. Ce décret rend la visite médicale réalisée par le service de santé du travail obligatoire tous les deux ans contre tous les ans auparavant.

2.3 Exemple de plan de prévention global des risques « alcool et drogues illicites » en entreprise

Ce plan de prévention permet de donner à chacun, à différents niveaux de l'entreprise, la même information. (35)

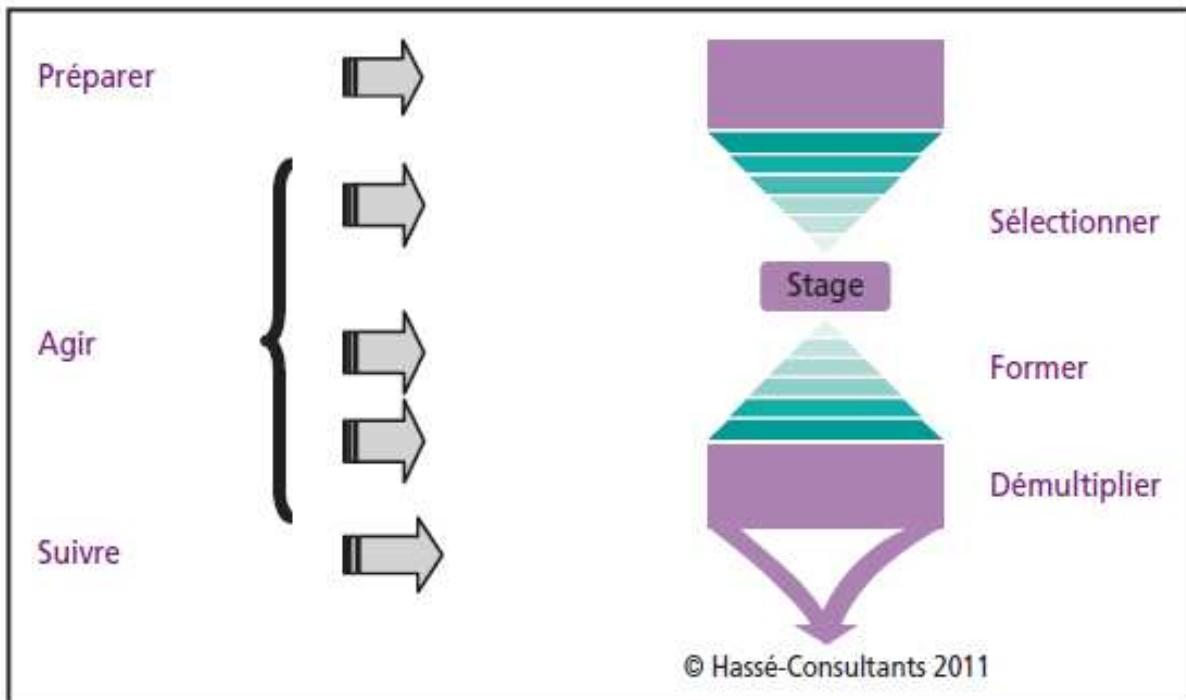


Figure 4 : Etapes du plan de prévention des risques « alcool et drogues illicites » en entreprise de la MILD'T (35)

La mise en place de cette méthodologie permet d'améliorer la communication au sein de l'entreprise et responsabilisera l'ensemble de ses salariés.

2.3.1 Préparer

Consiste à faire un point sur l'état actuel de la situation en termes de consommation, d'accidents du travail ou de trajet. Il faut prendre en compte aussi l'absentéisme de courte durée, les conflits, les décès prématurés etc...

2.3.2 Agir

Prévoit un audit de présélection de stagiaire qui choisira :

- ¼ de direction et cadres
- ¼ de Médico-social, DRH
- ¼ de délégué du personnel
- ¼ d'autres ne faisant pas partie des trois autres groupes

Cette présélection formera le « Groupe de Réflexion Alcool et Drogues illicites » en entreprise (GRAD). Ce groupe a pour missions de :

- organiser, communiquer, renseigner et promouvoir des actions de prévention des risques d'alcool et de drogues illicites.
- démultiplier la prévention à l'aide de formations destinées aux encadrants et à l'ensemble des salariés.
- établir des relations d'approche (et non d'aide) vers les salariés souffrant de dépendance.
- préparer une réflexion sur la mise en place d'éthylotests et de tests salivaires.
- démultiplier la prévention par des stages réservés à l'ensemble du personnel.

2.3.3 Suivre

Consiste à :

- Faire une intervention de 3 heures par mois par le GRAD.
- Définir les objectifs communs
- Faire connaître le GRAD

3. Le stress au travail

Aujourd’hui le stress est un mal récurrent que ce soit dans notre entourage affectif, professionnel ou dans l’actualité nationale. Il représente l’ensemble des réponses d’un organisme se pliant à des sollicitations de la part de ce qui l’entoure.

3.1 Les définitions du stress :

En lien avec l’Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (41) :

« le stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité ».

L'accord-cadre européen d'octobre 2004 retient la définition suivante (42) :

« Le stress est un état accompagné de plaintes ou dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux, et qui résulte du fait que les individus se sentent inaptes à combler un écart avec les exigences ou les attentes les concernant. L'individu est capable de gérer la pression à court terme qui peut être considérée comme positive mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée à des pressions intenses. En outre, différents individus peuvent réagir de manière différente à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires. Le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer des problèmes de santé ».

Le stress est vécu différemment par chacun d'entre nous et peut pousser certaines personnes à adopter des attitudes, des comportements ne reflétant pas leur personnalité.

Selon un travail de S.Moors en 1994 à Bruxelles, la relation « exigences-aptitudes » est génératrice de stress. Les exigences sont les tâches imposées par notre travail. Ceci évoque la question, à savoir : « sommes-nous capable d'effectuer ces tâches ? » qui relève des aptitudes. Si la personne se sent soumise à des exigences qui lui semblent supérieures à ses aptitudes alors elle se trouve dans une situation génératrice de stress. Le stress apparaît quand la personne ne se sent pas à la hauteur provoquant un sentiment d'angoisse. (36)

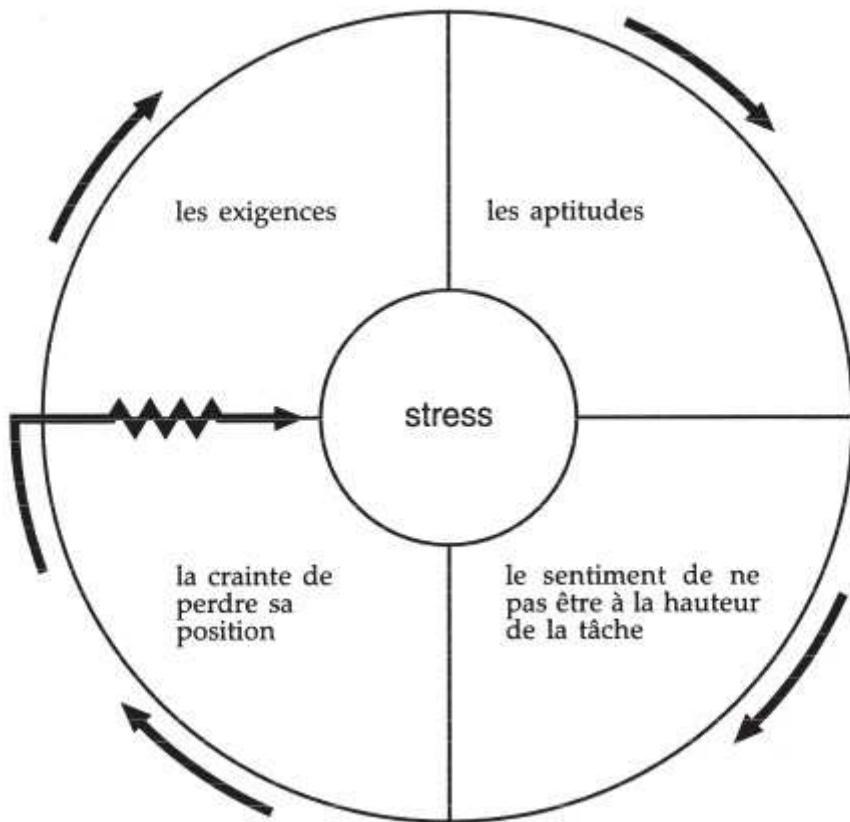


Figure 5 : Les quatre moments déclencheurs du stress dans la relation basée sur exigences-aptitudes (36)

3.2 Les facteurs de stress professionnel

Les facteurs de stress liés au contexte professionnel sont très nombreux, cependant les plus couramment cités sont liés (6) :

- Aux relations professionnelles
- A l'environnement physique professionnel (chaleur, espace, bruit, lumière)
- A l'environnement socio-économique (avenir de l'entreprise, concurrence etc...)
- A l'organisation du travail (rythme imposé, exigences contradictoires)
- Au contenu du travail (surcharge ou soucharge de travail)

Actuellement les « stresseurs psychosociaux » source de difficultés pour les individus sont : la charge de travail, le changement, les frustrations et les relations.

- La charge : associée à la contrainte de temps s'associe à une quantité de travail importante. Les objectifs à atteindre et le culte de la performance accentuent encore la pression ou « charge mentale ».

- Les changements : L'individu doit aujourd'hui s'adapter de plus en plus à des changements aussi bien au sein de l'entreprise (fusion, changement de poste, restructuration) qu'à l'apparition de technologies nouvelles.
- Les frustrations : le manque de renforcement aussi bien matériel en terme de salaire, que sociaux en termes de valorisation ou même symboliques comme le sens donné à son travail expliquerait les phénomènes fréquents de frustration.
- Les relations : le contact avec des clients, collègues parfois exigeants, agressifs, impatients est une réalité pour de nombreux salariés quotidiennement. Les nouvelles organisations de travail obligent par ailleurs des coopérations entre individus qui ne sont pas forcément naturelles.

Les travailleurs se sentant mal à l'aise au travail, mettent en cause en majorité les pressions mentales et psychologiques exercées, pouvant se traduire par des troubles aussi bien psychiatriques comme la dépression voire parfois le suicide ou des troubles psychosomatiques. (34)

Karasek et Siegrist sont deux précurseurs dans les études sur le stress professionnel. Leurs travaux se rapportent aux obligations associées à l'exécution du travail en terme quantitatif mais aussi qualitatif. L'intensité du travail se traduit à travers des concepts tels que des « demandes psychologiques » selon Karasek (29) ou d' « efforts » selon Siegrist (44)

- Le modèle de KARASEK a été créé dans les années 1980 dans le nord américain. Il représente l'équilibre entre la demande psychologique exercée sur l'individu et sa latitude décisionnelle, regroupant l'autonomie à organiser les tâches, la capacité à développer de nouvelles compétences etc... Les activités professionnelles composées d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle sont les plus dégradantes pour la santé physique et psychique.
- Le modèle de Siegrist, développé à la fin des années 1990 stipule que « l'effort que fournit l'individu va être atténué par le sentiment que cet effort est payé en retour ». Un stress survient lorsqu'il existe un déséquilibre entre le travail fourni par une personne et la gratification donnée en retour.

3.3 Mesurer le stress au travail :

Mesurer son état de stress au travail est une étape importante pour le salarié afin qu'il se positionne sur son niveau de stress et qu'il puisse se comparer à une population de référence. Il existe des échelles de mesure du stress (6). Nous citerons pour exemple l'échelle de stress perçu de P.Legeron (32)

L'échelle de stress au travail de P.Legeron se compose des items suivants :

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Tout à fait faux
1 les journées sont trop courtes pour le travail que j'ai à faire	3	2	1	0
2 Je ne peux pas prévoir le travail que je ferai dans un an	3	2	1	0
3 Mon cadre de travail est agréable	0	1	2	3
4 Autour de moi, il y a trop de gens qui ont de fichus caractères et ne sont pas faciles à vivre	3	2	1	0
5 Mon métier exige des efforts ou des tâches pénibles	3	2	1	0
6 Vu le métier que j'exerce, je pourrai très bien être victime d'une agression	3	2	1	0
7 Avec tout ce que je fournis comme travail, je ne suis pas vraiment payé en retour	3	2	1	0
8 Je dois souvent mener plusieurs choses de front dans mon travail	3	2	1	0
9 Le service où je travaille risque prochainement d'être restructuré ou déplacé	3	2	1	0
10 Je reçois plus de critiques que de félicitations dans mon travail	3	2	1	0

11 J'ai du mal à maîtriser les technologies nouvelles à mon travail (informatique, internet...)	3	2	1	0
12 Les contacts que j'ai avec les gens à mon travail sont source de satisfaction	0	1	2	3
13 Dans mon travail, faire une erreur pourrait avoir des conséquences graves	3	2	1	0
14 Je passe beaucoup de temps dans les déplacements (pour me rendre à mon travail ou de par mon métier)	3	2	1	0
15 Il m'arrive au travail de ressentir de la peur et craindre pour ma sécurité, face à certaines personnes	3	2	1	0
16 Je pense que mon entreprise ne se soucie pas de ma carrière	3	2	1	0
17 Je suis souvent en contact avec des gens impolis, voire franchement désagréables	3	2	1	0
18 Le métier que j'exerce nécessite de s'adapter sans cesse à des choses nouvelles	3	2	1	0
19 J'ai déjà reçu des coups et blessures dans l'exercice de mon métier	3	2	1	0
20 On m'a fixé des objectifs de travail que je trouve difficiles à atteindre	3	2	1	0

21 Il y a à mon travail, une personne (ou plusieurs) qui prend plaisir à me faire souffrir	3	2	1	0
22 Je travaille dans une atmosphère bruyante et agitée	3	2	1	0
23 L'entreprise où je travaille offre de nombreux avantages	0	1	2	3
24 Il y a une mauvaise ambiance à mon travail	3	2	1	0

Tableau 1 : L'échelle de stress au travail (32)

Les réponses aux questions de l'échelle de P.Legeron valent donc de 0 à 3 points. En additionnant ces points, on obtient un score reflétant l'état stressant ou non du travail.

Le travail n'est pas considéré comme stressant entre 0 et 10

Le travail est peu stressant entre 11 et 20

De nombreux facteurs de stress sont considérés pour un score entre 21 et 30

Le travail est très stressant pour les scores de 31 à 40

Le travail est extrêmement stressant lorsque le score est supérieur à 40. Le score maximal pouvant être obtenu étant 72.

Une Enquête Sociale Générale (ESG) a été réalisée en 2000 au Canada pour connaître les conditions de vie et le bien être de la population active canadienne, les données ont été recueillies sur une période de 12 mois auprès de quelques 25100 répondants. La question sur le stress au travail n'a été posée qu'aux personnes travaillant pendant un certain temps durant cette période. Les employés à temps plein représentaient les personnes travaillant 30 heures ou plus par semaine et les personnes à temps partiel travaillaient moins de 30 heures par semaine.

L'ESG se fonde également sur des données recueillies en 1994 ; les questions restaient les mêmes sauf la question sur l'obligation d'acquérir de nouvelles compétences en informatique. (51)



Figure 6 : Résultats de l'ESG pour les années 1994 et 2000 (51)

On constate que dans la population canadienne, plus d'un tiers des travailleurs considèrent que la source de stress la plus fréquente est due aux exigences excessives ou aux heures trop longues. La menace de mise à pied est beaucoup plus élevée en 1994 qu'en l'an 2000 mais elle peut s'expliquer par un climat de récession associé à un chômage élevé (51)

4. Les principales substances consommées

Ici, vont être évoquées les principales substances psychoactives consommées par la population française, dans le cadre ou en dehors du travail.

Il est à noter que les effets de ces substances sont doses dépendantes, et varient, selon la présence d'une ou plusieurs substances. La réponse pharmacologique, elle, peut varier, en fonction des individus. Différents patients sous la même dose d'une substance donnée, ne réagiront pas tous de la même façon.

Il existe des variations :

- inter-individuelles (variations biologiques importantes entre les patients)
- Intra-individuelles (variations biologiques appréciables chez le même sujet)

Les variations de sensibilité à l'action des médicaments, notamment l'efficacité comme la toxicité, sont liés à des facteurs pouvant être présentés en trois groupes : facteurs physiques individuels, facteurs psychologiques individuels et les facteurs socioculturels.

Les facteurs physiques sont par exemple : l'âge, le sexe, la grossesse, facteurs génétiques etc...

Les facteurs psychologiques individuels sont par exemple : l'état psychologique du consommateur, l'effet placebo.

Les facteurs socioculturels sont par exemple : le contexte environnemental, familial, professionnel.

La combinaison des facteurs aboutit à la loi d'effet $E = S \times C \times I$ ($E=$ effet, $S=$ Substance, $C=$ Contexte, $I=$ Individu). (7)

4.1 L'alcool

4.1.1 Historique

Depuis des milliers d'années, la France est cultivée par des vignes, et a montré le vin comme une relation entre l'humain et le divin, les alchimistes occidentaux pratiquant l'extraction de l'alcool par distillation lui donnèrent même le nom d' « eau de vie ».

