



HAL
open science

De quoi le dépistage des drogues au travail est-il le nom ?

Renaud Crespin

► **To cite this version:**

Renaud Crespin. De quoi le dépistage des drogues au travail est-il le nom ? : Quelques points sur le cas français. Prospective Jeunesse - Drogues-Santé-Prévention, 2011, 60, pp.12 - 19. hal-03163510

HAL Id: hal-03163510

<https://sciencespo.hal.science/hal-03163510>

Submitted on 9 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

De quoi le dépistage des drogues au travail est-il le nom ?

Quelques points sur le cas français

> Renaud Crespin, docteur en science politique

Dans le présent numéro, P. Peretti-Watel évoque la mise en risque du monde orchestrée par la prévention sanitaire et décrit le rôle central joué par la médicalisation des conduites dites à risque. Travaillant sur le recours aux techniques biologiques dans la définition des problèmes publics, Renaud Crespin nous donne à voir comment concrètement s'opérationnalise cette dérive de la prévention dans le milieu du travail.

À entendre les arguments avancés aujourd'hui en France pour promouvoir le recours au dépistage des drogues comme solution aux problèmes posés par l'usage de drogues dans le monde du travail, ces instruments biologiques auraient tout pour séduire aussi bien les dirigeants d'entreprises que les pouvoirs publics ou même les salariés. Désormais performantes et fiables grâce à des procédures scientifiquement validées, ces techniques de dépistage permettraient tout à la fois de résoudre les problèmes de sécurité au travail, de favoriser la conquête de marchés internationaux, de respecter les nouvelles responsabilités éthiques et juridiques qui incombent au chef d'entreprise, d'aider les médecins du travail à exercer leur mission de surveillance de la santé et de conseil aux entreprises et cela tout en respectant l'autonomie des salariés¹.

Nous voudrions ici prendre quelque distance avec ce discours de promotion. À l'instar des

études qui, en science politique et en sociologie des sciences et des techniques, interrogent les processus d'instrumentation de l'action publique, un premier déplacement sera de nous déprendre des approches fonctionnalistes qui véhiculent l'idée d'une neutralité des techniques². En effet, loin d'être neutres, les techniques de dépistage des drogues sont porteuses de théorisations politiques implicites qui placent les individus au travail dans des relations spécifiques de pouvoir³. Or ces relations ne sont pas stables dans le temps. Le recours à l'histoire s'avère donc nécessaire.

Nous proposons ainsi un bref retour sur la carrière française du dépistage des drogues au travail afin de repérer certains changements intervenus dans le cadrage public de ce problème. Nous verrons alors que la diffusion actuelle des instruments de dépistage est indissociable des transformations qui, depuis vingt-

1. Comité Consultatif National d'Éthique, 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, Paris, avril 2011, 29p.

2. Lascoumes P. et Le Galès P., Gouverner par les instruments, Paris, Presses de Sciences Po, 2005.

3. CRESPIN R. « Quand l'instrument définit les problèmes. Le cas du dépistage des drogues dans l'emploi aux États-Unis », in Gilbert CL., Henry E., Comment se construisent les problèmes de santé publique, Paris, La découverte, novembre 2009, p. 215-236.

cinq ans, modifient la hiérarchie des savoirs et des expertises légitimes dans le champ de la lutte contre les toxicomanies.

Le dépistage est-il une solution nouvelle ?

Non, en France la régulation publique de ces instruments débute à la fin des années 1980. C'est en effet en 1989 que, sous la pression commerciale du laboratoire pharmaceutique Syva-bioMérieux, la Mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies (MILDT) sollicite l'expertise de plusieurs organismes administratifs sur les conditions d'usage de ces instruments dans le milieu professionnel. Présentant ses conclusions en octobre 1989 dans un avis sur « le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise », le Conseil consultatif national d'éthique (CCNE) est le premier organisme à se prononcer. S'inspirant des travaux antérieurs du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) sur le problème posé par la séropositivité dans l'entreprise, le CCNE estime qu'en matière de toxicomanie un même principe de « non discrimination » doit s'appliquer. Ce premier cadrage est précisé l'année suivante par le CSPRP qui confirme une logique de « despécification » du problème de la toxicomanie dans l'entreprise, tout en prenant en compte les exigences de sécurité liées à certains postes « sensibles ». Pour autant, si la question n'est pas nouvelle pour les pouvoirs publics, la façon de la traiter a subi une évolution significative. En effet, en 1990, le CSPRP réfutait l'idée que la toxicomanie puisse être réduite à une simple prise de produit ou à une dépendance physique et/ou psychique à un produit toxique pour le système nerveux central. L'accent était mis sur le sujet et le « vécu toxicomane » appréhendé dans toute la complexité de ses manifestations et notamment des contradictions propres à la notion de dépendance. Cette approche amène le groupe à relativiser l'ampleur du problème dans le cadre des relations de travail. En effet, *a contrario*, est considéré comme



