

Cannabis et travail

AUTEUR :

P. Hache, département Études et assistance médicales, INRS

EN
RÉSUMÉ

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en milieu professionnel. Inhalé ou ingéré, le THC, substance psychoactive de cette plante, peut mettre en danger la santé et la sécurité des salariés et être à l'origine d'accidents du travail. Cet article fournit aux acteurs de santé au travail différentes données permettant de comprendre la consommation de cannabis, de l'évaluer et de proposer des mesures de prévention, tant sur le plan collectif qu'individuel.

MOTS CLÉS

Addiction / Substance psychoactive / Protection collective / Protection individuelle / Toxicomanie / Cannabis



SUBSTANCE ET CONSOMMATION

Le cannabis est une plante renfermant une substance psychoactive : le delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ^9 -THC), souvent appelé « THC » [1]. Différentes formes sont utilisées pour la consommation :

- herbe (marijuana, *weed*, beuh...) : elle se fume seule ou mélangée à du tabac. Elle peut être également inhalée à l'aide d'une pipe à eau (*bang*, narghilé), ce qui majore les effets du THC ;
- résine (haschich, shit, chichon...) : elle se fume fréquemment avec du tabac ;
- huile à base de résine macérée dans de l'alcool. Le consommateur y trempe sa cigarette. Cette forme, riche en THC, est peu utilisée en France ;

- préparation alimentaire (gâteau ou *space cake*). Ce mode d'ingestion est peu utilisé en France.

Le cannabis est la 4^e substance psychoactive la plus consommée en France, derrière le tabac, l'alcool et les médicaments psychotropes [2]. Les données de l'enquête *Baromètre santé 2016*, réalisée par l'agence Santé publique France [3], montrent que :

- 42 % des adultes âgés de 18 à 64 ans ont consommé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie. Les premiers usages se déroulent principalement entre 15 et 25 ans. À titre de comparaison, cette prévalence est de 95 % pour l'alcool (donnée *Baromètre santé 2014*) [4] ;
- 11 % de cette même tranche d'âge en ont consommé au moins une fois durant les 12 mois précédant l'enquête ;

● enfin, le nombre d'usagers quotidiens est estimé à 700 000 personnes [2].

Par ailleurs, il peut exister des consommations associées à celle du cannabis. L'usage régulier de 2 des 3 (ou les 3) substances que sont l'alcool, le tabac et le cannabis concerne 9 % de la population des 18-64 ans résidant en France [4]. Par définition, l'usage régulier correspond à un minimum de 3 consommations d'alcool dans la semaine, une consommation quotidienne de tabac ou une consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois.

Le cannabis est inscrit dans la liste des substances classées comme stupéfiants (arrêté du 22 février 1990 modifié fixant la liste des substances classées comme stupéfiants). L'usage de cannabis est interdit (article L. 3421-1 du Code de la santé publique). De manière non exhaustive, cette interdiction porte également sur sa production, son importation, son transport, sa détention, son offre, sa cession, son acquisition (articles 222-34 du Code pénal et suivants).

La conduite d'un véhicule ou l'accompagnement d'un élève conducteur, après avoir fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants est interdite (article L. 235-1 du Code de la route).

ÉLÉMENTS DE PHARMACOCINÉTIQUE

L'absorption du THC est très rapide après inhalation [5]. La biodisponibilité en THC peut être proche de 30 % chez les gros fumeurs, alors qu'elle est inférieure chez les fumeurs occasionnels (10 à 14 %).

Le THC est détecté dans le sang 2 minutes après la première inha-

lation. La concentration est maximale au bout de 7 minutes, mais peut varier en fonction du nombre d'inhalations, du délai entre chaque inhalation, du volume et de la durée des inhalations.

En raison de sa forte lipophilie, le THC se fixe rapidement dans les tissus riches en graisse, dont le cerveau. Ainsi, sa concentration sanguine diminue rapidement. Puis, se produit une très lente redistribution du THC des tissus vers le sang.

Au niveau hépatique, le THC est métabolisé en 11-OH-THC. Ce métabolite psychoactif peut être détecté dans le sang au bout de 20 minutes. Toutefois, sa concentration reste inférieure à celle du THC lors de l'inhalation du cannabis. Le 11-OH-THC est lui-même métabolisé en THC-COOH. Ce métabolite non psychoactif apparaît dans le sang quelques minutes après le début de l'inhalation.