Les premières législations françaises sur le sujet, furent sous le règne de Charlemagne et François 1^{er} réprimant l'ivresse « trouble de l'ordre public ». (25)

Au cours du XIX siècle, durant la révolution industrielle, le prolétariat se familiarise avec l'alcool devenu moins cher et s'étant répandu. Cette population à la dérive à cette époque, s'intoxique avec ce psychotrope sans le savoir et une véritable toxicomanie se répand.

C'est dans les années d'après guerre que se développent les premiers mouvements anti-alcool, « les cures de dégout » avec injection d'apomorphine associée à l'enfermement pour tenter de sevrer les patients.

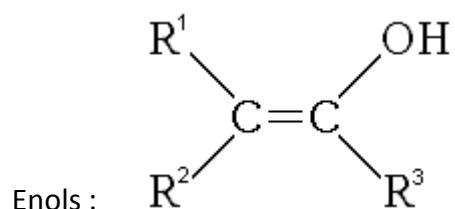
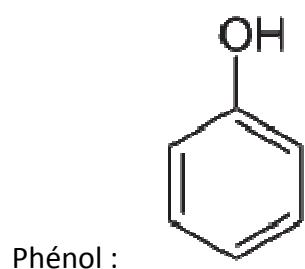
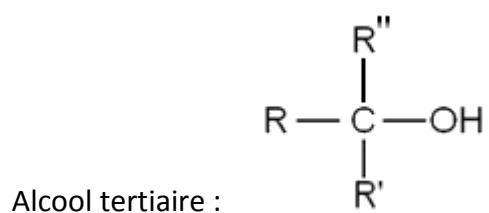
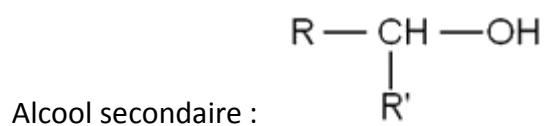
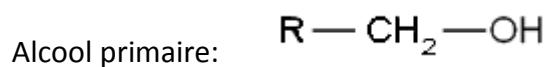
Tout au long de l'histoire, les traditions culturelles, relatives à la consommation d'alcool dans les réunions familiales, religieuses et sociales, spécialement pendant l'enfance, peuvent affecter à la fois les modes d'utilisation de l'alcool et la probabilité que des problèmes liés à l'alcool se développent.

Des différences notables caractérisent la quantité, la fréquence et les modalités de consommation d'alcool selon les pays. Dans la plupart des cultures asiatiques, la prévalence globale des troubles liés à l'alcool serait relativement basse. Ces résultats semblent liés à l'absence chez environ 50% des Japonais, Chinois et Coréens de la forme de l'aldéhyde déshydrogénase qui élimine le premier produit du catabolisme de l'alcool, l'acétaldéhyde. S'ils viennent à consommer de l'alcool, ils ressentent une rougeur du visage, des palpitations plus ou moins intenses et la plupart d'entre eux ne boivent plus du tout par la suite. (13)

La consommation française, elle, en 2009 pour les 11-75ans (représentant environ 49 millions de la population française) représente :

- 44,4 millions d'expérimentateurs (au moins une fois dans sa vie)
- 41,3 millions d'usagers au moins une fois dans l'année
- 8,8 millions d'usagers réguliers (au moins 3 fois par semaine)
- 5 millions d'usagers quotidiens (au moins une fois par jour) (4)

4.1.2 Molécule



4.1.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques

Une fois consommé, l'alcool passe la barrière intestinale en quelques minutes, il va se retrouver dans le sang où il va être transporté à différents niveaux de l'organisme. La vitesse de passage dépend du poids, de la taille et de facteurs propres à la personne. Au niveau neuronal, plusieurs effets sont observés : la membrane neuronale est modifiée ainsi que les canaux ioniques.

En arrivant au niveau du neurone, l'alcool se fixe sur les récepteurs de l'acétylcholine, de la sérotonine, du GABA, des récepteurs NMDA du glutamate.

On constate lors de la consommation d'alcool, un ralentissement de l'excitabilité neuronale, conséquence de la fixation des molécules d'alcool sur le récepteur du GABA au niveau des synapses GABA. Rappelons que le GABA a une fonction de diminution de l'activité neuronale. Sans alcool le GABA entraîne une ouverture brève du récepteur GABAergique post-synaptique, permettant une entrée d'ions chlorure portant une charge électrique négative contribuant à rendre le neurone moins excitable. L'alcool, lui, a pour conséquence de garder plus longtemps ce récepteur ouvert, entraînant un passage accru d'ions chlorure, et augmentant donc l'effet et la durée de la baisse d'excitabilité des neurones.

Ce phénomène explique les effets sédatifs de l'alcool, encore accentués par une diminution du pouvoir excitateur du glutamate sur les récepteurs NMDA dû à la fixation d'alcool.

(24)

4.1.4 Effets recherchés

C'est lors de soirées festives que les effets de l'alcool sont souvent recherchés. Une fois dans le sang, l'alcool désinhibe, donne confiance en soi, l'alcool fait perdre la timidité et rend euphorique. Pris en petite quantité, il semble donner plus d'énergie avec une sensation de bien-être.

L'alcool est utilisé aussi dans le cadre du travail. Une enquête a été menée en 2007 dans le cadre d'une consultation de médecine du travail sur un échantillon de 663 travailleurs parisiens. Il en ressort que 13% consomment de l'alcool pour se détendre pendant le travail, 11% pour se détendre et s'endormir après le travail, 9% pour « tenir le coup » dans les moments difficiles, 9% pour diminuer un symptôme gênant au travail, 7% pour paraître plus en forme et environ 6% pour être plus performants et rester éveillés au travail. (19)

4.1.5 Effets latéraux

Tout dépend de la dose. A faible dose, l'alcool ne présente pas ou presque pas d'effets secondaires.

C'est à plus forte dose que les effets secondaires apparaissent, là encore les doses sont totalement différentes suivant les consommateurs. Les premiers effets secondaires sont des céphalées, des nausées, un balbutiement.

- Le rythme cardiaque se voit accéléré lorsque l'alcool reste en petite quantité mais diminue lorsque les quantités sont plus importantes.
- Les parois de l'estomac peuvent subir une inflammation ou des hémorragies et le consommateur peut éprouver des nausées.
- Les reins fonctionnent plus, pour éliminer l'alcool et le consommateur urine beaucoup.
- Les fonctions cérébrales sont altérées, avec une mauvaise coordination des mouvements, des temps de réaction augmentés et des réflexes diminués.
- L'alcool a des conséquences irréversibles sur le foie, le cerveau, sur le fœtus pour les femmes enceintes.

Les troubles liés à l'alcool sont associés à une augmentation significative du risque d'accidents, de violence et de suicide. On estime en 2003 que dans certains hôpitaux urbains à peu près 20% des admissions en unité de soins intensifs sont liés à l'alcool, et que 40% des personnes vivant aux Etats-Unis ont eu à un moment ou à un autre de leur vie un accident lié à l'alcool ; l'alcool pouvant être mis en cause dans 55% des accidents de la route. Les troubles liés à l'alcool contribuent à l'absentéisme au travail, aux accidents du travail et une faible productivité de l'employé. Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et la schizophrénie peuvent aussi être associés à une dépendance alcoolique. (8)

4.2 La Nicotine

4.2.1 Historique

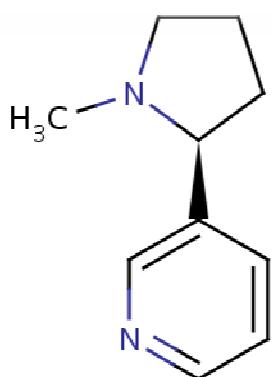
C'est en 1809 que fut découverte la nicotine, le savant français Louis-Nicolas Vauquelin observa un principe actif, volatile et basique entraînable à la vapeur du jus de tabac (plante de la famille des Solanacées). C'est en 1828 que la nicotine fut isolée et purifiée par Poselt et Reimann, ils lui ont donné son nom de nicotine en l'honneur de Jean Nicot, introducteur du tabac importé des « Indes Occidentales » en France en 1650. C'est le principal alcaloïde du tabac, synthétisé à la racine, puis transporté dans les feuilles du tabac.

La consommation française, elle, en 2009 pour les 11-75ans (représentant environ 49 millions de la population française) représente :

- 34,8 millions d'expérimentateurs
- 14,9 millions d'usagers au moins une fois dans l'année
- 11,8 millions d'usagers réguliers (au moins 3 fois dans l'année)
- 11,8 millions d'usagers quotidiens (4)

4.2.2 Molécule

Formule chimique : $C_{10}H_{14}N_2$



4.2.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques

La nicotine est un agoniste des canaux ioniques récepteurs à l'acétylcholine. Son absorption dépend du pH, à pH acide, la nicotine est ionisée et est mal absorbée par les membranes. Au pH physiologique de l'organisme (pH=7,4), elle est bien absorbée par l'organisme car non ionisée à 31%. En se fixant sur les récepteurs appelés nicotiniques, la nicotine imite un neurotransmetteur naturel, l'acétylcholine. Un changement de conformation du récepteur s'observe alors avec une ouverture du canal des ions sodium pendant quelques millisecondes entraînant une dépolarisation de la membrane du neurone associé. Il en résulte une désensibilisation temporaire du récepteur nicotinique réversible, le fait d'être fumeur chronique entraîne une désensibilisation prolongée de ces récepteurs à nicotine. (28)

La stimulation du neurone suite à la dépolarisation du récepteur nicotinique entraîne une libération de dopamine provoquant le bien être du consommateur, développé plus loin.

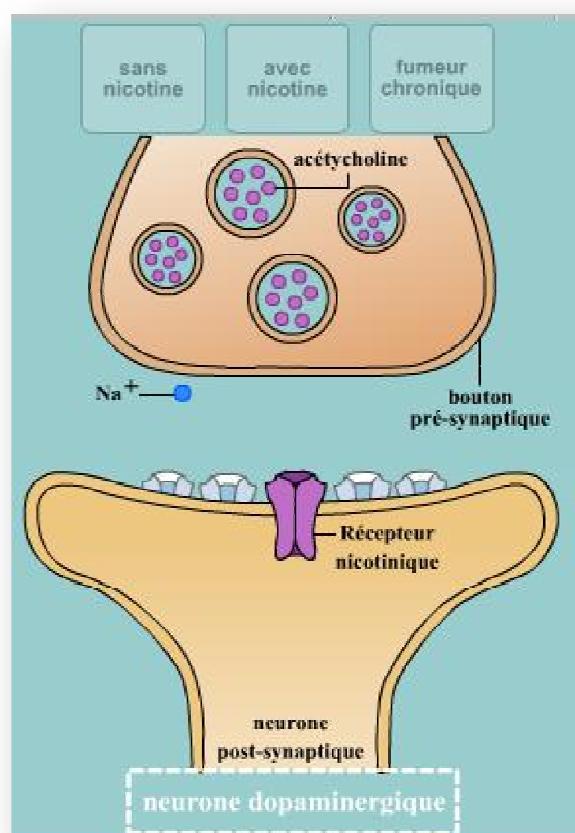


Figure 7 : Schéma d'un récepteur nicotinique entraînant la dépolarisation d'un neurone (22)

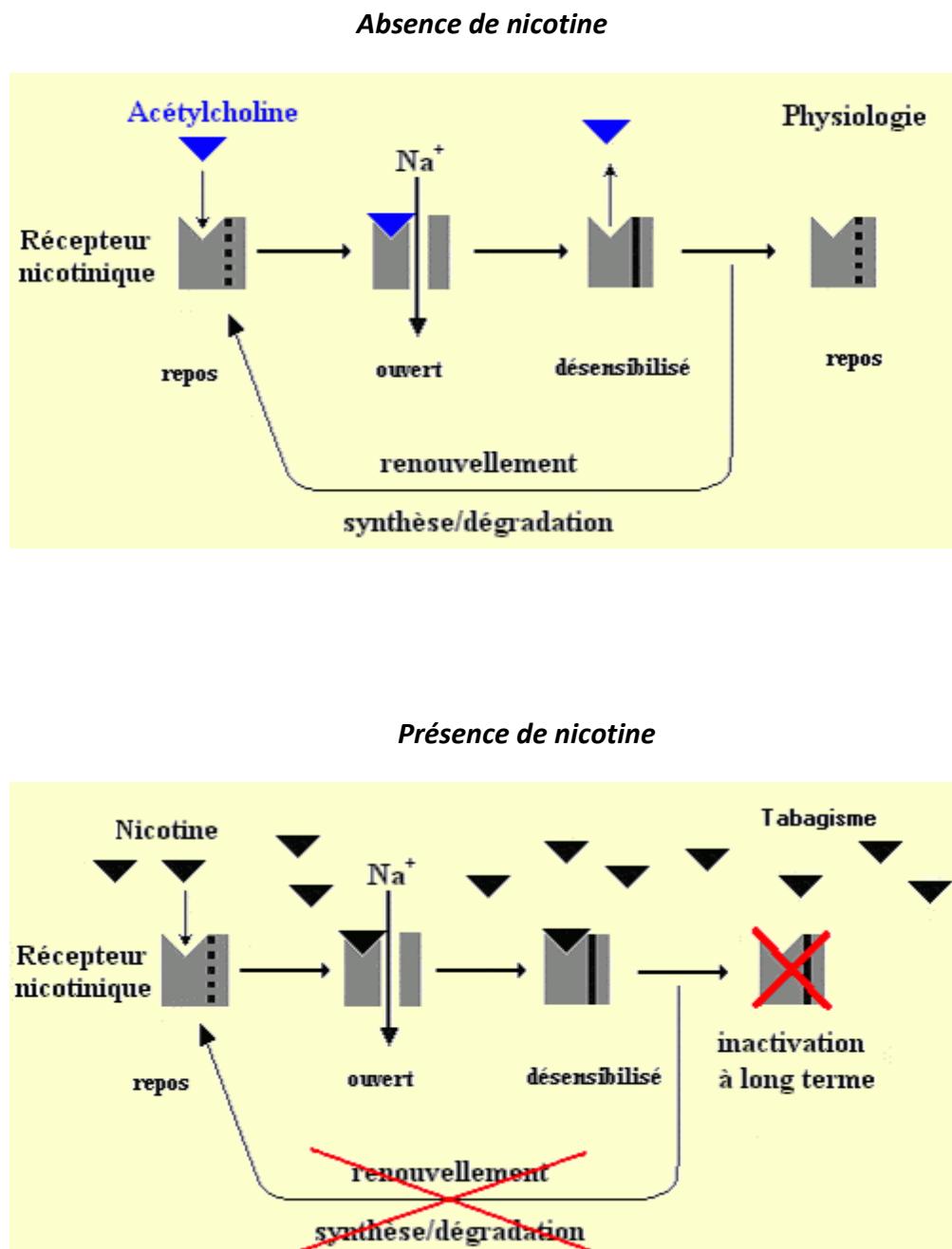


Figure 8 : Schémas du mécanisme d'action d'un neurone en présence ou en absence de nicotine (22)

4.2.4 Effets recherchés

Les effets de la nicotine sont doses dépendants. En effet si la dose de nicotine est faible, on observera une sécrétion d'adrénaline avec augmentation de la pression artérielle, du rythme cardiaque et baisse de l'appétit. La baisse de l'appétit peut être une des causes d'utilisation de la nicotine à des fins d'amaigrissement. Ses effets principalement recherchés restent l'effet stimulant général, l'amélioration de la mémoire, la diminution de l'anxiété, l'action antidiouleur et la sensation de bien être suite à la libération de dopamine vue précédemment. La dopamine est quelque fois considérée comme la « molécule du plaisir » libérée après les repas, dans les cas d'effort intense ou au cours d'une relation sexuelle.

4.2.5 Effets latéraux

Les principaux effets secondaires de la nicotine sont l'augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle, des nausées, vomissements ou encore des crampes abdominales. Cependant les effets secondaires restent dose dépendants :

- A dose faible on constate : une bradycardie, une hypotension, une hypersudation, une hypersialorrhée et des nausées, vomissements, diarrhées.
- A dose plus importante on constate : une tachycardie, une hypertension, une sécheresse buccale, des tremblements, céphalées, constipation, mydriase et tachypnée.
- A dose très importante, les effets stimulants sont inversés et on constate : une inconscience, dyspnée, convulsions, dépression respiratoire pouvant aller jusqu'à la mort du consommateur.

Le souci majeur est la dépendance entraînée par sa consommation. Après consommation les neurones « baignent » dans la nicotine et reste longtemps en état de désensibilisation. Ce qui explique que les gros fumeurs n'éprouvent les effets escomptés de la cigarette qu'après en avoir inhalé une grosse quantité.

Le degré de dépendance est en tout cas bien inférieur à celui de la cocaïne ou de l'héroïne.

4.3 Le cannabis

4.3.1 Historique

Le chanvre est une espèce du groupe botanique Cannabis, son origine émane de l'Asie centrale où l'on retrouve les premiers champs d'exploitation. On connaît le cannabis pour son utilisation psychoactive mais on le connaît moins pour l'utilisation de ses fibres.

Le cannabis appartient à la famille des cannabacées et c'est en 1735 que l'on regroupe les plantes du groupe cannabis sous le nom Cannabis Sativa. Les premiers effets médicaux et les premières toxicités furent rapportées dans le guide des herbes médicinales chinoises « Pen Ts'ao » aux environs de 2800 avant J-C.