« toxicomane » une personne qui est non seulement dépendante à un produit mais qui de plus a « relégué au second plan tous ses autres investissements affectifs et sociaux ». Or, selon le CSPRP, cette définition correspond à environ 150 000 personnes en France, dont un quart seulement exerce une activité professionnelle. En conséquence, si le dépistage peut apparaître justifié dans un cadre thérapeutique, le groupe conclut à son inutilité comme instrument de diagnostic ou d'évaluation des capacités d'un sujet à effectuer certaines tâches. Au début des années 1990, les réglementations publiques cadrent donc les tests comme outil d'appréciation des conditions d'aptitude au travail, excluant tout usage systématique dans les entreprises sauf pour les postes de sécurité. Dans le même temps, l'adoption d'une législation anti-discriminatoire, qui sanctionne pénalement les discriminations liées à l'état de santé, devait offrir une protection supplémentaire aux salariés consommateurs de produits psychoactifs. Mais l'absence de définition limitative de la notion de « poste de sécurité » par les pouvoirs publics laissait aux entre-

prises la latitude d'interpréter cette notion selon leurs besoins propres. Or, à partir des années 1991-1992, on observe une progressive publicisation de la consommation de produits psychoactifs au travail couplée à une offre toujours plus pressante d'instruments de dépistage. Si ce couplage entre un problème et sa solution tend à élargir la notion de poste de sécurité, sa mise en visibilité peut schématiquement être analysée comme le résultat de trois types de mobilisation se fondant sur des savoirs et des méthodes d'expertises qui vont traduire la consommation de drogues en risques pour les entreprises.

Une mobilisation des médecins du travail

En novembre 1993, l'Association française d'études des déviances et de leurs conséquences sur l'aptitude physique (AFEDCAP), qui rassemble des professionnels de la santé, organise un colloque sur le thème « toxicomanie et travail⁴ ». Plusieurs présentations rendent compte des difficultés rencontrées par les médecins du travail pour déterminer l'aptitude de certains candidats consommateurs de drogues à des postes de sécurité ou de sûreté. Inquiets de l'absence de réponse publique aux questions nouvelles posées par le développement des toxicomanies, les médecins du travail de l'AFEDCAP se proposent d'homogénéiser leurs pratiques en précisant le cadre de leurs actions. Si l'approche prônée fait une place non négligeable aux soins et à la clinique, l'accent est mis sur la prévention, conformément au rôle imparti au médecin du travail. Ce dernier, comme l'écrit le docteur Raymond Trarieux, président de l'AFEDCAP, a pour devoir « d'évaluer les dangers relatifs à tel ou tel poste à risque ou tel ou tel poste de sécurité ou de responsabilité. L'extrême difficulté semble toujours pour lui, comme pour la Direction d'ailleurs, de discerner les risques potentiels⁵ ».

Au cours des années 1997-1998, la mise en évidence d'une croissance de la consommation de drogues dans la société pose à nouveau le problème de sa prévention dans le monde du travail. La définition d'un traitement de la toxicomanie en entreprise fait l'objet de plusieurs publications. L'une d'entre elles, co-écrite par le docteur Tra-

rieux et Jean-Luc Maxence, directeur d'un centre d'aide et de soins aux toxicomanes (DIDRO), fait date comme la première tentative pour placer le dépistage au cœur d'une démarche de prévention globale des drogues en entreprise⁶. Soucieuse de ne pas réduire le problème de la toxicomanie en entreprise à la simple prise d'un produit licite ou illicite, l'approche développée plaide pour l'intégration du dépistage des drogues dans des actions de prévention et d'information sur les risques toxicomaniaques. Se fondant sur les actions menées depuis le début des années 1990 par le centre DIDRO avec des entreprises comme la SNCF, Peugeot ou le Centre d'énergie atomique, les auteurs insistent pour que les campagnes de prévention puissent associer l'ensemble des partenaires : le personnel, ses représentants, l'employeur, ainsi que les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Parmi ces acteurs, le « rôle pivot » doit être confié, conformément aux textes en vigueur, au médecin du travail. Mettant en avant la fiabilité nouvelle des tests de dépistage des drogues, les auteurs envisagent leur utilisation comme un moyen d'aide au diagnostic car les signes cliniques d'une toxicomanie sont, pour eux, peu évidents ou même inexistantes. Prenant acte des régulations émises par le CSPRP, les auteurs regrettent que n'ait pas été établie une liste d'activités ou de postes de travail impliquant nécessairement un dépistage. Ce dernier apparaît aux auteurs particulièrement justifié lorsque l'employé occupe un poste à risque puisque la conduite toxicomaniaque augmenterait le risque inhérent à ce type de poste.

On comprend alors que parce qu'ils permettent d'assurer la précision d'un diagnostic, les tests sont perçus comme indispensables pour évaluer l'aptitude d'un salarié à occuper un poste de sécurité. L'avis rendu par le médecin du travail dans la fiche d'aptitude engage sa responsabilité comme celle de l'employeur, qui peut être mis en cause à la suite de fautes commises par ses salariés. Le recours aux tests se trouve ainsi constitué en « garantie pour autrui » notamment pour les postes comportant sur le plan de la sécurité et de la maîtrise du comportement de hautes exigences.

4. AFEDCAP *Informations*, « Toxicomanie et travail », n° 3, 1994, 145 p.

5. MAXENCE J.-L., TRARIEUX R., « Toxicomanies et milieu du travail : la prévention des drogues en entreprise », *Toxibase*, 3^e trimestre 1998.

6. MAXENCE J.-L., TRARIEUX R., op. cit., p. 1-11.

Savoirs experts et promotion du dépistage

Depuis le milieu des années 1990, les progrès des techniques de dépistage viennent plaider en faveur de l'utilisation des tests de dépistage des drogues. En effet si le CSPRP soulignait, à la fin des années 1980, le manque de sensibilité et de spécificité des tests urinaires utilisant des procédés immunologiques, au début des années 2000, les instruments disponibles deviennent plus performants notamment s'ils sont couplés à des examens de confirmation⁷. Ces examens reposent sur l'utilisation de techniques de spectrométrie de masse dont la simplification permet des usages plus diversifiés⁸. En France, la promotion de ces techniques est notamment assurée par la Société française de toxicologie analytique (SFTA) qui mène un double travail de réflexion interne et de communication externe donnant à cette organisation toutes les apparences d'un « think tank », comme le montre son organigramme⁹. Ainsi en 2002, par le biais de sa revue *Annales de toxicologie analytique*¹⁰, la SFTA, après plusieurs publications en faveur d'un dépistage des drogues au volant, publie un numéro entier consacré au dépistage des drogues en milieu professionnel¹¹. Se référant aux politiques de dépistage des drogues telles qu'elles existent aux États-Unis ou en Grande-Bretagne, l'objectif affiché est de faire accepter les dépistages des drogues en milieu professionnel¹². L'analyse du contenu des articles de ce numéro spécial permet de caractériser quatre registres d'arguments justifiant le recours au dépistage dans le milieu professionnel tout en inscrivant le problème posé par la consommation des drogues au travail dans le champ de la lutte contre les addictions.

Les besoins de connaissances épidémiologiques

L'un des arguments porte sur l'intérêt de développer des études épidémiologiques sur la prévalence de la consommation de produits psychoactifs en entreprise. C'est le sens des travaux du docteur Fontaine, toxicologue industriel, qui, depuis le milieu des années 1990, a tenté d'évaluer les risques liés à la toxicomanie au travail

grâce à différentes études menées par un réseau associant médecins du travail et toxicologues¹³. En 2002, le docteur Fontaine regrette que ce type de travaux soit freiné par des obstacles de différentes natures (éthique, technique, financier, temporel, culturel, pratique) car pour lui l'interrogatoire seul de salariés ne permet pas d'appréhender le phénomène de conduite addictive en milieu professionnel et en conséquence il s'avère nécessaire de le coupler à un dépistage biologique¹⁴. Pour cela deux principaux obstacles doivent être levés afin de favoriser la connaissance épidémiologique. Le premier est l'obstacle « éthique ». Ces normes, rappelées dans les régulations publiques, obligent d'une part à informer les salariés sur la nature du dépistage et, d'autre part, à obtenir au préalable leur consentement, ce qui crée un biais dans les échantillons de salariés participant aux enquêtes. Le second obstacle est réglementaire. Pour obtenir des échantillons représentatifs, le docteur Fontaine plaide pour que les entreprises prévoient une politique systématique de dépistage pour les postes de sûreté/sécurité.

Des arguments toxicologiques, neurobiologiques et cognitivo- comportementaux

Dans ce même numéro des *Annales de toxicologie analytique*, la dangerosité des drogues pour les entreprises est également démontrée par la mobilisation d'analyses fondées sur des expertises neurobiologiques. Les variables contextuelles (types de poste) et/ou personnelles (vécu toxicomaniaque du sujet) de la prise de produits sont évacuées pour centrer l'expertise sur ses effets sur le système nerveux central, tranchant ainsi avec les analyses plus nuancées proposées par d'autres spécialistes de la toxicomanie¹⁵. La démonstration de la dangerosité des drogues, par le prisme de leurs effets, repose sur un procédé rhétorique qui consiste à glisser constamment d'un registre argumentaire à l'autre : l'un neurologique et l'autre cognitivo-comportemental. Ainsi, en ce qui concerne les effets du cannabis, seules deux modalités d'usage sont présentées sans être davantage précisées¹⁶ : l'usage occasionnel ou fréquent et prolongé. Dans le cas d'un usage occasionnel,

7. FONTAINE B., LEGRAND P.M., PAMART B., ELOY E., FRIMAT P. et al., « Évaluation de 7 tests rapides pour le dépistage des substances psychoactives dans le cadre de la médecine du travail », INRS, document pour le médecin du travail, n°87, 3^e trimestre 2001, p.321-324.

8. Développée par des toxicologues et des pharmacologues, cette technique, couplée à la chromatographie, offre, comme l'indique un éditorial de 1999 de la revue professionnelle *Toxicorama*, des possibilités d'application : « innombrables [...] concernant aussi bien des médicaments, des drogues, des produits phytosanitaires que des toxiques naturels ». MARQUET P., « Éditorial : l'avenir de la LC-MS et de la LC-MS/MS en toxicologie », *Toxicorama*, vol. XI, n° 2, 1999.