Les romains et les grecs utilisaient le chanvre pour fabriquer cordages, vêtements et voilures marines et non pas pour ses effets psychoactifs.

Le cannabis se présente sous plusieurs formes : (39)

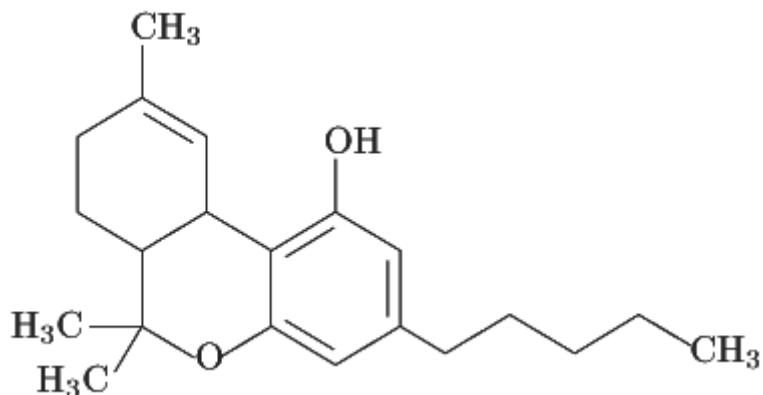
- La marijuana constituée de feuilles et de fleurs séchées et hachées appelée plus couramment herbe. Elle peut être fumée seule ou plus fréquemment mélangée à du tabac dans une cigarette roulée de forme conique (joint, cône, pétard...). La teneur en substance active, le tétrahydrocannabinol appelé THC est de l'ordre de 5%.
- Le Haschich est obtenue à partir de sommités fleuris de la plante aussi appelé shit. Il se présente sous la forme de barrettes (plaques compressées) de couleur jaune, verte ou brune en fonction de l'origine géographique. La teneur en THC est plus importante que dans la marijuana, elle est de l'ordre de 10 à 20%.
- L'huile est extraite de la résine et elle est principalement consommée sous forme de gelée. Sa teneur en THC peut s'élever jusqu'à 60%, mais son usage est peu répandu.

La consommation française, elle, en 2009 pour les 11-75ans (représentant environ 49 millions de la population française) représente :

- 12,4 millions d'expérimentateurs
- 3,9 millions d'usagers au moins une fois dans l'année
- 1,2 millions d'usagers réguliers (au moins 3 fois dans l'année)
- 550000 usagers quotidiens (4)

4.3.2 Molécule

Les cannabinoïdes sont des molécules liposolubles. Les plus étudiées sont les delta-9-tétrahydrocannabinol (molécule la plus active) et les delta-8-tétrahydrocannabinol.



4.3.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques

Comme son nom l'indique, le cannabis agit principalement sur les récepteurs cannabinoïdes. La molécule naturelle s'y liant naturellement est l'anandamide. L'anandamide participe à la régulation de l'humeur, de la mémoire, de l'appétit, des émotions et de la douleur.

Deux types de récepteurs cannabinoïdes ont été mis en évidence :

- Les récepteurs CB1, qui sont concentrés dans les zones cérébrales impliquées dans la mémoire et la coordination motrice, et présents en faible quantité dans l'appareil génital mâle et femelle.
- Les récepteurs CB2, présents au niveau du système immunitaire (rate, thymus, ganglions lymphatiques).

En l'absence de THC, le récepteur est couplé à une protéine G inhibitrice. Il y a synthèse d'AMP cyclique grâce à l'enzyme adénylate cyclase, entraînant une fermeture du canal potassique gardant les ions potassium à l'intérieur du neurone.

En présence de THC, la substance se fixe au récepteur cannabinoïde de l'anandamide; il en résultera un « largage » de la protéine G inhibitrice allant se fixer à l'adénylate cyclase entraînant un arrêt de production de l'AMPc. Donc il n'y a plus d'activation de la protéine kinase, le canal potassique restera ouvert avec une fuite de potassium vers l'extérieur du neurone. L'excitabilité des neurones se retrouve alors amoindrie. Il en résulte une analgésie, hypothermie et diminution de l'activité locomotrice.

Les neurones dopaminergiques voient leur inhibition par le système gabaergique levée, car le delta-9-tétrahydrocannabinol entraîne une inhibition du système gabaergique.

Une fois consommées ces substances se retrouvent très facilement dans le plasma et atteignent leur niveau le plus élevé en moins de 10 minutes. Les effets se développent en quelques minutes si le cannabis est fumé, mais peut prendre quelques heures pour se développer s'il est ingéré. Les effets durent environ 3 à 4 heures, la durée étant plus longue quand la substance est prise oralement. (16)

4.3.4 Effets recherchés

L'importance des modifications comportementales et physiologiques dépend de la dose, de la méthode d'administration et des caractéristiques individuelles du consommateur comme le taux d'absorption, la tolérance et la sensibilité aux effets de la substance. (13)

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée au monde, certains pays l'ont légalisé mais ce n'est pas le cas de la France où près de la moitié des 15/16 ans ont déjà expérimenté le cannabis.

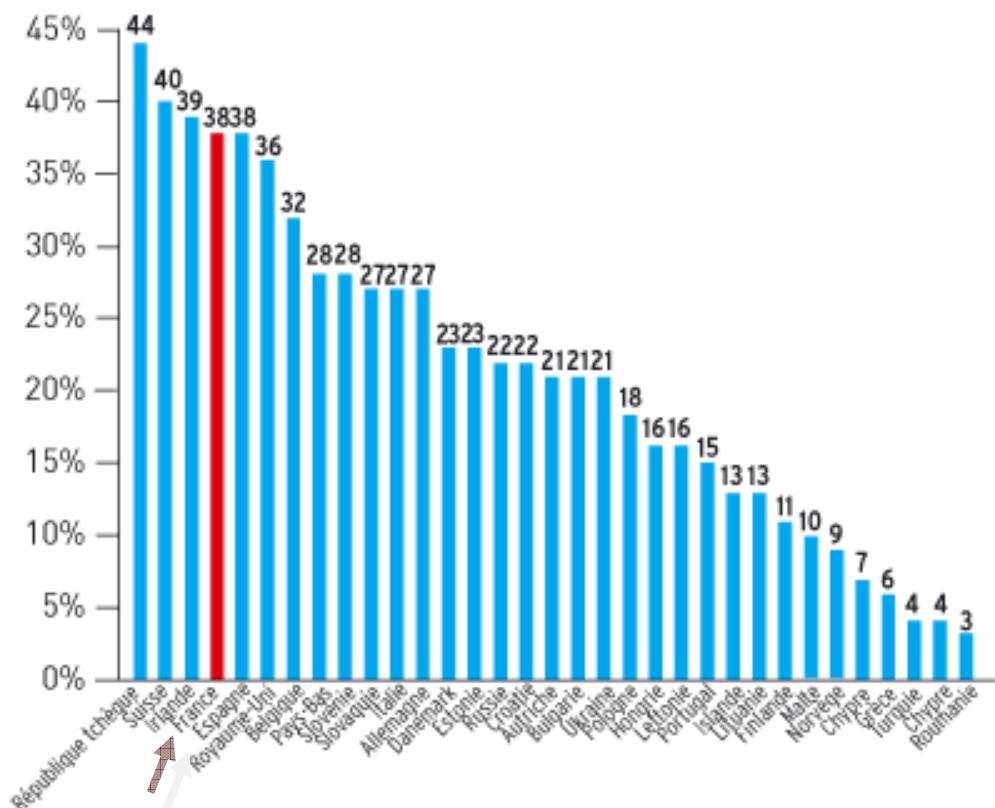


Figure 9 : Pourcentage de jeunes scolarisés de 15/16 ans ayant expérimenté le cannabis (chiffres 2003) (46)

Le cannabis commence à être consommé dès le collège, certains le consomment pour « être dans la norme », d'autres à des fins festives et une autre proportion, pour s'évader. Les principaux effets recherchés sont : relaxation, sensation de flottement, association d'idées créatives, sentiment de sûreté et disparition de l'inhibition.

Pour connaître les principales raisons d'utilisation de substances psychoactives dans le cadre du travail, une recherche exploratoire et qualitative a été conduite dans le cadre du dispositif TREND de l'OFDT. Elle est basée sur 41 entretiens semi-directifs réalisés en 2001 intégralement retranscrits. La majorité des personnes a été rencontrée dans des lieux publics ou a été présentée aux enquêteurs par un de leur proche, usager ou non. Pour le cannabis, il en ressort que 28 personnes sur les 41 interrogés en consomment quotidiennement au moment de l'entretien, dont 7 évoquent d'elles-mêmes et avec insistance un usage thérapeutique de cette substance. Il en ressort que le cannabis semble être utilisé en grande majorité pour se détendre. (37)

Le prix du cannabis explique aussi son succès, entre 3 et 7 € le gramme, aucune classe sociale n'a de mal à s'en procurer.

4.3.5 Effets secondaires

Le cannabis met beaucoup de temps à s'éliminer de l'organisme. Il faut environ une semaine pour éliminer la moitié d'un « joint ». Il suffit d'un seul joint par semaine pour accumuler le THC dans l'organisme.

Les principaux effets sont : les yeux rouges, mydriase, tachycardie, variation de la tension artérielle, vomissements, anxiété, trouble de la perception du temps etc...

L'usage abusif de cannabis peut parfois conduire à un syndrome « d'amotivation », caractérisé par une passivité; cela pourrait s'expliquer par le fait qu'un exposition prolongée au THC entraîne une perte des récepteurs CB1 au niveau des artéries cérébrales, entraînant donc une baisse du flux sanguin avec une diminution d'apport de sucre et d'oxygène.(5)

Chez l'homme, on observe une baisse du taux de testostérone dans l'organisme, avec une diminution du nombre et une modification de la forme des spermatozoïdes pouvant entraîner une infertilité.

4.4 La cocaïne

4.4.1 Historique

Utilisée depuis plus de 3000 ans, la cocaïne se consommait tout d'abord en mâchant les feuilles de la coca que l'on retrouve dans les Andes. Ces feuilles consommées étaient réputées pour couper la faim, lutter contre la fatigue durant les travaux dans les champs et connue pour leurs côté euphorisant.

A.Neiman sera le premier chimiste à isoler la cocaïne en 1862, il notera sa propriété anesthésique et par la suite la substance sera largement utilisée en ophtalmologie.

La consommation toujours en hausse, c'est dans les années 1800 que se démocratise les boissons à base de feuilles de coca. Dans la fin des années 1800, elle devient populaire et s'incorpore dans les cigares, cigarettes, chewing-gum et dans les boissons.

Dès 1870, on voit apparaître la consommation populaire de vin dans lequel sont infusées préalablement des feuilles de coca. En 1871, le marché est dominé par une marque restée célèbre : le vin Mariani, du nom du pharmacien Angelo Mariani. Ce vin n'est qu'une des nombreuses productions de Mariani puisque son officine du boulevard Haussmann propose des pastilles à la cocaïne, des infusions de cocaïne, du vin, un élixir, des toniques et ce, en vantant la coca et ses applications thérapeutiques.

Quant au Coca Cola, il est créé à l'origine (1886) pour satisfaire à la demande du marché américain pour une boisson populaire à base de cocaïne. En 1906, la proportion de cocaïne fut considérablement réduite (1/400e de grain par once de sirop), mais la cocaïne persista dans la composition de la boisson jusqu'en 1929.

Pourtant dès 1885, la multiplication des cas de cocaïnisme commence à être dénoncée par d'autres médecins. Le psychiatre A.Erlenmeyer définit la cocaïne comme le troisième fléau de l'humanité.

En 1914, les états américains ont réglementé l'usage et la distribution de cocaïne par l'adoption du « Harrison Narcotic Act » qui interdit l'utilisation de cocaïne dans les spécialités pharmaceutiques et contrôle de façon stricte l'importation, la fabrication et l'utilisation de cocaïne en médecine.

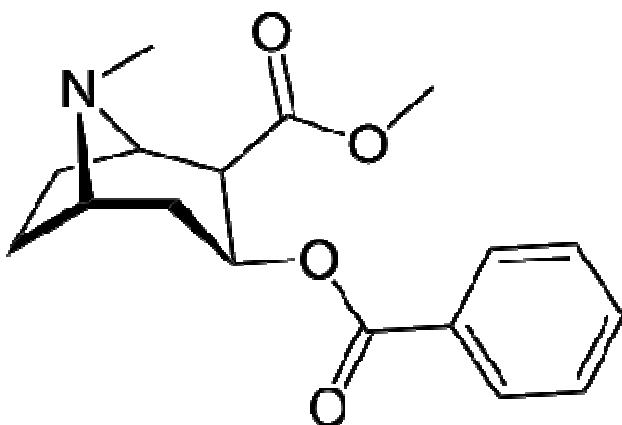
Plusieurs conventions se tiennent sous l'égide de l'ONU afin de combattre la consommation de cocaïne. La convention unique sur les stupéfiants de 1961 porte principalement sur la coca, l'opium, le cannabis et leurs dérivés. La cocaïne sera progressivement interdite dans la plupart des pays à mesure qu'ils adaptent leur législation propre et classée comme stupéfiant. Depuis 1980, elle est consommée par les classes aisées, devenant de plus en plus bon marché; on la retrouve aujourd'hui consommée par toutes les classes.

La consommation française, elle, en 2009 pour les 11-75ans (représentant environ 49 millions de la population française) représente :

- 1,1 millions d'expérimentateurs
- 250 000 d'usagers au moins une fois dans l'année

Le nombre d'usagers réguliers (au moins 3 fois dans l'année et d'usagers quotidiens n'est par ailleurs pas connu. (4)

4.4.2 Molécule



La cocaïne est un alcaloïde extrait de la coca. Produite sur le cocaïer, deux espèces peuvent être cultivées en masse pour produire de la cocaïne : erythroxylon coca et erythroxylon novogranatense.

Les différents formes d'utilisation sont : la feuille de coca, la pâte de coca, la poudre ou chlorhydrate de cocaïne, la freebase (cocaïne libérée de son sel par l'éther), le crack (cocaïne sous forme cristal). (16)

4.4.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques

C'est un puissant stimulant du SNC. Sur le plan pharmacologique, elle est semblable à l'amphétamine et aux psychostimulants amphétamine-like. (20)

Au niveau des synapses, la cocaïne agit principalement en bloquant la recapture de la dopamine via des sites de liaison de la cocaïne sur les transporteurs de recapture des bioamines. La cocaïne agit sur 3 systèmes dopaminergiques majeurs : la voie mésolimbique,

la voie mésocorticale et la voie nigrostriatale (circuit mésocorticolimbique = circuit de récompense).

De plus, la cocaïne libère la dopamine contenue dans des vésicules de stockage. Les effets se traduisent à la fois par des effets comportementaux, neurologiques, cardio-vasculaires, respiratoires et gastro-intestinaux.

Elle augmente également la concentration de la noradrénaline et de la sérotonine par les mêmes mécanismes d'action.

Cette augmentation des catécholamines induit une hyperadrénergie avec une vasoconstriction intense de la plupart des vaisseaux sanguins, pouvant conduire à la nécrose des tissus.

4.4.4 Effets recherchés

L'effet stimulant est le principal effet recherché, cette impression de vivacité mentale, donnant confiance en soi, sans compter la baisse de la fatigue et de l'envie de manger.

Utilisée en soirée pour faciliter les rencontres, au travail pour être plus performant ou encore dans le sport la cocaïne touche l'ensemble des classes de la population. Très prisée dans le monde de la bourse, dénoncé en février 2009 par Jacques Attali où les traders consomment régulièrement cette substance pour enchainer les longues journées, soutenir la pression à laquelle ils sont soumis et assumer leurs investissements.

L'effet se déroule en plusieurs étapes :

La première est le « rush » qui se traduit par l'apparition rapidement progressive d'une intense euphorie. Cette euphorie est le principal effet recherché par la majorité des patients consommateurs de cocaïne. Elle renforce le comportement de consommation. Sa base biologique pourrait être l'action immédiate de la cocaïne sur les neurones dopaminergiques.

Le rush est suivi d'un phénomène appelé « high » avec un sentiment puissant de bien-être dominant les pensées et les comportements.

Rapidement après, s'installe une envie frénétique ou « binge » de consommer à nouveau de la cocaïne.

Le « craving » est l'étape suivante de la dépendance. Elle est vécue de manière déplaisante et peut être rapidement soulagée par une prise de cocaïne. Les patients décrivent le craving comme une pensée obsessionnelle concernant le produit. L'obsession de la cocaïne dure de quelques minutes à plusieurs heures. Le phénomène addictif est auto-entretenu : l'usage de la cocaïne augmente lui-même le craving.

Les étapes suivantes de la dépendance sont la perte de contrôle, le déni des conséquences, des comportements de recherche du produit, de prise de risque et de consommation du

produit. La dépendance à la cocaïne s'installe plus rapidement que la dépendance à l'alcool par exemple. Elle est particulièrement sévère chez les sujets plus vulnérables au plan somatique ou psychiatrique.

4.4.5 Effets secondaires

Ils sont nombreux et apparaissent même pour de faibles quantités de cocaïne absorbée. On constate une accélération du rythme cardiaque, une augmentation de la pression artérielle, une sécheresse buccale.

A plus forte dose, apparaissent des tremblements assez conséquents, nausées, vomissements associés à une vision brouillée. Il a été démontré qu'à forte dose peuvent apparaître crises d'épilepsie, accidents cérébrovasculaires, infarctus cérébral, crise cardiaque ou difficulté à respirer.

En plus de l'accoutumance apparaissant à très court terme, on constate chez les consommateurs chroniques de graves troubles de la personnalité et troubles mentaux. (10)

4.5 Les antidépresseurs

4.5.1 Historique

Le tout premier antidépresseur fut découvert en 1957 par Roland Kuhn. Il s'agit de l'imipramine du groupe des antidépresseurs tricycliques. Commercialisé sous le nom de Tofranil®. Cette molécule était pour le Dr Kuhn un analogue du Largactil® mais inefficace pour traiter les délires. Durant la même période, le psychiatre Nathan Kline découvre que, l'iproniazide Rimifon®, rend les malades euphoriques, il s'en sert alors pour combattre la dépression et c'est donc le premier antidépresseur de la classe des Inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase qui était né. (IMAO). (33)

La consommation française de médicaments psychotropes elle, en 2009 pour les 11-75ans (représentant environ 49 millions de la population française) représente :

- 15,1 millions d'expérimentateurs
- 8,7 millions d'usagers au moins une fois dans l'année

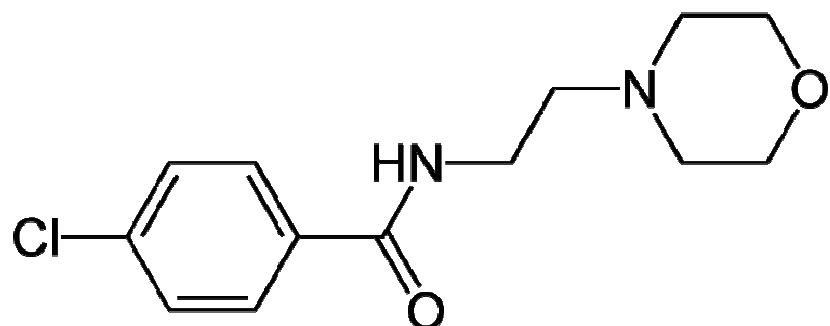
La question exacte posée a été : « Au cours de votre vie, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs ? » (4)

4.5.2 Molécules

Il existe plusieurs classes d'antidépresseurs. Elles seront citées ci-dessous :

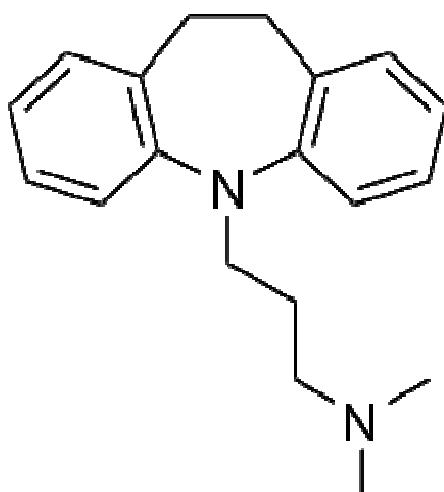
- Inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase :

Le moclobémide en est un exemple



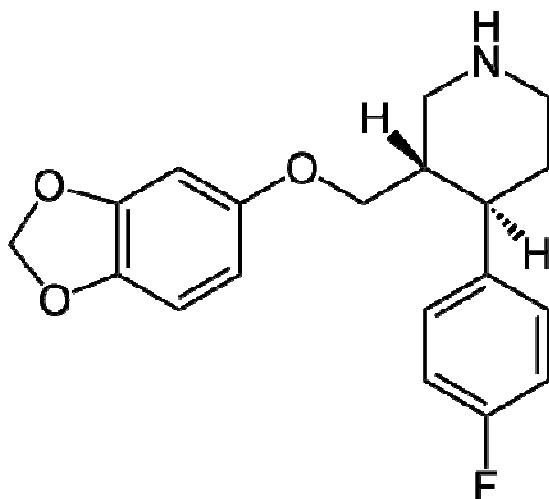
- Antidépresseurs tricycliques :

L'imipramine en est un exemple



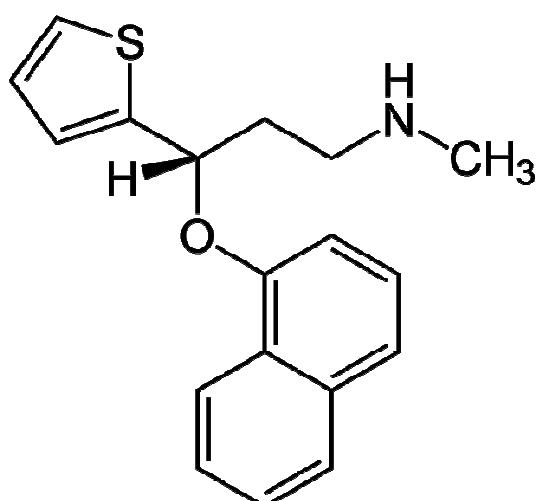
- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine :

La paroxétine en est un exemple



- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline :

La duloxétine en est un exemple



Les Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline et inhibiteurs tétracycliques sont moins fréquents.

4.5.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques

Les antidépresseurs, suivant la classe, ne jouent pas sur les mêmes systèmes et récepteurs. Certains augmentent les concentrations de noradrénaline au niveau des fentes synaptiques du système nerveux, d'autres les concentrations en sérotonine ou dopamine. Les mécanismes d'action, eux, varient. Les concentrations augmentent soit par une plus forte sécrétion, soit par une diminution de recapture ou encore pour les plus anciens par une inhibition du catabolisme des neurotransmetteurs.

4.5.4 Indications

Les principales indications de ces antidépresseurs sont les états de dépression modérés ou sévères, les troubles obsessionnels compulsifs, les états d'anxiété jusqu'à la crise de panique, les troubles de la nutrition.

4.5.5 Effets secondaires

Les effets secondaires des antidépresseurs dépendent beaucoup de leur classe. Ils entraînent tous des effets secondaires plus ou moins marqués mais les classes les plus concernées sont celles des IMAO et vient ensuite la classe des antidépresseurs tricycliques. Ces effets sont aussi personne dépendante.

Effets principaux observés sont :

Une hypotension orthostatique

Une somnolence

Une sécheresse de la bouche

Des troubles mictionnels

Une sédation

Une confusion

Des effets gastro-intestinaux fréquents (diarrhées, nausées...)

Des troubles de la libido

A l'arrêt de ces substances on observe un syndrome de sevrage, il faut diminuer les doses progressivement pour adapter au mieux son organisme.

4.6 Les tranquillisants

4.6.1 Historique

Les tranquillisants sont encore appelés sédatifs ou anxiolytiques. Dès l'antiquité, nos ancêtres ont découvert que l'alcool à certaines doses, confère un état de bien être, relaxant et euphorisant, ce qui répond bien à la définition d'un tranquillisant.

En 1945, un pharmacologue Tchèque du nom de Franck Berger découvre par hasard une substance appelé la « méphénésine », produisant chez l'animal, un état de calme, de relaxation. En modifiant légèrement la structure de la molécule, il obtient alors le méprobamate, produit doué d'une forte action anxiolytique et myorelaxante.

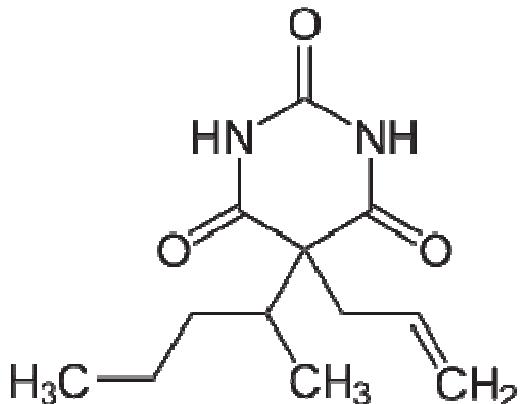
Par la suite le groupe Roche se mit à la recherche de molécules au moins équivalentes à celle du méprobamate, et un chimiste du nom de Leo Sternbach en 1960, fait la découverte par hasard lui aussi de chlordiazepoxide ou Librium®, prototype des benzodiazépines qui donnera par la suite le Valium® en 1963 et dont découleront toutes les autres benzodiazépines aujourd'hui sur le marché.(47)

4.6.2 Molécules

Il existe plusieurs classes de tranquillisants, les classes les plus fréquemment utilisées seront cotés ci-dessous :

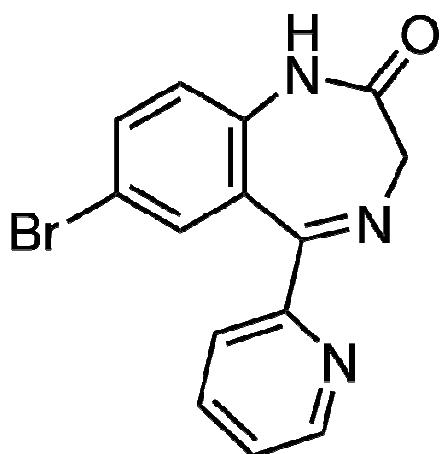
- Barbituriques (sécobarbital, pentobarbital...)

Exemple du sécobarbital



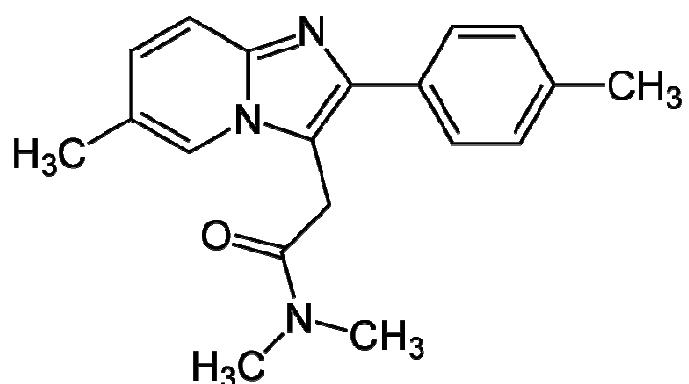
- Benzodiazépines (bromazepam, clonazepam, diazepam...)

Exemple du bromazépam



- Imidazopyridines (zolpidem, alpidem)

Exemple du zolpidem



4.6.3 Propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques

- Les barbituriques sont des agonistes des récepteurs Gabaergiques, ils favorisent l'ouverture du canal chlorure. Ainsi le passage ionique se retrouve augmenté, et l'activité neuronale se retrouve diminuée.
 - Les benzodiazépines ont le même mode d'action que les barbituriques mais se fixent aux récepteurs Gabaergiques de manière plus spécifique et ces dernières ne sont pas inductrices enzymatiques comme les barbituriques, en conséquence beaucoup moins utilisés.
 - Les imidazopyridines se fixent aux récepteurs GABA-A, cette classe de récepteurs est une sous population des récepteurs intervenant dans le mécanisme d'action des benzodiazépines, et les imidazopyridines se différencient par leur propriété hypnosédative sélective sans association à une action myorelaxante ou ataxique.

4.6.4 Effets recherchés

Les barbituriques ne sont plus utilisés aujourd’hui que comme anticonvulsivants dans les cas de personnes atteintes de crises épileptiques ou encore comme inducteurs d’anesthésie générale.

Les benzodiazépines, elles, sont largement utilisées, elles combattent les états de stress, les états anxieux, on les utilise aussi en traitement des crises convulsives qui surviennent lors de crises d'épilepsie (exemple du diazépam ou clonazépam) et dans les traitements du sevrage alcoolique.

Les imidazopyridines sont utilisées dans le cadre d'insomnies occasionnelles, transitoires ou chroniques. L'action de cette classe est à durée limitée et reste particulièrement recommandée dans les insomnies d'endormissement.

4.6.5 Effets indésirables

Les effets principaux varient selon la classe de tranquillisants, mais beaucoup des effets indésirables suivants sont récurrents pour chacune des substances :

- Amnésie
- Hallucinations
- Dépendance physique et psychique
- Ataxie
- Euphorie
- Sensation d'ivresse
- Troubles de l'appétit
- Troubles de la libido
- Faiblesse musculaire

Comme les antidépresseurs, un syndrome de sevrage est observé à l'arrêt de la consommation, il faut donc diminuer progressivement les doses pour laisser un temps d'adaptation à l'organisme.

5. Le dépistage

5.1 Les tests de dépistage

Selon l'avis n°114 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), le dépistage d'alcool ou de produits illicites serait « souhaitable et justifié pour les postes de sûreté et de sécurité ». Cet avis a été rendu public le 19 mai 2011. Les membres du comité définissent ces postes en soulignant le fait qu'une « défaillance humaine ou même un simple défaut de vigilance peut entraîner des conséquences graves pour soi-même ou pour autrui ». Le CCNE recommande aux entreprises de recenser ces postes et l'entreprise devra compléter son règlement intérieur et les contrats de travail par ce recensement. Les modalités du recensement doivent être négociées dans l'entreprise avec la mise en place d'un dépistage systématique et/ou inopiné qui doit être précisé.

Le comité ne s'est pas dit favorable à un dépistage généralisé à toutes les professions, « une généralisation du dépistage banaliserait la transgression du devoir de respecter la liberté des personnes » (2)

Le Dr François Besançon et le Dr Gérard Simon ont mené une étude en 2000 dans une entreprise métallurgique de 300 personnes à Carignan (Ardennes). Leur objectif était de diminuer significativement la consommation d'alcool des salariés. (8)

Si un comportement anormal était détecté, un accident ou une bagarre, un membre de la commission de santé proposait au concerné de choisir un secouriste, parmi dix ayant reçu une formation adéquate et de contrôler son alcoolémie. 96 fois sur 100 l'intéressé acceptait le contrôle, en étant assuré de ne pas être sanctionné quel que soit le résultat, l'étude étant autant la prévention que la protection de l'emploi. Si le taux d'alcool était entre 0,5 et 0,8 g/L, une inaptitude de deux heures était imposée, et au-delà, une inaptitude jusqu'à fin de poste. La fiche du résultat n'était consultable que par le médecin en charge de l'étude. En plus des dépistages, des actions de prévention ont été mises en place dans l'entreprise : affiches, lettres aux familles, distributeurs de boissons non alcoolisées gratuites etc...

Quatre années après la mise en place, les résultats furent les suivants : le nombre annuel de contrôle d'alcoolémie suite à un trouble du comportement est passé de 14 à 4. Le nombre des accidents du travail en métallurgie est tombé de 495 à 293 soit 41% de réduction et le nombre de soins infirmiers est passé de 502 à 305 actes.

Ces résultats semblent encourageants et dans la littérature d'autres dépistages intra-entreprises semblent avoir un effet positif sur l'attitude et faire évoluer les mentalités des salariés. Ces dépistages retiennent toutefois encore l'attention car ils apparaissent comme une atteinte à la vie privée et entrent dans le cadre du secret médical.

5.2 Quels sont les tests de dépistage facilement utilisables sur le terrain ?

Il existe des tests non invasifs permettant de révéler la présence anormale de substances dans nos liquides biologiques. La salive, la sueur ou les urines peuvent être testées. Des études officielles ont été menées, financées par la commission européenne pour déterminer s'il existe des tests fiables de détection de drogues utilisables au bord des routes. Cette étude, appelée ROSITA (« Roadside Testing Assessment »), a été menée entre 1999 et 2000, financée par la commission européenne. Il est ressorti de ces études que les tests rapides de dépistage pour révéler la présence de cannabis n'étaient pas assez sensibles. Le nombre de faux positifs était faible mais le nombre de faux négatifs, lui, était élevé.

Dans une étude menée en 2000 par N.Samyn et coll, des tests de dépistage de drogues ont été évalués sur le terrain en Belgique. Il en ressort que pour les urines, il existe trois types de tests : un test nécessitant l'immersion partielle d'une languette ou d'une carte durant quelques secondes dans les urines (teststrip ou testcard), un nécessitant l'emploi d'une pipette (testcassette ; quelques gouttes d'urine sont introduites dans le test à l'aide d'une pipette) et un test nécessitant l'emploi d'un réservoir ad-hoc (la partie immunoessai se trouvant dans le réservoir même). La plupart des tests sont disponibles pour la détection des amphétamines, de la méthamphétamine, des cannabinoïdes, de la cocaïne, des opiacés et de la phencyclidine (PCP). Soixante-dix pour cent des tests disposent d'une détection séparée de l'amphétamine et de la métamphétamine. Quatre-vingt pour cent des tests permettent la recherche des benzodiazépines (BZD) et des barbituriques, cinquante pour cent permettent la recherche de la méthadone et seulement trente pour cent permettent la recherche des antidépresseurs tricycliques. (43)

Pour la salive, la précision des tests ne reflète pas encore celle de tests tel que le dosage du cortisol salivaire en alternative au dosage du cortisol plasmatique étudié par le professeur Kahn en 1990 (28). L'étude ROSITA 2 qui fait suite à l'étude ROSITA et menée entre 2003 et 2005 en association avec l'administration américaine, montre que beaucoup de tests fonctionnaient mal ou n'étaient pas au point. Des problèmes peuvent survenir avec des salives trop visqueuses. Le tableau suivant résume le pourcentage de tests qui ne produisaient pas de résultat.