9. À côté de plusieurs commissions dont les travaux portent sur des aspects scientifiques et techniques (toxicologie hospitalière, contrôle de qualité, groupe de travail sur la toxicologie clinique ou les toxiques industriels), on trouve d'autres groupes de travail dont les activités touchent directement à la promotion de la toxicologie dans divers espaces sociaux. C'est le cas notamment des commissions « accréditation » ou « drogue et sécurité routière » ou encore du groupe de travail « toxicomanie en milieu professionnel » dont une part importante des activités est relative aux questions légales et éthiques soulevées par le dépistage.

10. Anciennement *Toxicorama*.

11. *Annales de toxicologie analytique*, n°1, vol. XIV, 2002. Certains articles feront l'objet en 2003 de communications orales lors de salons professionnels tel que Forum Labo. Créé en 1992, Forum Labo et son extension Forum Biotech sont parmi les plus importants salons professionnels de biotechnologie en France. Leur spécificité est d'articuler des journées scientifiques avec la promotion de nouvelles technologies tout en proposant des sessions de réflexion à l'interface entre « science et société ».

12. VERSTRAETE A., DEVEAUX M., « Historique du dépistage des conduites addictives en milieu professionnel en Europe et aux États-Unis », *Annales de toxicologie analytique*, n°1, vol. XIV, 2002.

13. L'objectif était d'analyser les conséquences d'une toxicomanie, entendue comme la consommation de substances psychoactives (alcool, médicaments et drogues licites ou illicites) sur la vigilance et l'aptitude des salariés au travail. FONTAINE B., « Les réactions des médecins du travail », Actes du colloque : *Médicaments et aptitude à la conduite automobile*, La prévention routière, 30 octobre 2000.

14. FONTAINE B., « Substances psychoactives et travail : approche épidémiologique », *Annales de toxicologie analytique*, n°1, vol. XIV, 2002.

15. Pour une revue de littérature scienti-

fique faisant le point sur le sujet voir notamment : *Toxibase*, « L'usage problématique de cannabis », numéro spécial *Toxibase-Crips*, n° 12, février 2004, 82 pages.

16. Rien n'est dit par exemple sur la quantité et la fréquence des consommations ni sur le type de produit (haschich, cannabis, huile) ou le mode d'absorption (inhalation, ingestion) entraînant les symptômes décrits. De même, aucune indication sur le profil social ou médical des consommateurs n'est apportée.

17. « Le dysfonctionnement cérébral induit par la prise de ces stupéfiants modifie plus ou moins profondément le comportement du sujet qui ne sera plus en mesure de juger sainement une situation critique et pourra, en conséquence, soit sous-estimer le risque ou au contraire aura tendance à augmenter la prise de risque et dans certaines circonstances à favoriser l'accident. ». ANGER J-P, « Principaux effets psychiques des stupéfiants : risque en milieu professionnel », *Annales de toxicologie analytique*, n° 1, vol. XIV, 2002.

18. FRIMAT P., NISSE C., *op. cit.*

19. Le docteur P. Mura déclare ainsi : « S'il a été démontré que l'aptitude à conduire un véhicule en toute sécurité était largement altérée par un usage récent de cannabis, qu'en est-il des conséquences de cette consommation chez des sujets qui occupent des postes de travail dans lesquels les fautes professionnelles peuvent mettre en péril l'entreprise et/ou la collectivité? ». MURA P., « Cannabis sativa var. indica : une menace croissante pour les entreprises », *Annales de toxicologie analytique*, n° 1, vol. XIV, 2002.

20. Sur ces questions CRESPIEN R., « Drogues et sécurité routière. Changement politique ou nouvel usage des instruments? », *Revue française de science politique*, Vol. 56, n° 5, p. 813-836.

21. Le docteur Patrick Mura écrit ainsi que : « L'altération des performances cognitives et psychomotrices, les troubles de l'attention, de la mémoire immédiate et de la perception sensorielle induits par une consommation de cannabis suffisent largement pour expliquer ce risque accru d'accidents du travail. ».

22. DAVENAS L., PÉPIN G., « Conséquences juridiques et financières de l'accident du salarié sous l'emprise d'une substance psychoactive », *Annales de toxicologie analytique*, n° 1, vol. XIV, 2002.

les effets « principaux » décrits vont des « perturbations sensorielles » aux « hallucinations », en passant par « la diminution des performances intellectuelles, motrices et cognitives » pouvant aboutir à une « décompensation psychotique se traduisant par un syndrome délirant organique ». L'usage « fréquent et prolongé » conduit quant à lui, sans autre précision, du « syndrome amotivationnel » à « l'altération du fonctionnement intellectuel et ralentissement de la pensée » pour finalement favoriser « la survenue de schizophrénie ». La description des symptômes sert alors à soutenir une explication de comportements présentés comme incompatibles avec une activité de travail nécessitant le « contrôle de soi ». Incompatibilité qui va bien au-delà des seuls postes de sécurité pour concerner tout poste « nécessitant concentration et lucidité ». De plus les consommations de stupéfiants par certains salariés sont désignées comme potentiellement dangereuses pour autrui¹⁷. Aussi, pour les entreprises qui doivent en assumer les conséquences, le dépistage est-il présenté comme la solution pour prévenir les risques qu'induirait une toxicomanie, à savoir : troubles du comportement, absentéisme, accident, baisse de la vigilance ; le travail de prévention, par le dépistage, de ces comportements devant revenir à la médecine du travail¹⁸.