Test	Nombre de tests ne donnant pas de résultat n=	Total N=	%
Securetec Drugwipe	50	1364	4%
Dräger Drugtest	52	592	9%
Varian Oralab	61	234	26%
Branan Oratect	87	118	74%
Ultimed Salivascreen	33	70	47%
Branan Oratect II	20	53	38%
American Biomedica Oralstat	3	52	6%
Lifepoint Impact	14	44	32%
Cozart RapiScan	0	40	0%
Sun Oraline	15	38	39%
Total	335	2605	13%

Tableau 2 : Nombre et pourcentage de tests ne donnant pas de résultat dans l'étude ROSITA-2 (45)

Les tests sont difficiles à comparer du fait du nombre très différents de dépistages entre eux. Cependant le Cozart RapiScan® et le Securetec Drugwipe® semblent fonctionner dans la grande majorité des cas. (48)

Voici les résultats d'une étude menée dans l'état de Victoria en Australie où les conducteurs se soumettaient à des tests salivaires

Année	Nombre de tests effectués	Nombre de positifs	Fréquence des positifs	Fréquence des positifs parmi les conducteurs de voitures	Fréquence des positifs parmi les routiers
2005	13158	300	1/44	1/38	1/67
2006	11424	199	1/56	1/54	1/66
2007	21887	369	1/59	1/81	1/27*
2008	17566	202	1/85	1/88	1/84

*En 2007 des voitures banalisées furent utilisées pour les tests, car les routiers se communiquent les endroits des contrôles.

Tableau 3 : Nombre de tests et fréquence des positifs lors des contrôles systématiques de conduite sous influence de drogue par les tests salivaires dans l'état de Victoria en Australie. (14)

Produit	n	% de détection
Méthamphétamine	952	89%
THC	309	29%
MDMA	163	15%
Plusieurs drogues	314	29%

Tableau 4 : Produits détectés lors des contrôles systématiques de conduite sous influence de drogues par les tests salivaires dans l'état de Victoria en Australie (14)

L'analyse de ces résultats a montré que les tests salivaires sont encore insuffisamment sensibles au cannabis. L'étude ROSITA révèle que la sensibilité pour le cannabis dans les tests salivaires est de l'ordre de 18 à 25% par rapport au sang (49)

Avec la sueur ou la salive il existe des tests tels que le Drugwipe® contenant des anticorps spécifiques aux différentes substances recherchées. Le test détecte cannabis, opioïdes, cocaïne et amphétamines. Ce test possède une bande de contrôle et s'utilise par simple frottement sur le liquide biologique au contact de l'individu ou d'une surface.



Figure 10 : Test Drugwipe® pour la détection de substances psychoactives dans la salive ou la sueur (45)

Les techniques sont là pour permettre aux médecins du travail de dépister rapidement et simplement d'éventuelles consommations qui pourraient interférer avec la sécurité au travail du consommateur, mais il ne faut pas perdre de vue que le dépistage reste un aspect de la lutte contre les conduites addictives, il faut favoriser toute action de prévention aussi bien en termes de manifestation, de communication et comprendre l'origine de ces conduites.

CHAPITRE 2

**Enquête du Centre d’Evaluation et d’Information
sur la Pharmacodépendance sur la consommation
de substances psychoactives en milieu de travail**

1 Objectifs

1.1 Objectif principal

Cette enquête vise en particulier à faire le point sur les différentes substances pouvant être consommées par la population active. Y-a-t-il consommation de substances psychoactives chez les salariés de Meurthe et Moselle ? Quelles sont ces substances ? Varient-elles suivant les tranches d'âges, les situations familiales, les catégories socioprofessionnelles, les revenus mensuels ou encore en fonction de l'existence d'une pathologie ?

1.2 Objectifs secondaires

L'enquête vise aussi à savoir pour quelles raisons ces substances sont consommées. Suivant les personnes, ces raisons peuvent être totalement différentes et peuvent passer de la volonté d'être plus productif, au plaisir en passant par une volonté de faire face au surmenage ou au stress. Nous relierais là aussi les raisons en fonction des tranches d'âges, des situations familiales, des catégories socioprofessionnelles, des revenus mensuels et des éventuelles maladies.

1.3 Méthodologie

1.3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale prospective.

1.3.2 Population

La population concernée par l'étude est la population salariée de Meurthe-et-Moselle du secteur privé hors BTP vue précédemment dans le chapitre présentant l'ALSMT.

1.3.3 Méthode de recueil de données

1.3.3.1 Professionnels concernés

Notre enquête s'est déroulée au sein de quatre centres ALSMT :

ALSMT Laxou (Dr Bernadette Aubrègue)

ALSMT Ludres (Dr François Jabot)

ALSMT Pont-à-Mousson (Dr Stéphane Paquot)

ALSMT Pulnoy (Dr Claudia Berr)

Ces quatre centres ont été contactés et recrutés par le Docteur François Jabot.

1.3.3.2 Collecte d'informations

Cent questionnaires ont été imprimés pour chacun des centres et une urne de recueil des questionnaires remplis a été fournie à chacun d'entre eux. Les secrétaires des différentes ALSMT ont été chargées de la distribution des questionnaires, précisant à chaque fois le caractère anonyme de l'enquête.

Chaque patient venant en consultation s'est vu proposer le questionnaire à remplir accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe permettant le dépôt anonyme et sous pli dans l'urne prévue à cet effet.

Deux possibilités :

- Le patient refusait le questionnaire
- Le patient acceptait le questionnaire

En cas de refus, la secrétaire barrait le questionnaire d'enquête et le remettait dans l'urne.

Si au contraire, le patient était volontaire, il remplissait le questionnaire en salle d'attente, le plaçait dans l'enveloppe puis le déposait dans l'urne.

Exemplaire de l'enveloppe



Exemplaire de la lettre



Pr. Jean-Pierre KAHN
Chef de service
Tél : 03 83 85 99 46
j.kahn@chu-nancy.fr

Dr. Valérie GIBAJA,
Pharmacien
Tél : 03 83 85 26 34
v.gibaja@chu-nancy.fr

François COURTEAUX
Secrétariat
Tél : 03 83 85 29 17
Fax : 03 83 85 97 71
f.courteaux@chu-nancy.fr

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CENTRE D'ADDICTOVIGILANCE DE NANCY

ceip@chu-nancy.fr

Nancy, le 27 juin 2011

Objet : enquête consommation substances psychoactives

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons dans le cadre d'une visite de médecine du travail pour documenter un bref questionnaire concernant la consommation de substances psychoactives.

Cette enquête se déroule grâce à la collaboration des médecins du travail de la région et a pour but d'obtenir des informations à des fins scientifiques. Ce questionnaire restera strictement anonyme et son dépouillement confidentiel. En aucun cas, son contenu ne sera accessible à votre employeur ou votre médecin du travail : les questionnaires seront envoyés à Monsieur Pierre Vilain qui les analysera pour sa thèse de Docteur en Pharmacie. C'est pourquoi, nous vous remercions de remplir ce questionnaire, puis de le mettre dans l'enveloppe jointe et de le déposer dans la boîte prévue à cet effet.

Une fois publiés, les résultats globaux vous seront envoyés par voie électronique sur simple demande de votre part auprès du secrétariat du CEIP-A (Madame F. Courteaux – 03.83.85.29.17 ou f.courteaux@chu-nancy.fr).

Nous vous remercions vivement de votre participation.

Professeur Jean-Pierre KAHN
Responsable du CEIP-A

Pierre VILAIN
Etudiant 6^{ème} année Pharmacie

Exemplaire de l'enquête

Enquête du Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance sur la consommation de substances psychoactives

Vous êtes :	<input type="checkbox"/> un homme	<input type="checkbox"/> une femme	
Vous avez :	<input type="checkbox"/> moins de 20 ans	<input type="checkbox"/> 20-29 ans	<input type="checkbox"/> 30-39 ans
	<input type="checkbox"/> 40-49 ans	<input type="checkbox"/> 50-59 ans	<input type="checkbox"/> 60 ans ou plus
Quelle est votre situation conjugale ? :	<input type="checkbox"/> en couple	<input type="checkbox"/> séparé(e)	
	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> veuf(ve)	
Avez-vous actuellement des enfants à domicile ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Actuellement : Quelle est la nature de l'activité de votre entreprise ? (ex.: construction, transports, santé, administration, ...)	_____		
Quelle est la nature de votre emploi ? (ex.: chauffeur, technicien, infirmier, ...)	_____		
Quel est votre type de contrat ? :	<input type="checkbox"/> CDI	<input type="checkbox"/> CDD	<input type="checkbox"/> Interim
	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____		
Quelle est votre tranche de revenu mensuel :			
<input type="checkbox"/> moins de 1300 €	<input type="checkbox"/> de 1300 à 1800 €	<input type="checkbox"/> de 1800 à 2300 €	
<input type="checkbox"/> supérieure à 2300 €			
Souffrez-vous d'une maladie pour laquelle vous avez un traitement actuellement ?			
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Si oui*, précisez la maladie (maladie rhumatisante, asthme, hypertension, dépression, ...)	_____		
Et précisez le traitement :	_____		

Votre consommation de tabac ? :	<input type="checkbox"/> non fumeur	<input type="checkbox"/> ancien fumeur		
	<input type="checkbox"/> moins de 5 cig.		<input type="checkbox"/> 5 à 15 cig.	<input type="checkbox"/> > 15 cig.
Actuellement, utilisez-vous les produits suivants, même occasionnellement* ? :				
<input type="checkbox"/> alcool	<input type="checkbox"/> cocaïne			
<input type="checkbox"/> tranquillisants, anxiolytiques, somnifères	<input type="checkbox"/> antidépresseurs			
<input type="checkbox"/> cannabis, haschich, herbe	<input type="checkbox"/> médicaments de substitution (ex.: Subutex® patch nicotinique, ...)			
<input type="checkbox"/> ecstasy	<input type="checkbox"/> autres (précisez) : _____			
Pour quelles raisons utilisez-vous ces produits* ? :				
<input type="checkbox"/> maladie	<input type="checkbox"/> pour faire face au stress			
<input type="checkbox"/> pour faire face au surmenage	<input type="checkbox"/> pour être plus productif			
<input type="checkbox"/> pour le plaisir	<input type="checkbox"/> autres (précisez) : _____			

* plusieurs réponses possibles

Ce formulaire restera strictement anonyme et ne sera pas accessible au médecin du travail

1.3.3.3 Calendrier

- Juin 2011 : distribution des 100 questionnaires à chacun des 4 centres d'enquête
- Juillet 2011 : début de l'enquête dans les 4 centres et inclusion des patients jusqu'au nombre maximal de 100 patients par centre
- Septembre 2011 : fin de l'enquête dans les 4 centres
- Octobre 2011 : récupération des questionnaires remplis
- Novembre 2011 à février 2012 : saisie et analyse des données

Il est à noter que notre étude s'étant déroulée durant la période estivale, les centres fonctionnaient avec des effectifs réduits et un rythme de travail ralenti.

1.3.4 Plan d'analyse

La saisie des données a été faite sous Excel® avec l'aide de Frédérique Courteaux, secrétaire du CEIP Nancy. L'analyse est quantitative et les résultats se présentent sous la forme de pourcentages.

1.3.5 Aspects déontologiques

La saisie des informations a été réalisée par une personne unique, tous les questionnaires étaient anonymes. Ces questionnaires n'ont aucunement été remis au médecin du travail.

2. Résultats

2.1 Participation

Sur les 100 questionnaires délivrés à chaque centre :

- 100 questionnaires ont été recueillis à l'ALSMT Ludres
- 57 questionnaires ont été recueillis à l'ALSMT Laxou
- 90 questionnaires ont été recueillis à l'ALSMT Pulnoy
- 100 questionnaires ont été recueillis à l'ALSMT Pont-à-Mousson

Voici la représentation de notre étude par rapport à l'activité de chaque centre :

	Ludres	Laxou	Pulnoy	Pont-à-mousson
Salariés vus en 1 an	7281	5759	8995	4843
Nombre d'actes effectués en 1 an	8208	6469	10329	5491
Estimation du nombre d'actes effectués sur la période d'enquête (2mois)	1368	1078	1721	915
« Représentativité » de notre enquête en %*	7,3%	5,3%	5,2%	10,9%

* : Nombre de salariés vus lors de l'enquête/estimation du nombre d'actes sur la période d'enquête.

Le nombre total de répondant étant de 347 salariés, le taux de participation de notre enquête s'élève à 86,7%.

Les résultats suivants n'ont pas été répartis sur chacun des centres car les résultats sont similaires pour les 4 centres d'enquête.

2.2 Le sexe

Sexe	N = 341	NP* = 6
Hommes	185	54,3%
Femmes	156	45,7%

*NP : Non précisé

La population étudiée est en majorité une population masculine.

2.3 L'âge

Age	N = 340	NP* = 7
< 20 ans	36	10,6%
20 à 29 ans	106	31,2%
30 à 39 ans	77	22,6%
40 à 49 ans	58	17,1%
50 à 59 ans	57	16,8%
60 et plus	6	1,8%

*NP : Non précisé

Les salariés ayant renseigné une classe d'âge, n'ont pas renseigné leur âge précis. Nous n'avons donc pas pu calculer d'âge moyen dans notre échantillon.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 20-29 ans, suivie des 30-39 ans. Viennent ensuite les tranches 40-49 ans et 50-59 ans. Les 60 ans et plus sont très peu représentés avec seulement 1,8% des sondés.

2.4 La situation matrimoniale

Situation matrimoniale	N= 326	NP*=21
Couple	173	53,1%
Séparé	37	11,3%
Célibataire	112	34,4%
Veuf	4	1,2%

*NP : Non précisé

Les sujets sont majoritairement en couple (53,1% des sujets). A noter que plus d'un tiers sont célibataires (34,4%).

2.5 Les enfants au domicile

Enfants au domicile	N = 331	NP* = 16
Oui	109	32,9%
Non	222	67,1%

*NP : Non précisé

Une majorité des sujets interrogés (67,1%) n'ont pas ou plus d'enfant au domicile donc à charge.

2.6 L'activité de l'entreprise

Activité de l'entreprise	N = 336	NP* = 11
Industrie	80	23,8%
Commerce	65	19,3%
Transport	57	17,0%
Administration/Education	42	12,5%
Santé/environnement	34	10,1%
Hôtel/Restaurant	32	9,5%
Communication	13	3,9%
Prof libérales	7	2,1%
Artisanat	6	1,8%

*NP : Non précisé

Les secteurs d'activités ressortant le plus dans notre enquête sont, par ordre décroissant, l'industrie, le commerce, le transport, l'administration et la santé. Ce sont ces derniers qui retiendront notre attention pour les analyses croisées.

2.7 La nature de l'emploi

Nature de l'emploi	N=289	NP* = 58
Chauffeur	36	12,5%
Technicien	32	11,1%
Vendeur	27	9,3%
Préparateur commande	12	4,2%
Ouvrier	10	3,5%
Serveur	10	3,5%
Auxiliaire de vie	8	2,8%
Commercial	8	2,8%
Aide soignante	7	2,4%
Cuisinier	7	2,4%
Educateur	7	2,4%
Hôtesse d'accueil	7	2,4%
Livreur	7	2,4%
Secrétaire	7	2,4%
Mécanicien	6	2,1%
Ménage	6	2,1%
Animateur	5	1,7%
Cadre	5	1,7%
Electricien	5	1,7%
Caissier	4	1,4%
Cariste	4	1,4%
Manutention	4	1,4%
Agent administratif	3	1,0%
Agent de production	3	1,0%
Agent de sécurité	3	1,0%
Chef d'équipe	3	1,0%
Coiffeur	3	1,0%
Conseiller	3	1,0%
Menuisier	3	1,0%
Soudeur	3	1,0%
Assistante commerciale	2	0,7%
Assistante de gestion	2	0,7%
Assureur	2	0,7%
Boucher	2	0,7%
Contrôleur	2	0,7%
Expert comptable	2	0,7%
Formateur	2	0,7%
Infirmier	2	0,7%
Ingénieur	2	0,7%
Maçon	2	0,7%
Réceptionniste	2	0,7%
Surveillant	2	0,7%
Ambulancier	1	0,3%
Approvisionneur	1	0,3%
Boulanger	1	0,3%
Chef de secteur	1	0,3%
Comptable	1	0,3%
Directeur commercial	1	0,3%
Etudiant	1	0,3%
Gestionnaire	1	0,3%
Imprimeur	1	0,3%
Informaticien	1	0,3%
Nettoyeur industriel	1	0,3%
Peintre	1	0,3%
Préparatrice	1	0,3%
Psychologue	1	0,3%
Responsable	1	0,3%
Sableur	1	0,3%
Standardiste	1	0,3%

*NP : Non précisé

Les emplois les plus représentés dans notre enquête et qui seront retenus pour la suite des analyses sont par ordre décroissant : chauffeurs, techniciens, vendeurs, préparateurs de commande, ouvriers, serveurs.

2.8 Les types de contrats de travail des salariés

Contrat	N = 339	NP* = 8
CDI	190	56,0%
CDD	86	25,4%
Intérim	54	15,9%
Autres	9	2,7%

*NP : Non précisé

Les contrats dits autres sont pour 8 des sujets interrogés, des contrats d'apprentissage et pour le dernier un contrat saisonnier. On constate que plus de la moitié des participants à notre enquête détiennent un CDI.

2.9 Les revenus en euros

Revenu	N = 328	NP* = 19
< 1300	159	48,5%
de 1300 à 1800	120	36,6%
de 1800 à 2300	27	8,2%
> 2300	22	6,7%

*NP : Non précisé

La question portant sur la tranche des revenus révèle un fort taux (48,5%) de personnes actives gagnant moins de 1300 euros par mois, le SMIC net en 2012 étant d'environ 1097 euros mensuels. Notons que plus de 36% des sujets reçoivent un salaire se situant entre 1300 et 1800 euros.

2.10 Existence d'une maladie chronique

Maladie	N = 340	NP*=7
Oui	76	22,4%
Non	264	77,6%

*NP : Non précisé

La majorité des personnes actives ayant répondu à notre enquête ne souffrent pas de maladie chronique.

2.11 Les types de maladie chronique

Type de maladie	N=69	NP*=6
Hypertension	15	19,7%
Dépression	11	14,5%
Asthme	8	10,5%
Hypothyroïdie	6	7,9%
Lombalgie	5	6,6%
Arthrose	4	5,3%
Diabète	4	5,3%
Cancer	2	2,6%
Thrombose	2	2,6%
Allergie	1	1,3%
Maladie de Crohn	1	1,3%
Cœur	1	1,3%
Encéphalite	1	1,3%
Gastrite	1	1,3%
Glaucome	1	1,3%
Hypercholestérolémie	1	1,3%
Hypertension oculaire	1	1,3%
Hyperthyroïdie	1	1,3%
Ostéoporose	1	1,3%
Toxicomanie	1	1,3%
Vertige	1	1,3%
	69	

*NP : Non précisé

Les personnes que nous avons considérées malades sont les personnes ayant précisé souffrir d'une maladie. A noter qu'aucune personne ne déclare souffrir simultanément de plusieurs maladies.

Les maladies les plus fréquemment rencontrées sont, par ordre décroissant, l'hypertension, la dépression, l'asthme, l'hypothyroïdie, les lombalgies, l'arthrose et le diabète.

Il est à noter que la toxicomanie n'est retrouvée que pour 1,3% des sujets de notre échantillon.

2.12 Les médicaments utilisés en traitement

Au total 52 médicaments ont été cités, nous avons gardé les classes médicamenteuses les plus représentées.

Antihypertenseurs	N=12	
Alteis	2	3,8%
Kenzen	2	3,8%
Atacand	1	1,9%
Aprovel	1	1,9%
Cardensiel	1	1,9%
Cokenzen	1	1,9%
Coversyl	1	1,9%
Nebilox	1	1,9%
Olmetec	1	1,9%
Sevikar	1	1,9%

Antidépresseurs	N=6	
Seroplex	3	5,8%
Effexor	2	3,8%
Cymbalta	1	1,9%

Traitements de l'asthme	N=8	
Ventoline	6	11,5%
Symbicort	2	3,8%

Antalgiques	N=3	
Ixprim	2	3,8%
Lamaline	1	1,9%

Anxiolytiques type benzodiazépines	N=2	
Lexomil	1	1,9%
Lysanxia	1	1,9%

Traitement de substitution aux opiacés	N=1	
Buprénorphine	1	1,9%

Les médicaments listés ci-dessus correspondent aux médicaments précisés par les sujets qui ont déclaré souffrir de maladie. Nous les avons regroupés par classes médicamenteuses. Les classes les plus représentées sont :

- Les antihypertenseurs : n = 12 soit 23,1%
- Les antidépresseurs : n= 6 soit 11,5%
- Les traitements de l'asthme : n = 8 soit 15,4%
- Les antalgiques : n = 3 soit 5,7%
- Les anxiolytiques type benzodiazépines : n = 2 soit 3,8%

- Les traitements de substitution aux opiacés : n= 1 soit 1,9%

2.13 La consommation de tabac

Consommation de tabac	N= 340	NP*=7
Non fumeur	168	49,4%
Ancien fumeur	31	9,1%
Moins de 5 cigarettes	25	7,4%
De 5 à 15 cigarettes	74	21,8%
Supérieur à 15 cigarettes	42	12,4%
	340	

*NP : Non précisé

Notre échantillon se compose pour près de la moitié de non fumeurs et pour 9,1% d'anciens fumeurs. Les fumeurs représentent un peu plus de 41% avec, parmi ceux-ci, une majorité de sujets fumant de 5 à 15 cigarettes par jour.

2.14 La consommation de substances

Parmi les 347 répondants au questionnaire, 197 ont déclaré consommer une ou plusieurs substances (soit 56,7%).

2.14.1 L'âge des consommateurs

Age des consommateurs	N=197	
< 20 ans	22	11,2%
20 à 29 ans	71	36,0%
30 à 39 ans	42	21,3%
40 à 49 ans	30	15,2%
50 à 59 ans	29	14,7%
60 et plus	3	1,5%

Les sujets ayant déclaré consommer des substances sont majoritairement âgés de 20 à 39 ans. Viennent ensuite les tranches des 40-49 ans et 50-59 ans pour environ 15% chacune.

2.14.2 Les mono et poly consommateurs

Consommateur de 1 produit	197	100%
Consommateur de 2 produits	49	24,9%
Consommateurs de 3 produits	10	5,1%

Parmi les 197 consommateurs de substances, près de 30% sont des polyconsommateurs.

2.14.3 Les produits consommés

Produits utilisés	N=256 nombre de citations	%
Alcool	174	68%
Cannabis	33	12,9%
Tranquillisants	23	9%
Antidépresseurs	15	5,9%
Cocaïne	5	2%
Subutex®	4	1,6%
Autres	2	0,8%
Ecstasy	0	0%

Le produit le plus consommé est l'alcool dans 68% des cas, suivi par le cannabis, les tranquillisants, les antidépresseurs et la cocaïne. Notons que le Subutex® représente 1,6% des substances consommées.

Dans la catégorie « Autres », les produits cités ont été :

- le Codoliprane®, antalgique, association de paracétamol et de codéine.
- le Buspar®, anxiolytique, retiré du marché depuis juin 2010

2.14.4 Les raisons expliquant la consommation

Raisons	N=223 raisons citées	
Plaisir	145	65,0%
Stress	42	18,8%
Surmenage	19	8,5%
Maladie	10	4,5%
Plus productif	5	2,2%
Autres	2	0,9%
	223	

197 personnes ont déclaré consommer au moins un produit. 186 de ces personnes ont répondu à l'item sur les raisons de leurs consommations : 184 ont renseigné cette raison parmi celles proposées. 2 ont répondu « Autres », une, en évoquant des insomnies et la deuxième personne n'a pas précisé.

A la lecture des résultats, il apparaît très clairement que la consommation se fait pour un effet plaisant (65% des cas) nettement mis en avant devant un effet anti-stress ou pour faire face au surmenage.

2.15 Analyses croisées

Après une analyse descriptive de chacun des items renseignés dans le questionnaire, nous avons réalisé des analyses croisées.

2.15.1 Age et maladie

Lorsqu'une maladie est identifiée, quel âge ont les malades ?

	Type de maladie										
	Arthrose N=4		Asthme N=8		Dépression N=11		Hypertension N=15			Lombalgie N=5	
Age	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	
< 20 ans	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	
20 à 29 ans	0%	0	37,5%	3	9,1%	1	0%	0	20%	1	
30 à 39 ans	25%	1	25%	2	36,4%	4	33,3%	5	20%	1	
40 à 49 ans	0%	0	0%	0	36,4%	4	20%	3	40%	2	
50 à 59 ans	50%	2	37,5%	3	19,2%	2	40%	6	20%	1	
60 et plus	25%	1	0%	0	0%	0	6,7%	1	0%	0	

Les problèmes d'arthrose concernent, sans grande surprise, les plus de 50 ans. La dépression concerne majoritairement les 30-49 ans et touche également de manière non négligeable les 20-29 ans. Les lombalgies concernent toutes les classes d'âge.

2.15.2 Age et produits consommés

Dans une catégorie d'âge, quels sont les produits consommés et dans quelle proportion ?

	Ages										
	<20 ans N=22		20 à 29 ans N=71		30 à 39 ans N=42		40 à 49 ans N=30		50 à 59 ans N=29		
Produits	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcool (n=174)	90,9%	20	94,4%	67	88,1%	37	83,3%	25	79,3%	23	66,7%
Cocaïne (n=5)	0%	0	2,8%	2	2,4%	1	3,3%	1	3,4%	1	0%
Tranquillisants (n=23)	0%	0	4,2%	3	16,7%	7	10%	3	31%	9	33,3%
Antidépresseurs (n=15)	0%	0	0%	0	7,1%	3	10%	3	27,6%	8	33,3%
Cannabis (n=33)	45,5%	10	18,3%	13	16,7%	7	6,7%	2	3,4%	1	0%

Toutes les classes d'âge consomment principalement de l'alcool. Cependant plus on avance en âge et plus cette proportion diminue. Le cannabis est lui, fortement consommé par les moins de 20 ans. Les médicaments sont bien plus consommés par les plus de 50 ans.

2.15.3 Age et raisons de consommation

Suivant les raisons de consommation tous produits confondus, quelles sont les catégories d'âge concernées ?

Age	Raisons					
	Stress N=41		Surmenage N=20		Plaisir N=145	
	%	N	%	n	%	n
< 20 ans	19,5%	8	0%	0	14,5%	21
20 à 29 ans	12,2%	5	25%	5	44,8%	65
30 à 39 ans	31,7%	13	20%	4	19,3%	28
40 à 49 ans	14,6%	6	30%	6	13,1%	19
50 à 59 ans	19,5%	8	25%	5	7,6%	11
60 et plus	2,4%	1	0%	0	0,7%	1

Les sujets ayant déclaré consommer pour combattre leur stress sont âgés majoritairement de 30 à 39 ans. Le sujets ayant déclaré consommer pour le plaisir sont, pour près de 45%, âgés de 20 à 29 ans.

2.15.4 Produits consommés et raisons de consommation

Selon les produits consommés, quelles sont les raisons évoquées ?

Raisons	Produits utilisés									
	Alcool N=174		Tranquillisants N=23		Cocaïne N=5		ATD N=14		Cannabis N=32	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Maladie	2,9%	5	17,4%	4	0,0%	0	21,4%	3	3,1%	1
Stress	16,1%	28	60,9%	14	40,0%	2	42,9%	6	37,5%	12
Surmenage	7,5%	13	26,1%	6	40,0%	2	21,4%	3	12,5%	4
Etre plus productif	2,3%	4	0,0%	0	60,0%	3	7,1%	1	6,3%	2
Plaisir	81,0%	141	0,0%	0	40,0%	2	7,1%	1	43,8%	14
Autres	1,1%	2	4,3%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0

Il ressort de notre enquête que l'alcool est très largement consommé pour le plaisir. Notons une proportion non négligeable de consommateurs d'alcool pour un effet anti-stress. Les tranquillisants et antidépresseurs, eux, sont majoritairement consommés dans les cas de stress puis de surmenage. La cocaïne est consommée à 60% pour rendre plus productif, à noter cependant le faible effectif de consommateurs de cocaïne. Il ressort enfin que le cannabis est tout d'abord consommé pour le plaisir, mais que plus de 37% le consomment pour combattre leur stress.

2.15.5 Consommation de médicaments en plus des substances

Est-ce que les consommateurs de substances consomment également des médicaments, en traitement d'une maladie ?

	Ages											
	<20 ans N=22		20 à 29 ans N=71		30 à 39 ans N=42		40 à 49 ans N=30		50 à 59 ans N=29		>60 ans N=3	
Classe Médicamenteuse	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Antihypertenseurs	0%	0	0%	0	14,3%	6	6,7%	2	10,3%	3	3,3%	1
Traitements Asthme	0%	0	5,6%	4	4,8%	2	0%	0	6,9%	2	0%	0
Antidépresseurs	0%	0	0%	0	7,1%	3	6,7%	2	3,4%	1	0%	0
Antalgiques	0%	0	1,4%	1	2,4%	1	3,3%	1		0	0%	0
Benzodiazépines	0%	0	0%	0	2,4%	1	0%	0	3,4%	1	0%	0
Traitements substitution aux opiacés	0%	0	1,4%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0

Chez les moins de 20 ans, il n'y a aucune consommation associée de médicaments. Après 30 ans on observe une consommation d'antihypertenseurs, de même que d'antidépresseurs et de benzodiazépines.

2.15.6 Secteurs d'activité et consommation de substances

Parmi les secteurs d'activité les plus représentés (cf tableau page 59), quelle est la part des sujets qui consomment ?

1- Des médicaments

	Consomment		Ne consomment pas		Total
Industrie	12,5%	10	87,5%	70	80
Transport	10,5%	6	89,5%	51	57
Administration	19%	8	80,9%	34	42
Commerce	12,3%	8	87,7%	57	65

La prise de médicaments concerne entre 10 et 19% des salariés des secteurs d'activité les plus représentés dans notre enquête ; l'administration est le secteur le plus concerné.

2- Des produits

	Consomment		Ne consomment pas		Total
Industrie	57,5%	46	42,5%	34	80
Transport	64,9%	37	35,1%	20	57
Administration	50%	21	50%	21	42
Commerce	56,9%	37	43,1%	28	65

Au moins la moitié des salariés de chacun des secteurs d'activité les plus représentés, consomme des substances. Le secteur ayant la plus forte proportion de consommateurs est le transport.

Parmi les secteurs d'activité les plus représentés dans notre échantillon, nous avons cherché quels produits étaient les plus consommés dans ces secteurs d'activité.

Industrie/ N=46		
Produits	%	n
Alcool	91,3%	42
Cocaïne	0,0%	0
Tranquillisant	10,9%	5
Antidépresseur	2,2%	1
Cannabis	30,4%	14
Subutex	2,2%	1

Transport/ N=37		
Produits	%	n
Alcool	97,3%	36
Cocaïne	0,0%	0
Tranquillisant	2,7%	1
Antidépresseur	5,4%	2
Cannabis	5,4%	2
Subutex	2,7%	1

Commerce/N=37		
Produits	%	n
Alcool	81,1%	30
Cocaïne	10,8%	4
Tranquillisant	18,9%	7
Antidépresseur	8,1%	3
Cannabis	2,4%	9
Subutex	0%	0

Administration/N=21		
Produits	%	n
Alcool	90,5%	19
Cocaïne	0,0%	0
Tranquillisant	19%	4
Antidépresseur	9,5%	2
Cannabis	0,0%	0
Subutex	0%	0

L'alcool est de loin la substance la plus consommée dans notre échantillon, arrivant en tête des substances consommées dans chacun des secteurs d'activité les plus représentés, les employés du transport étant néanmoins les plus gros consommateurs par la consommation d'alcool. Dans le secteur industriel, le cannabis est consommé par plus de 30% des employés de ce secteur. Le secteur commercial est lui touché par la consommation de tranquillisants, et par la consommation de cocaïne. Enfin, les salariés de l'administration, dans notre échantillon, consomment pour 19% des tranquillisants et près de 10% des antidépresseurs.

Nous avons complété notre analyse en cherchant les secteurs d'activité les plus concernés par la consommation des différentes substances

Alcool N=174		
	%	n
Industrie	24,1%	42
Transport	20,7%	36
Commerce	17,2%	30
Administration	10,9%	19
Hôtel/Restaurant	8,6%	15
Santé/Environnement	6,9%	12
Communication	6,3%	11
Profession libérale	1,7%	3
Artisanat	2,3%	4

Pour l'alcool, les secteurs les plus touchés sont ceux de l'industrie et des transports suivis de près par le commerce.

Cocaïne N=5		
	%	n
Hôtel/Restaurant	20%	1
Commerce	80%	4

Le secteur commercial est le plus touché par la cocaïne. Il est à noter que le nombre de consommateurs de cocaïne est faible.

Tranquillisants N=23		
	%	n
Commerce	30,4%	7
Industrie	21,7%	5
Administration	17,4%	4
Profession libérale	8,7%	2
Communication	8,7%	2
Hôtel/Restaurant	4,3%	1
Santé/Environnement	4,3%	1
Transport	4,3%	1

Les tranquillisants sont consommés pour plus de 30% par des employés du secteur commercial suivis par les employés du secteur industriel. L'administration est aussi concernée par cette consommation avec plus de 17% de consommateurs.

Antidépresseurs N=15		
	%	n
Commerce	20%	3
Transport	13,3%	2
Communication	13,3%	2
Administration	13,3%	2
Hôtel/Restaurant	13,3%	2
Santé/Environnement	13,3%	2
Industrie	6,7%	1
Profession libérale	6,7%	1

Les antidépresseurs sont consommés par 20% des employés du secteur commercial.