Le dépistage comme solution aux conséquences de la consommation de drogues pour les entreprises

Reprenant les conclusions d'études publiées aux États-Unis au cours des années 1980, plusieurs articles justifient également l'utilisation des tests afin de prévenir les coûts financiers induits par la consommation de drogues pour les entreprises. C'est le cas de l'article du docteur Patrick Mura, toxicologue au CHU de Poitiers¹⁹, qui s'avère une véritable charge contre le cannabis et ses effets dans le monde du travail. Pourtant, aucune évaluation de la consommation du cannabis dans le monde de l'entreprise n'est fournie. Les seules données chiffrées avancées ne sont qu'une transposition des résultats contestés d'une enquête menée dans le domaine routier²⁰. Dans un style « dramatisant », la démonstration des effets de la consommation de

cette drogue sur le travail se fonde sur deux études, l'une américaine, datant de 1990, qui « explique » que les consommateurs de cannabis ont des périodes plus longues et plus fréquentes de chômage, et l'autre, datant de 1976, qui montre que les chômeurs sont plus nombreux parmi les consommateurs de cannabis au Costa Rica. L'article en conclut que la consommation de cannabis est responsable d'une baisse de productivité et d'une hausse de l'absentéisme dans les entreprises. Le cannabis est également accusé d'accroître les accidents du travail et/ou les « erreurs professionnelles menaçant la vie d'autrui ». L'argumentation repose ici sur deux histoires courtes qui, sur le mode de la brève journalistique, permettent, tout en écartant les conditions et les situations de travail spécifiques à chaque accident, d'en désigner la cause grâce à l'expertise toxicologique : la présence de THC dans le sang²¹. L'article se termine par une synthèse des dangers représentés par le cannabis pour les entreprises : « Dans le meilleur des cas son influence sur l'organisme peut avoir comme conséquences une diminution de la productivité et une augmentation de l'absentéisme. Dans le pire des cas, les erreurs professionnelles aboutissent au décès du consommateur ou d'autrui. » En conclusion, l'auteur fait « un appel » en faveur de mesures « de prévention » dans lesquelles s'inscrit l'usage des tests de dépistage des drogues. Il s'agit de souligner que l'usage préventif du dépistage ne vise pas uniquement les accidents du travail ou les coûts de l'éventuel absentéisme des salariés mais également l'engagement des responsabilités respectives de l'employeur et de l'employé. Ainsi, en apportant la preuve d'une consommation de drogues par un employé impliqué dans un accident, les résultats des tests permettraient d'exonérer la responsabilité pénale d'un employeur et donc de réduire voire de supprimer les indemnités auxquelles peuvent prétendre la ou les victimes ainsi que leurs ayant-droits²².

Entre sanitarisation et individualisation : le dépistage des addictions

En 2003, ces registres argumentaires ont fortement inspiré les conclusions d'un rapport du

sénat intitulé « Drogue : l'autre cancer²³ ». Favorable à un renforcement de la répression en matière de lutte contre la drogue, ce rapport reprend dans plusieurs sections consacrées au milieu professionnel les analyses et les expertises présentées plus haut et notamment celle de la SFTA sur la dangerosité des drogues²⁴. Face à l'usage de drogues et à leurs conséquences dans les entreprises, le recours au dépistage est ainsi expressément souhaité. Au cours des années suivantes, le problème posé par les drogues au travail et la solution du dépistage ne cessent de gagner en visibilité sous l'impulsion des pouvoirs publics et de la mise en œuvre du plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les dangers provoqués par la consommation des produits illicites, du tabac et de l'alcool. Si les travaux d'experts²⁵, les colloques²⁶ et les rapports²⁷ réalisés dans le cadre de ce plan de lutte promeuvent le recours au dépistage comme solution aux problèmes posés par les drogues au travail, ils consacrent également une approche par les addictions²⁸. Dans le domaine du travail, les usages de produits psychotropes deviennent ainsi des facteurs de risques pour les entreprises, langage du *risque* qui marque une *sanitarisation* du problème et de sa solution, ce qui conduit à induire et à préciser de nouveaux modes d'action. Il s'agit dorénavant d'observer l'incidence mais aussi de lutter contre les conséquences des addictions entendues comme des risques de diverses natures, les instruments de dépistage s'avérant d'autant mieux ajustés à cette nouvelle définition de la consommation de drogues qu'il doivent permettre non seulement de quantifier ces risques grâce à des études épidémiologiques, mais également de les prévenir en repérant les salariés qui s'adonnent à ces consommations. En avril 2011, le dernier avis rendu par le CCNE s'inscrit dans cette approche par les addictions pour légitimer le recours au dépistage²⁹. Le CCNE reconnaît certes que le contexte professionnel peut jouer un rôle important dans le développement de l'usage de produits mais rappelle que ce sont les facteurs personnels, familiaux et sociaux qui jouent un rôle décisif dans l'usage de produits illicites et dans l'addiction à ceux-ci ou à l'alcool. De plus, si l'état d'addiction est considéré comme une

maladie, dont la différence avec le simple usage n'est pas spécifiée, il génère des comportements qui présentent un certain nombre de risques pour les entreprises comme pour les individus. À la question de savoir quels sont ces risques, on notera d'abord que la logique de faute individuelle demeure très présente, le CCNE affirmant, sans référence à l'appui, que : « *toute la réflexion contemporaine sur l'analyse des risques et l'accidentologie confirme la prédominance de fautes humaines (erreur d'appréciation et/ou d'action) dans la plupart des accidents catastrophiques (Bhopal, plateforme pétrolière, accidents ferroviaires graves) qui ont pu donner lieu à analyse détaillée, mais aussi des accidents banals. La consommation d'alcool et de produits illicites qui peuvent modifier l'attention, troubler la vigilance ou entraîner une perte de jugement, augmente à l'évidence ce risque d'erreurs.* »

Le dépistage pour prévenir quels risques ?

Pour autant trouve-t-on dans cet avis des études ou des données permettant, si ce n'est de quantifier, ne serait-ce que d'estimer les risques suscités par les consommations de drogues pour les entreprises ? Non, le CCNE n'apporte aucune donnée et se contente de renvoyer aux travaux menés dans le cadre du plan 2004-2008, sous-entendant par là que ces risques existent, ce qui est loin d'avoir été démontré. Or, faute de données précises, les formulations prêtent parfois à confusion. C'est notamment le cas lorsque le CCNE indique que « *dans le contexte professionnel, environ 10 % des salariés consommèrent régulièrement ou occasionnellement des produits illicites* ». Ce qui peut laisser entendre que 10 % des salariés consomment des drogues au travail. D'où viennent ces chiffres ? Du *Baromètre santé 2005*, qui est une enquête menée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population générale, dont un des objectifs était d'estimer la consommation de produits illicites chez les personnes ayant une activité professionnelle³⁰. Si les résultats obtenus permettent effectivement de dresser un tableau des consommations en fonction de catégories socioprofessionnelles, ils n'autorisent pas à en déduire que les personnes interrogées

23. OLIN N., PLASAIT B., « Drogue : l'autre cancer », Sénat, rapport d'information n° 321, 2 tomes, 2002-2003.

24. Auditionné le 12 février 2003, les travaux de P. Mura sont omniprésents tout au long du rapport.

25. MILDT, *Conduites addictives et milieu professionnel*, rapport au Premier ministre, décembre 2006, 32 pages.

26. MILDT-DGT, *Assises nationales : Drogues illicites et risques professionnels*, Paris, juin 2010.

27. REDONNET B., *Consommation de drogues en milieu professionnel, état des lieux des connaissances et des recherches menées en France*, OFDT, juin 2010, 13 pages. 28. Pour démystifier la visée englobante et consensuelle inhérente à la notion d'addiction, voir le très bel article de Nicolas Fortané : « La carrière des « addictions, D'un concept médical à une catégorie d'action publique », *Genèses*, vol. 1, n° 78, p. 5-24.

29. CCNE, « Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie », *op. cit.*

30. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., *et al.*, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005 : exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n° 48, 2006, 6 pages.

31. Sur ce point les données les plus fiables semblent celles de la SNCF qui effectue 100 000 tests de dépistage des drogues par an. En 2010, le pourcentage de résultat positif était de 0,8% soit 800 tests positifs dont 92% concerne le cannabis. On est bien loin de 10%. Pour une méthodologie de cette enquête voir: WENZKE M., RIGODEL I., « Dépistage urinaire systématique des substances psychoactives parmi le personnel SNCF affecté aux postes de sécurité des circulations ferroviaires. Bilan à deux ans », Actes du 29^e congrès national de médecine et santé au travail, *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, Vol. 67, n°2, 2006, p.214.

32. CNNE., *Usage de l'alcool, des drogues*, *op.cit.*, p. 7.

33. Dans ce type d'enquête la drogue illicite la plus fréquemment retrouvée est le cannabis. Ainsi dans une étude publiée 2004, elle est présente dans 8,5% des échantillons contre 0,1 pour la cocaïne. Ce résultat est assez logique puisque le cannabis est la drogue illicite la plus largement consommée en France et que pour cette drogue un test peut s'avérer positif plusieurs semaines après une consommation alors même que ses effets psychotropes n'excèdent rarement quelques heures. Cela signifie que l'information produite par les tests urinaires ne fait pas de différence entre un employé qui fait un usage occasionnel de drogues lors de son temps libre et un employé sous l'influence de drogues sur son lieu de travail. LABAT L., DEHON B., LHERMITTE M., « Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-Calais », *Annales de toxicologie analytique*, Vol. 16, n°4, 2004, p. 269-274.34. REDONNET B., *Consommation de drogues en milieu professionnel*, *op.cit.*, p. 10.