Cannabis N=33		
	%	n
Industrie	42,4%	14
Commerce	27,2%	9
Hôtel/Restaurant	18,2%	6
Transport	6%	2
Profession libérale	3%	1
Santé/Environnement	3%	1
Administration	0%	0
Communication	0%	0

Plus de 40% des employés du secteur industriel consomment du cannabis. Suivent ensuite les employés du secteur commercial puis de l'hôtellerie restaurant.

Subutex N=4		
	%	n
Industrie	25%	1
Transport	25%	1
Santé/Environnement	25%	1
Artisanat	25%	1

Pour le Subutex®, il n'y a pas d'interprétation possible.

Les raisons de consommation en fonction de l'activité de l'entreprise

Notons que plusieurs raisons ont pu être données.

Secteur d'activité	Consommation de produits	Ayant évoqué au moins une raison
Industrie	46	45
Transport	37	33
Administration	21	19
Commerce	37	35

Raisons	Secteur d'activité						
	Industrie N=45		Transport N=33		Administrat N=19		Commerce N=35
Maladie	6,7%	3	6,1%	2	5,3%	1	2,8%
Stress	24,5%	11	18,2%	6	21,1%	4	28,6%
Surmenage	8,9%	4	6,1%	2	5,3%	1	11,4%
Etre plus productif	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	11,4%
Plaisir	88,9%	40	72,7%	24	78,9%	15	74,3%

On constate que pour tous les secteurs d'activité, la principale raison de consommation est le plaisir pour environ 70% des salariés, sauf dans le secteur industriel où 88,9% évoquent le plaisir comme raison de consommation. La seconde raison majeure citée par les travailleurs est le stress : aux alentours de 20% pour les secteurs d'activité sauf pour le commerce, où le stress est plus fréquemment cité, aux environs de 28%. Le surmenage est cité par 11,4% du secteur commercial et 8,9% du secteur industriel. Enfin, la volonté d'être plus productif ne concerne que le secteur commercial (plus de 11%).

Classes médicamenteuses utilisées en fonction de l'activité de l'entreprise

Secteur activité	Antihypertenseurs N=12		Traitements de substitution aux opiacés N=1		Antidépresseurs N=6		Antalgiques N=3		BZD N=2		TTT Asthme N=8	
Industrie/Construction	33,3%	4	100%	1	0%	0	66,7 %	2	50%	1	0%	0
Transport	25%	3	0%	0	0%	0	33,3 %	1	0%	0	0%	0
Santé/Environnement	0%	0	0%	0	33,3 %	2	0%	0	0%	0	25%	2
Hôtellerie/Restauration	0%	0	0%	0	16,7 %	1	0%	0	0%	0	25%	2
Communication	16,7%	2	0%	0	16,7 %	1	0%	0	0%	0	0	0
Administration	8,3%	1	0%	0	16,7 %	1	0%	0	0%	0	12,5%	1
Commerce	16,7%	2	0%	0	16,7 %	1	0%	0	50%	1	37,5%	3
Professions Libérales	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Artisanat	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0

L'interprétation est délicate à la vue des effectifs faibles.

Les produits et médicaments utilisés en fonction des emplois les plus cités par les consommateurs

2.15.7 Emplois et consommation de substances

Parmi les emplois les plus représentés, quelle est la part de sujets qui consomment ?

1- Des médicaments

	Consomment		Ne consomment pas		Total
Chauffeur	11,1%	4	88,9%	32	36
Ouvrier	10%	1	90%	9	10
Préparateur commande	16,7%	2	83,3%	10	12
Serveur	10%	1	90%	9	10
Technicien	12,9%	4	87,1%	27	31
Vendeur	11,5%	3	88,5%	23	26

Parmi les emplois les plus représentés, plus de 16% des préparateurs commande sont sous traitements médicamenteux.

2- Des produits

	Consomment		Ne consomment pas		Total
Chauffeur	66,7%	24	33,3%	12	36
Ouvrier	50%	5	50%	5	10
Préparateur commande	33,3%	4	66,7%	8	12
Serveur	50%	5	50%	5	10
Technicien	71,9%	23	28,1%	9	32
Vendeur	63%	17	37%	10	27

Parmi les emplois les plus représentés, nous retrouvons une majorité de consommateurs chez les techniciens, chauffeurs, vendeurs, ouvriers et serveurs.

Parmi les emplois les plus représentés dans notre échantillon, nous avons cherché quels produits étaient les plus consommés par ces mêmes emplois.

Chauffeurs/ N=24		
Alcool	100%	24
Antidépresseurs	8,3%	2
Cannabis	4,2%	1

Ouvriers/ N=5		
Alcool	80%	4
Tranquillisants	20%	1
Cannabis	20%	1

Préparateurs commande/ N=4		
Alcool	75%	3
Tranquillisants	25%	1
Cannabis	25%	1

Serveurs/ N=5		
Alcool	100%	5
Cannabis	60%	3

Techniciens/ N=23		
Alcool	95,7	22
Cocaïne	4,4%	1
Tranquillisants	4,4%	1
Antidépresseurs	4,4%	1
Cannabis	17,4%	4

Vendeurs/ N=17		
Alcool	70,6%	12
Tranquillisants	29,4%	5
Cannabis	23,5%	4
Cocaïne	5,8%	1
Antidépresseurs	11,8%	2

Nous avons complété notre analyse en cherchant les natures d'emploi les plus concernés par la consommation des différentes substances

Nature emploi	Alcool N=174	
	%	n
Chauffeur	13,8%	24
Technicien	12,6%	22
Vendeur	6,9%	12
Commercial	4,6%	8
Serveur	2,9%	5

Nature emploi	Cocaïne N=5	
	%	n
Responsable	20%	1
Vendeur	20%	1
Chef de secteur	20%	1
Technicien	20%	1
Non précisé	20%	1

Nature emploi	Tranquillisants N=23	
	%	n
Vendeur	21,7	5

Nature emploi	Antidépresseurs N=15	
	%	n
Chauffeur	13,3	2
Vendeur	13,3	2

Nature emploi	Cannabis N=33	
	%	n
Vendeur	12,1%	4
Technicien	12,1%	4
Serveur	9,1%	3
Manutention	6,1%	2

Les classes médicamenteuses consommées en fonction de la nature de l'emploi :

Lorsque l'on regarde par quels types d'employés les médicaments sont pris, aucune nature d'emploi ne ressort plus qu'une autre.

Les raisons de consommations en fonction de la nature de l'emploi

Nature emploi	Consommation de produits	Consommateurs ayant évoqué au moins une raison
Chauffeur N=36	24	22
Ouvrier N=10	5	5
Préparateur commande N=12	4	4
Serveur N=10	5	5
Technicien N=32	23	22
Vendeur N=27	17	17

Nous noterons qu'ici un sujet peut avoir donné plusieurs raisons.

Raisons	Nature emploi										
	Chauffeur N=22		Ouvrier N=5		Préparateur Commande N=4		Serveur N=5		Technicien N=22		Vendeur N=17
Maladie	9,1%	2	20%	1	25%	1	0%	0	0%	0	0%
Stress	18,2%	4	20%	1	50%	2	20%	1	9,1%	2	35,3%
Surmenage	9,1%	2	0%	0	0%	0	0%	0	4,5%	1	17,6%
Etre plus productif	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	4,5%	1	11,8%
Plaisir	68,2%	15	80%	4	75%	3	100%	5	90,9%	20	64,7%
											11

Tous les métiers évoquent majoritairement le plaisir comme raison de consommation, avec une prévalence plus forte pour les ouvriers (80%) et les serveurs (100%, mais ces emplois ne concernent que 5 salariés). Le stress est présent chez plus de 35% des vendeurs, 18,2% des chauffeurs et plus de 9% des techniciens. Il est évoqué par 50% des préparateurs commande mais sur un effectif de 4 salariés seulement. Près de 18% des vendeurs consomment pour des raisons de surmenage et enfin plus de 11% des vendeurs sont consommateurs pour se rendre plus productifs au travail.

2.15.8 Consommation de tabac et consommation de substances

Les fumeurs consomment-ils également des substances ?

Consommation de tabac	Consommant d'autres produits		Ne consommant pas d'autres produits		Total
Inférieur à 5 cigarettes	72%	18	28%	7	25
De 5 à 15 cigarettes	74,3%	55	25,7%	19	74
Supérieur à 15 cigarettes	73,8%	31	26,2%	11	42

Dans notre enquête, les fumeurs consomment majoritairement des produits avec plus de 72% de consommateurs de substances pour chacune des classes de fumeurs.

En fonction de la consommation de tabac, quels sont les produits consommés par les fumeurs ?

	Consommation de tabac					
	Inférieur à 5 cigarettes N=18		De 5 à 15 cigarettes N=55		Supérieur à 15 cigarettes N=31	
Alcool	83,3%	15	96,4%	53	83,9%	26
Cocaïne	0%	0	1,8%	1	3,2%	1
Tranquillisant	5,6%	1	0%	0	12,9%	4
Antidépresseur	0%	0	0%	0	0%	0
Cannabis	11,1%	2	1,8%	1	0%	0

Les trois classes de fumeurs consomment majoritairement de l'alcool avec une plus forte proportion de consommateurs d'alcool parmi les sujets fumant de 5 à 15 cigarettes par jour (plus de 96% de consommateurs). Le cannabis est consommé par 11% des fumeurs fumant moins de 5 cigarettes par jour, alors que les tranquillisants, eux, sont consommés par près de 13% des fumeurs fumant plus de 15 cigarettes par jour.

3. Interprétation des résultats

3.1 Justification de l'étude

Depuis quelques années et plus particulièrement ces derniers mois, les médias évoquent régulièrement les conduites dites addictives sur le milieu du travail et leur augmentation croissante. Le Figaro titre le 17 janvier 2012, « Drogue : l'entreprise frappée de plein fouet ». S'agissant d'un enjeu de Santé Publique, au vu du coût pouvant être engendré pour l'entreprise et pour la société elle-même par de telles pratiques, il semble nécessaire de multiplier les études descriptives afin d'établir, par le biais des données collectées, un vrai reflet épidémiologique de tels comportements en France.

3.2 Biais

3.2.1 Biais de recrutement

Lors de la distribution des questionnaires, les secrétaires de chacun des 4 centres étaient chargées de remettre un questionnaire et une enveloppe, à chaque salarié se présentant dans le cadre de la visite médicale. Il n'a cependant pas été possible de savoir si cela a bien été respecté dans chacun des quatre centres ALSMT, il semble en effet que l'ensemble des questionnaires n'a pas été distribué dans certains des centres.

3.2.2 Biais de non réponse

Les salariés ont un « droit de refus » lors de l'enquête, et, au cours des questionnaires certaines données n'ont pas été remplies, telles que la nature de l'emploi ou les raisons de consommations

3.3 Comparaison des résultats obtenus lors de l'enquête par rapport à d'autres enquêtes rapportées dans la littérature.

La question de la consommation dans le monde du travail n'est plus « tabou », a déclaré Etienne Apare, président de la MILDT, lors de la publication d'un guide sur ce thème à destination des acteurs du monde du travail.

Notre étude révèle tout d'abord que les substances psychoactives consommées sont différentes selon l'âge des consommateurs. En effet, les plus jeunes (moins de 20 ans) consomment essentiellement du cannabis (45,5%), alors que les plus âgés (supérieur à 50 ans) consomment essentiellement plus de tranquillisants (plus de 30%) et d'antidépresseurs (plus de 27%). La consommation d'alcool, elle, est présente en majorité pour toutes les classes d'âges et concerne une très grande majorité de notre échantillon tous âges confondus et tous secteurs confondus.

En mai 2000, 2106 sujets de la région toulousaine ont été interrogés par autoquestionnaire au cours de la visite annuelle de médecine du travail (30). Les données recueillies concernaient les caractéristiques socioprofessionnelles, la satisfaction globale et le stress au travail et hors travail,

l'usage de substances psychoactives licites (médicaments, alcool, café) pour faire face aux contraintes du travail, les comportements alimentaires et la dépendance à la nicotine.

Les résultats de cette enquête ont montré que 4,1% des salariés consomment une boisson alcoolisée afin de se détendre ou d'être plus à l'aise au travail et 43,9% des sujets ont rapporté consommer une boisson alcoolisée pour se détendre après une journée difficile au travail.

Dans notre enquête il ressort donc que l'alcool est majoritairement consommé par toutes les tranches d'âges de salariés ayant participé à notre enquête, en constatant que la proportion de consommateurs diminue cependant avec l'âge. Les raisons évoquées pour cette consommation d'alcool sont, pour 81% des consommateurs, le plaisir et, pour plus de 16%, le stress.

L'enquête menée en région toulousaine montre également que 20% des salariés ont recours à un médicament pour être en forme au travail. Les médicaments les plus consommés étant : les psycholeptiques, les anxiolytiques, les hypnotiques et sédatifs (en sortant du travail), les analgésiques et enfin les vitamines et suppléments minéraux. A noter que plus de 18% des salariés utilisaient un ou plusieurs médicaments pour se détendre après le travail.

Dans notre enquête, les classes médicamenteuses les plus consommées sont les antihypertenseurs, surtout consommés dans le secteur industriel/construction (33,3%) et le secteur des transports (25%), les antidépresseurs pour plus de 33% consommés dans la santé/environnement et pour plus de 16% dans les secteurs de : l'hôtellerie/restauration, la communication, l'administration et le commerce. Il est à noter toutefois que l'effectif des consommateurs d'antidépresseurs est faible, N=6. Les antalgiques (N=3) concernent le secteur industrie/construction et le transport.

Dans notre enquête la consommation de tranquillisants concerne plus de 30% des employés du secteur commercial, 21,7% du secteur industrie/construction, et plus de 17% de l'administration.

En 2005, une micro-enquête a été menée par la Mutualité Sociale Agricole (12), avec un autoquestionnaire lors d'une visite médicale, où à l'aide d'une fiche d'aptitude qui était délivrée chez des chauffeurs (tracteuristes, engins, caristes, poids lourds). Ce questionnaire permettait l'analyse de consommation de quatre produits : tabac, cannabis, alcool et médicaments. Sur 1604 questionnaires, il en ressort que 36% des personnes interrogées sont des fumeurs réguliers, 8% ont fumé du cannabis lors des douze derniers mois et 22% présentent une consommation d'alcool à risque ou sont dépendants. Enfin 9,5% des personnes prennent un ou plusieurs médicaments.

Lors de notre enquête, il ressort aussi que dans le secteur des transports, des comportements à risque existent puisque 64,9% des salariés du transport consomment des substances psychoactives et 10,5% consomment des médicaments dans le cadre d'une maladie chronique. 97,3% des salariés du transport consomment de l'alcool, cependant

l'enquête ne révèle pas une éventuelle consommation à risque pendant les heures de travail. Enfin, nous constatons que les deux substances les plus consommées par les salariés du transport, après l'alcool, sont les antidépresseurs (5,4%) et le cannabis (5,4%).

L'expertise collective de l'INSERM relative aux dommages sociaux de l'alcool, publiée en 2003 (23), a conclu que des consommations d'alcool sont constatées dans les professions physiquement les plus pénibles (bâtiment, agriculture, manutention) et les professions en contact avec le public (commerçants, artisans, chefs d'entreprise). Notre étude révèle pour l'alcool de fortes consommations dans les secteurs de l'Industrie/construction, des transports, du commerce qui corroborent avec l'analyse de l'INSERM. L'administration ressort elle aussi de notre enquête, avec plus de 10% des salariés de ce secteur se disant consommateurs d'alcool.

Une recherche exploratoire menée par l'OFDT (18) sur les usages de drogues et la vie professionnelle a sélectionné 41 personnes âgées de 24 à 49 ans, exerçant une activité professionnelle depuis plus d'un an et consommant au moins 10 fois par an des substances illicites autres que le cannabis. Ces personnes parviennent 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 et sans s'exposer à des sanctions judiciaires. Les effets recherchés et le sens donné à la consommation sont tout d'abord la décompression. Et cet usage peut être assimilé à une grande part de la population active qui a recours à une consommation modérée d'alcool. La deuxième raison évoquée est « siffler en travaillant », le recours aux substances intervient souvent pour lutter contre la fatigue, l'ennui, la mauvaise humeur et la démotivation, qui sont les pires ennemis du travail. La troisième raison est l'envie de vivre doublement, avoir une existence sociale en dehors du cadre professionnel, utiliser les substances comme dopant pour assumer à la fois les heures de travail et extra-professionnelles.

Les salariés ayant répondu à notre enquête disent, en majorité, utiliser des substances psychoactives pour le plaisir à 65%. Surmonter le stress est la deuxième raison évoquée (18%), le surmenage concerne 8,5% des consommateurs, et le fait d'être plus productif au travail ne concerne seulement que 2,2% des consommateurs.

Il est à noter par ailleurs que le stress touche en majorité les 30-39ans (31,7%) dans notre enquête, et cette tranche d'âge est la plus touchée par des problèmes d'hypertension artérielle (33,3%).