35. National research council., Institute of medicine, *Under the Influence? Drugs and the American Workforce*, NORMAND J., LEMPERT R.O., O'BRIEN C.P., (eds.), Washington DC, National Academy Press, 1994, p. 136 et s.

36. MARTIN J. K., BLUM T. C. *et al.*, "Drinking to Cope and Self-medication: Characteristics of Jobs in Relation to Workers Drinking Behaviour", *Journal of Organizational Behaviour*, vol. 13, n°1, 1992, p.55-71.

37. HARRIS M. M., HEFT L. L., "Alcohol and Drug Use in the Workplace: Issues, Controversies and Directions for Future Research", *Journal of Management*, vol. 18, n°2, 1992, p.239-266.

38. BERGERON H., « Nouvelle santé publique et individualisation », *Prospective Jeunesse: drogues-santé-prévention*, n°59, été 2011, p.10-17.

39. BEAUJOUAN L., CZERNICHOV S., *et al.*, « Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique: résultats de l'enquête nationale », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 24, 2005, p.471-479.

consomment des drogues sur leur lieu de travail³¹. L'usage de ces données vise donc à dramatiser une situation où la grande majorité des professionnels de santé s'accorde à rappeler que le principal problème demeure celui de l'alcool³². En matière de drogues illicites et en particulier pour celle qui est le plus largement consommée en France, à savoir le cannabis et ses dérivés, il s'avère particulièrement difficile d'obtenir des données fiables. En effet, si certaines enquêtes menées à partir d'un dépistage d'échantillon d'urine démontrent que des salariés ont bien consommé des drogues³³, elles sont en revanche incapables de donner une information indiquant si un salarié est sous l'influence de drogues au moment du prélèvement. Cette incapacité découle des techniques biologiques utilisées qui ne détectent pas directement la présence des drogues mais seulement la réaction produite par le corps à la suite d'une consommation (métabolites). Il devient ainsi difficile de faire un lien entre consommation de drogues et accident du travail. C'est d'ailleurs ce que conclut la synthèse des travaux existants commandés par la MILDT à l'OFDT, même si son auteur envisage une solution en souhaitant que « *la recherche sur les drogues et les risques professionnels pourrait davantage porter sur le rôle de substances dont les drogues illicites dans les accidents du travail, avec dépistage urinaire lors de la survenue d'un accident, ce qui permettrait de déterminer l'impact de ces substances sur le nombre d'accidents* »³⁴. À première vue, cette piste de recherche paraît séduisante mais elle se heurte, elle aussi, à un obstacle que l'abondante littérature américaine sur le sujet a permis de mettre en évidence. En effet, aux États-Unis les tests ont été utilisés dans de nombreuses études statistiques visant à évaluer l'influence de la consommation de drogues sur les accidents du travail ou l'absentéisme des salariés³⁵. Or, aucune étude n'a été réellement concluante car les tests ne permettent pas d'établir de lien de causalité. Cette impossibilité tient au fait que, contrairement à l'alcool, il n'existe pas, en matière de drogues, de relation documentée entre une quantité absorbée de produit et un niveau d'altération des facultés psychomotrices. Si ces études se sont avérées inca-

pables de répondre directement aux problèmes qu'elles posent, elles ont, en revanche, abouti à réduire l'explication des comportements à risques à la seule consommation de produits. De fait, d'autres variables liées, par exemple, aux conditions de travail ont été écartées ou marginalisées alors même qu'il semble raisonnable que des horaires décalés, des tensions hiérarchiques ou l'augmentation des cadences de travail puissent induire de l'absentéisme, des accidents ou des consommations de produits. De telles relations sont très complexes à établir, car elles nécessitent de pouvoir mener des enquêtes approfondies au sein même des entreprises³⁶. Or, dans les années 1980, les approches dominantes sont celles qui considèrent que l'usage de drogues par les salariés dépend davantage de leur profil psychosocial que des situations concrètes de travail³⁷. Les variables liées à l'environnement de travail se trouvent donc écartées au profit d'études qui expliquent que consommer des drogues sur son lieu de travail est le fait d'individus ayant des personnalités anticonformistes, rebelles ou déviantes. En France, ce type d'approche centrée sur les individus domine les recherches, comme le montrent les travaux réalisés par la SFTA ou la référence plus ou moins implicite à la notion de faute individuelle pour qualifier ce type de consommation³⁸. En 2005, une enquête portant sur des médecins indiquait par exemple que les difficultés liées à l'environnement de travail ou une attitude négative vis-à-vis des conditions de travail étaient le plus souvent exprimées par des individus souffrant d'addiction³⁹. Ainsi, soit parce qu'elles se focalisent sur les produits consommés, soit parce qu'elles évacuent les conditions de travail, ces différentes expertises et études stabilisent et renforcent la définition du problème posé par les drogues comme étant un problème de comportement et de responsabilité individuels. Par là même, elles légitiment le dépistage comme solution pour repérer et identifier ces salariés « déviants » qui, parce qu'ils consomment des drogues, représentent des risques pour les entreprises françaises.

En guise de conclusion, nous souhaiterions insister sur quelques-uns des effets les plus repérables du déploiement du dépistage des drogues

dans le cadre du travail. En s'adressant au salarié par le biais de son organisme, un des premiers effets du dépistage est d'assigner les individus dans des catégories fondées sur des comportements, catégories à partir desquelles ces individus seront ensuite traités et gérés, ce qui soulève la question du mode de prise en charge des salariés dépistés. S'agit-il, au nom d'un certain pragmatisme, de tenter de modifier un comportement source de troubles dans l'entreprise, ou de reconnaître le salarié comme un sujet dont la consommation éventuelle de produits serait le signe d'une difficulté à répondre aux exigences sociales de certains types d'organisation du travail ? Certes les dispositifs et les pratiques adoptés sont encore balbutiants mais le mode de prise en charge aujourd'hui promu par les pouvoirs publics oriente les possibles à venir⁴⁰. Il semble ainsi que l'on se dirige vers une logique de *normalisation* des comportements déviants par le biais de procédures de réhabilitation devant permettre d'induire chez le salarié dépisté positivement un changement de comportement par réajustement progressif du comportement inadapté⁴¹. En cela, l'accent mis sur l'autonomie supposée des salariés rend de telles orientations particulièrement congruentes avec les nouvelles politiques de santé publique d'inspiration néolibérale, qui misent sur la capacité des individus à se conformer aux exigences de l'entreprise⁴². À bien des égards le dépistage s'avère donc rassurant, prometteur et disponible, car il est techniquement facile à mettre en œuvre et coïncide avec les idéaux du nouveau management bureaucratique : l'évaluation et l'efficacité. Or, ce mode de gestion conduit également les individus à se penser eux-mêmes selon les exigences et les attentes prescrites par ces catégories, selon la formule

particulièrement répandue du « tous addicts ». Mais ce qui apparaît encore plus central réside dans le fait que les tests participent à la construction même de ces catégories. Ainsi participent-ils à faire exister les problèmes qu'ils sont censés résoudre, l'existence d'un problème de productivité et de sécurité pour les entreprises étant reconnue parce que les études épidémiologiques identifient effectivement des employés consommateurs de drogues.

Un autre effet des tests de dépistage des drogues est que ces instruments affectent la définition du problème des drogues au travail, pensé comme un problème individuel. En cela, les politiques de dépistage participent bien de cette dynamique d'individualisation à l'œuvre depuis les ^{XVI}^e et ^{XVII}^e siècles., dont une des dimensions repose sur ce que l'on peut appeler avec M. Foucault la transformation des modes de connaissance de l'homme⁴³.

Ce qui nous amène à souligner un dernier effet des instruments de dépistage : leur usage a tendance à simplifier la complexité des situations de travail. Or cela n'est pas sans conséquence sur les interactions sociales propres au travail. En effet, dans un contexte de désépécification des tâches de travail, ou de travail sans qualité pour reprendre l'expression que Sennett emprunte à Musil, les employeurs n'ont plus de temps pour « connaître » leurs employés ; le caractère binaire des résultats des tests, « positif » ou « négatif », permet ainsi d'accélérer les processus de recrutement ou de licenciement en substituant au contenu de la relation employeur-employé une information sommaire dans laquelle se trouve condensé tout un ensemble d'exigences sociales et morales liées au travail dans nos sociétés libérales

40. Le CCNE promeut ainsi : « une politique d'accompagnement des agents chez lesquels une addiction à l'alcool ou aux produits illicites a été diagnostiquée (dans le respect du secret médical) et de reclassement de ces agents dans l'entreprise lorsque leur santé est rétablie. Ce volet est essentiel en termes de prévention, de dialogue social et de communication interne puisqu'il met l'accent sur l'aspect « pathologie » (qui correspond à la réalité de l'addiction) et non de « faute », et écarte également le risque de licenciement ». L'expérience américaine a montré qu'il était rare qu'une entreprise licencie dès le premier résultat positif, essentiellement pour des raisons de coût. Il est en effet moins rentable de former un nouvel employé que de « réhabiliter » un employé même si celui-ci consomme des drogues.

41. Procédures de réhabilitation standardisées en trois étapes sur le modèle adopté par la plupart des entreprises américaines. La première est le dépistage. En cas de résultat positif, s'ouvre une seconde étape dont l'objectif est d'amorcer un changement de comportement du salarié. Cette seconde étape est assurée par un service externalisé par l'entreprise, qui va du simple conseil téléphonique à une prise en charge plus globale. À l'issue de cette seconde phase, le salarié est de nouveau testé : c'est la troisième étape. S'il est négatif, il peut réintégrer l'entreprise mais il fera d'abord l'objet d'une période probatoire au cours de laquelle un nouveau dépistage positif entraînera des sanctions allant du déclassement au licenciement. Rien ne se perd.

42. Sur ces questions voir notamment : NOURY M., « Entre autonomie et responsabilité. L'individu au cœur des nouvelles stratégies de gouvernement de la santé », *Revue Sociologie Santé*, Vol. 31, 2010, p. 317-330.

43. FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.