Pour le plaisir, l'alcool est sans surprise la substance la plus consommée (81% des consommateurs), suivi du cannabis (près de 44% de ses consommateurs). Le stress, quant à lui, est la raison de consommation pour 60,9% des consommateurs de tranquillisants et près de 43% d'antidépresseurs. Ce qui est plus inattendu, c'est que plus de 37% des consommateurs de cannabis évoquent le stress comme raison de consommation et c'est le cas pour 16% des consommateurs d'alcool.

Respectivement, 26% des consommateurs de tranquillisants et 21% d'antidépresseurs consomment pour combattre le surmenage.

La cocaïne, elle, est utilisée par 60% des salariés pour être plus productifs.

L'enquête de l'OFDT révèle que sur les lieux de travail où la moyenne d'âge est basse (de 25 à 35ans), l'usage du cannabis est globalement décrit comme courant. Ceci est confirmé dans notre enquête, avec les plus forts taux de consommation chez des salariés âgés de moins de 20ans jusqu'à 39ans, mais une consommation nettement plus importante chez les moins de 20ans avec 45,5% de consommateurs.

Enfin, dans l'enquête de l'OFDT, la cocaïne ressort comme la drogue de la performance : pour beaucoup l'usage de la cocaïne vise à tenir éveillé, à « remettre en état ». Les salariés de notre étude évoquent une consommation de cocaïne dans 60% des cas pour être plus productif et dans 40% des cas pour le stress, le surmenage et le plaisir, ce qui semble en accord avec les constatations de l'OFDT.

Conclusion

Les résultats de notre enquête sont pour la majorité en accord avec les résultats exploitables d'enquêtes similaires sur des populations actives françaises. Il ressort tout d'abord que l'alcool est la substance psychoactive la plus répandue et la plus consommée parmi la population salariée. Bien qu'elle semble utilisée en majorité pour le plaisir, donc à priori en dehors des heures de travail, il n'en demeure pas moins que plus de 16% des salariés en consomment pour vaincre le stress.

Pour l'alcool, il semblerait important d'approfondir les études dans le secteur du transport où la consommation est davantage problématique avec 97,3% de consommateurs.

Notre étude révèle que les secteurs d'activité ne sont pas touchés par la consommation des mêmes substances. Le secteur industriel est touché par une forte consommation de cannabis, soulignons que cela peut devenir problématique pour des salariés occupant des postes de sûreté et sécurité (PSS) pouvant entraîner un danger pour la vie du consommateur et celle des autres salariés. Malgré un faible effectif, le commerce est lui touché par la consommation de cocaïne avec 1 salarié sur 10, pouvant s'expliquer par une pression forte en termes de résultats, et donc une volonté d'être plus productif.

Enfin les raisons évoquées par les salariés sont pour la majorité le plaisir, plus de 70% des salariés évoquent cette raison pour expliquer leur consommation. Le stress est la 2^e raison évoquée, aux alentours de 20% dans tous les secteurs d'activité, sauf pour le secteur commercial avec près de 29%. Ce secteur est aussi touché par le surmenage avec plus de 11% des salariés. Ces résultats évoquent donc un certain mal-être au travail poussant certaines personnes à recourir à des substances pouvant avoir des conséquences graves dans le cadre du travail, mais aussi pour leur santé personnelle.

Les chiffres actuellement exploitables sur le sujet, résultats d'enquêtes similaires à la nôtre, proviennent également des visites médicales du travail. Le médecin du travail a donc un rôle prépondérant à jouer dans la prévention, la détection et la lutte de ces conduites, en sensibilisant ses patients, et en leur proposant des dépistages, mission pour laquelle la médecine du travail pourrait être de plus en plus sollicitée.

Enfin le pharmacien a lui aussi un rôle à jouer pour prévenir ces conduites. Des patients peuvent venir solliciter le pharmacien au comptoir pour obtenir des conseils, ou encore un produit visant à combattre une fatigue, un stress passager, ou lui permettant d'être plus performant. A ce niveau le pharmacien doit tenir son rôle de professionnel de santé en répondant à l'attente du patient tout en préservant sa santé. Il va conseiller le patient sur l'usage du médicament en lui indiquant des posologies optimales, des conseils de prise ainsi que les effets possibles en cas d'abus (9), mais aussi en l'orientant vers les spécialistes si une prise en charge s'avère nécessaire.

Bibliographie :

1. Agence Mondiale Antidopage

Code Mondial Antidopage, 2009. Consultable sur :

http://www.wada-ama.org/rtecontent/document/code_v2009_Fr.pdf (Consultation : 2 décembre 2011)

2. Agid Yves

Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection

Avis N°114, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 19 mai 2011, 29 pages. Consultable sur :

<http://www.wk-rh.fr/actualites/upload/avis-comite-consultatif-national-ethique-depistage-alcool-droge-travail.pdf> (Consultation : 21 février 2012)

3. Association Lorraine de Santé en Milieu de Travail

<http://www.alsmt.org> consulté le 25/01/12

4. Beck François, Guignard Romain, Richard Jean-Baptiste, Wilquin Jean-Louis, Peretti-Wattel Patrick
Baromètre santé 2010

Edition INPES

5. Ben Amar Mohamed

Pharmacologie du cannabis et synthèse des analyses des principaux comités d'experts,
Cannabis vol. 2, n° 2, 2004, édition Drogues, santé et société. 21 pages.

6. Berghmans Claude

Stress au travail,

Edition Dunod, collection : Fonctions de l'Entreprise, aout2010, 272 pages

7. Bernard Louis, Ben Amar Mohamed

Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie,

Edition Les Presses de l'Université de Montréal, 2002, 893 pages

8. Besançon François, Gérard Simon

Prévention des dommages dus à l'alcool en médecine du travail : objectifs évaluables, résultats.

Alcoologie et Addictologie 2002; numéro 24, PRINCEPS Editions, pages 63-66

9. Biondaro Benoît

La prévention des conduites dopantes par le pharmacien d'officine

Thèse de docteur en pharmacie, faculté de pharmacie de Nancy, mars 2003, pages 64-65

10. Bonin Michel, Norton Ron, Weinrath Michael

L'usage de la cocaïne Recommandations en matière de traitement et de réadaptation,

Université de Winnipeg, édition Santé Canada, 2001. 47pages.

11. Code de la famille et de l'aide sociale.
Dalloz, 1997, 12ème édition Paris. Pages 606,608,617
12. Devos Claude
Enquête nationale chez les chauffeurs affiliés à la Mutualité Sociale Agricole
Conduites addictives et travail, actes du 29e congrès national de médecine et santé au travail
Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2006; p67
13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSMIV-TR),
American Psychiatric Association, 2000
14. Drummer Olaf
Drugs in oral fluid in randomly selected drivers
Victorian Institute of Forensic Medicine
Forensic Sci Int. 2007, pages 105-110
15. Dwight Rodrick
Les conduites dopantes au travail, de la performance à l'automédication
Addiction Info Suisse - Avril 2011. Consultable sur :
http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Articles-Conduites-dopantes.pdf
(Consultation : 05 janvier 2012)
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction,
<http://www.emcdda.europa.eu> (Consultation : 19/01/2012)
17. Famosé Jean Pierre
La motivation en éducation physique et en sport, Paris,
Edition Armand Colin, 2001, Collection Dynamiques, 256 pages
18. Fontaine Astrid
Usages de drogues et vie professionnelle - Recherche exploratoire.
Tendances 2002; n° 25: 4p. Consultable sur :
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxafic.pdf> (Consultation : 07 janvier 2012)
19. Gay Vincent, Houdoyer Eric, Rouzaud Gilles
Thérapie, Volume 63, Numéro 6, Novembre 2008
Conduites dopantes en milieu professionnel : étude sur un échantillon de travailleurs parisiens,
CIAMT Santé au Travail, Paris, France, 2008
20. Gibaja Valérie
Actualité de la cocaïne,
Cours 4^e année faculté de pharmacie Nancy, CEIP-A de Nancy, 2011

21. Hamant Chloé

Les médecins du travail face aux conduites addictives - Résultats de l'enquête sur les pratiques des médecins du travail en service inter-entreprise face aux consommations de produits psychoactifs des salariés suivis.

CIRDD Rhône-Alpes. Enquêtes et résultats Février 2010. 6 pages.

22. Institut des Neurosciences, de la Santé Mentale et des Toxicomanies (INSMT)

Les neurotransmetteurs affectés par les drogues,

http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_m/i_03_m_par/i_03_m_par_nicotine.html (Consultation : 19 février 2012)

23. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendances

Expertise collective

Les Editions INSERM 2003, pages 113 à 127

24. Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies

Institut de recherche en santé du Canada

<http://lecerveau.mcgill.ca> consulté (Consultation le 13 janvier 2012)

25. Jeannin Jean-Paul

L'homme et l'alcool : évolution historique des concepts .Consultable sur :

http://www.sosreseaux.com/outils/entreprise/evolution_concepts.pdf (Consultation le 18 février 2012)

26. Journal Officiel de La République

Code du travail

Article R241-1 Abrogé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. 9 (V)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006808427&dateTexte=&categorieLien=cid> (Consultation : 19 janvier 2012)

27. Journal Officiel de la République

Loi n°99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage. Consultable sur :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000758636> (Consultation : 11 Décembre 2012)

28. Kahn Jean-Pierre, De Talance Nicole, Michaux Claude, Witkowski Pierrette, Burlet Claude, Mejean Luc, Laxenaire Michel

Le cortisol salivaire : une alternative au dosage du cortisol plasmatique,

Psychiatry & Psychobiology, 1990, vol 5, numéro 2, 129-136

29. Karasek Robert

Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign.

Administrative Science Quarterly 1979 ; n°24 : p 285-308.

30. Lapeyre-Mestre Maryse
Étude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la région toulousaine
Thérapie Volume 59, Numéro 6
Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique Novembre-Décembre 2004, Pages 615 – 623

31. Laure Patrick
Psychotropes 2002, Revue internationale des toxicomanies et des addictions.
Les conduites dopantes: une prévention de l'échec? De Boeck Université, pages 31 à 38

32. Legeron Patrick
Le stress au travail,
Edition Odile Jacob, 2003, 380 pages

33. Lieberman Joseph
History of the Use of Antidepressants in Primary Care,
Psychiatry 2003; page 6-10.

34. Michelle Estelle
Suicides en lien avec le travail.
Etude épidémiologique rétrospective (2006-2010) auprès des médecins du travail lorrains.
Thèse de docteur en médecine, faculté de médecine de Nancy, octobre 2011

35. Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
Guide pratique (MILD'T)
Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel,
Edition : La documentation française, janvier 2012. Pages 1 à 71.

36. Moors Simon
Stress et travail : origines et approches,
Institut National de Recherche sur les Conditions de Travail, 1994. Consultable sur :
www.emploi.belgique.be/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=31308 (Consultation : 04 février 2012)

37. Observatoire français des drogues et des toxicomanies
Usages de drogues et vie professionnelle - Recherche exploratoire,
Lettre Tendances, N°25, Décembre 2002.

38. Officiel prévention – Santé et sécurité au travail
La médecine du travail : missions et organisation
http://www.officiel-prevention.com/sante-hygiene-medecine-du-travail-sst/service-de-sante-au-travail-reglementations/detail_dossier_CHSCT.php?rub=37&ssrub=151&dossid=13 (Consultation le 18 décembre 2011)

39. Poirot Pascal

Les conduites dopantes en dehors du dopage,
Thèse de docteur en pharmacie, faculté de pharmacie de Nancy, 2006

40. Redonnet Bertrand

Consommation de drogues illicites en milieu professionnel : état des lieux des connaissances et des recherches menées en France. Note OFDT à l'attention de la MILDT. Note n°2010-9 p1-13.

Consultable sur :

http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Table_ronde_1_v2.pdf (Consultation : 13 janvier 2012)

41. Rial Gonzalez Eusebio

European Agency for Safety and Health at Work

Accord National Interprofessionnel consultable sur :

<http://osha.europa.eu/en> (consulté le 06 janvier 2012)

42. Rickinger Paul, Monks John, Plasmman Rainer

Accord-cadre sur le stress au travail du 8 octobre 2004

Accord européen sur le stress consultable sur :

<http://www.dgdr.cnrs.fr> (consulté le 06 janvier 2012)

43. Samyn Nele, Areschka Vincent , Verstraete Alain

Évaluation de tests de dépistage des drogues sur le terrain,

Annales de Toxicologie Analytique, vol. XII, n° 2, 2000, page 105-115. Consultable sur :

http://www.ata-journal.org/index.php?option=com_article&access=standard&Itemid=129&url=/articles/ata/pdf/2000/02/ata20002p105.pdf

(Consultation : 02 mars 2012)

44. Siegrist Johannes, Starke Dagmar, Chandola Tarani, Godin Isabelle, Marmot Michael,

Niedhammer Isabelle, Peter Richard

The measurement of rewardimbalance at work: European comparisons.

Social Science and Medicine 2004; vol 58: p 1483-1499

45. Test Drugwipe®

Détection de substances psychoactives dans la salive ou la sueur:

<http://www.le-cahier-auto.com/2008/test-de-salive> (Consultation le 17 janvier 2012)

46. The European School Survey Project On Alcohol And Other Drugs Report

Alcohol and other drug use among students in 35 European countries

The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. 2004. Consultable sur :

<http://www.espad.org/espad-reports> (Consultation le 19 février 2012)

47. Van den Berghe Marc

Plus d'un siècle de thérapies biologiques en psychiatrie,

Conférence Symposium Saar-Lor-Lux du 19.10.2005 au CHNP à Ettelbruck. Consultable sur :

http://www.ssm.lu/pdfs/2006_1_6.pdf (Consultation : 3 mars 2012)

48. Verstraete Alain

Utilisation des tests rapides de détection de drogues dans la salive au bord de la route et en santé au travail,

Ann Toxicol Anal. 2009, Edition EDP Sciences, volume 21, numéro 1, page 3-8

49. Verstraete Alain

Roadside Drug Testing Assessment ROSITA,

EU Project, 2000,397 pages. Consultable sur :

<http://www.transport-research.info/Upload/Documents/200310/positarep.pdf> (Consultation : 20 janvier 2012)

50. Wikipédia

Médecine au travail. Consultable sur :

http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_du_travail (Consultation : 18 décembre 2011)

51. William Cara

Le stress au travail

Statistique Canada, n° 11-008, automne 2003, page 8-14

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 22 juin 2012

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE**

présenté par : Pierre Vilain

Sujet : Enquête du Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance sur la consommation de substances psychoactives en milieu de travail.

Jury :

Président : M. FERRARI LUC

Directeur : M.KAHN JEAN PIERRE

Juges : MME. GIBAJA VALERIE

MME. AUBREGE BERNADETTE

Vu,

Nancy, le 23/5/2012

Le Président du Jury

Le Directeur de Thèse

M. L.Ferrari

M. J.P.Kahn

Vu et approuvé,

Nancy, le 25 MAI 2012

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université de Lorraine,
Francine PAULUS
DOYENNE DE PHARMACIE

Vu,

Nancy, le 4.06.2012

Le President de l'UDL,

P. MUTZENHARDT

N° d'enregistrement : 4002

N° d'identification :

TITRE

Enquête du Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
sur la consommation de substances psychoactives en milieu de travail.

Thèse soutenue le 22 juin 2012

Par Pierre Vilain

RESUME :

La question de la consommation dans le monde du travail n'est plus « tabou », a déclaré Etienne Apaire, président de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILD'T), lors de la publication d'un guide sur ce thème à destination des acteurs du monde du travail.

Après avoir passé en revue les définitions, le rôle de la médecine du travail, du stress, du dépistage et d'avoir fait un point sur les principales substances habituellement consommées, nous présenterons les résultats d'une enquête, que nous avons réalisée auprès d'un échantillon de 400 salariés de Lorraine, grâce à la collaboration de l'Association Lorraine de Santé en Milieu de Travail (ALSMT). Cette enquête anonyme vise à faire le point sur les substances psychoactives consommées par les salariés, faire des rapprochements entre les substances consommées et les tranches d'âges, les revenus, les catégories socioprofessionnelles, ou encore d'éventuelles maladies chroniques connues et enfin savoir quelles raisons sont évoquées pour expliquer ces consommations.

Nous verrons ainsi que les consommations de substances psychoactives sont fonction du secteur d'activité. Nous constatons en particulier que l'alcool, consommé dans tous les secteurs, pose toutefois un problème majeur dans le secteur du transport où 97,3% des salariés disent en consommer. Les tranches d'âge, elles, révèlent de réelles disparités en termes de substances consommées, les moins de 20ans étant les plus forts consommateurs de cannabis, alors que les plus de 40ans sont consommateurs d'antidépresseurs et de tranquillisants. Quant aux raisons qui sont avouées par les salariés pour justifier leurs consommations, le plaisir est de loin la principale raison évoquée mais le stress et le surmenage semblent également amener beaucoup de salariés à recourir à des substances psychoactives.

MOTS CLES : Substances psychoactives, conduites dopantes, médecine du travail

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
<u>M. Kahn Jean Pierre</u>	<u>CEIP-A</u>	<input type="checkbox"/> Expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Bibliographique <input type="checkbox"/> Thème

Thèmes

1 – Sciences fondamentales

3 – Médicament

5 - Biologie

2) Hygiène/Environnement

4 – Alimentation – Nutrition

6 – Pratique professionnelle