L'élimination du THC est très lente. Elle se fait majoritairement par voie fécale (65 à 80 %). La voie urinaire, quant à elle, assure 20 à 35 % de l'élimination du THC sous la forme THC-COOH.

La durée de la présence du THC-COOH dans les urines varie suivant de nombreux facteurs [6], dont : le mode d'administration, la quantité de THC absorbée, la fréquence d'usage, l'indice de masse corporelle... De manière approximative, le THC-COOH est présent dans les urines durant 3 jours après une dose unique de THC. En cas de consommation importante (plusieurs joints par jour), cette durée est supérieure à 30 jours.

Il est à noter que l'absorption du THC est lente en cas d'ingestion [5]. La biodisponibilité du THC est très inférieure à celle existante en cas d'inhalation. À doses équivalentes, les concentrations maximales de THC, adminis-

tré par voie orale, représentent 10 % de celles obtenues par inhalation. Le pic de THC est classiquement obtenu au bout de 60 à 120 minutes après l'ingestion. Toutefois, il peut être observé entre la 4^e et la 6^e heure.

Enfin, quelle que soit la voie d'absorption, il n'y a pas de relation significative entre les concentrations sanguines de THC et les effets [5].

EFFETS SUR LA SANTÉ

INTOXICATION AIGÜE

Plusieurs facteurs entrent en compte dans l'apparition des effets liés au cannabis [7], dont :

- le mode d'absorption : inhalation ou ingestion ;
- la forme de cannabis consommé : herbe, résine, huile, *space cake* ;
- la dose de THC absorbée ;
- l'existence, ou non, d'une pathologie mentale ;
- la fréquence de consommation [8].

L'ivresse cannabinique apparaît 2 heures après l'inhalation de cannabis [9, 10]. Ce délai peut être retardé en cas d'ingestion (*space cake*). Au cours de cette phase, sont associés des symptômes physiques (hyperhémie conjonctivale, sécheresse buccale, augmentation de l'appétit, tachycardie, bronchodilatation) et des signes subjectifs (euphorie, bien-être, logorrhée, modification des perceptions sensorielles). Cette symptomatologie peut durer de 3 à 8 heures.

Un état d'angoisse aiguë, également appelé *bad trip*, peut survenir, le plus souvent lors des premiers usages [9]. Cet état dure quelques heures.

D'autres complications psychiatriques peuvent apparaître lors de l'intoxication aiguë et durer jusqu'à

7 jours. Ce sont, notamment :

- un sentiment de dépersonnalisation ou de déréalisation accompagné d'hallucinations ;
- un sentiment de persécution ;
- une désorientation temporo-spatiale ;
- une agitation psychomotrice.

Des troubles cognitifs aigus peuvent exister, portant sur l'attention, la concentration, la mémoire et les processus d'apprentissage [11].

L'atteinte de l'appareil cardiovasculaire peut se traduire par un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral. Des cas de trouble du rythme cardiaque ou d'artérite des membres inférieurs ont également été rapportés [12]. Enfin, certaines techniques d'inhalation peuvent entraîner des **complications de l'appareil respiratoire**. Quelques cas d'hémoptysie et de pneumothorax ont été rapportés après une inhalation rapide et profonde, à l'aide d'une pipe à eau (ou *bang*) [13].

INTOXICATION CHRONIQUE

De manière schématique, la consommation chronique de cannabis peut donner lieu à deux types de complications : psychiatriques et cognitives d'une part, somatiques d'autre part.

COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES ET COGNITIVES

Les atteintes cognitives sont fréquentes chez les consommateurs réguliers, mais sont souvent banalisées par les patients [11]. Hormis la mémoire, certaines études montrent que d'autres fonctions peuvent être touchées : traitement de l'information nécessaire à la prise de décision, capacité de planification ou d'adaptation... Les facteurs aggravants sont l'âge précoce de consommation (début avant 15 ans), la durée de consommation,

l'âge d'arrêt et la durée d'abstinence. Une récupération partielle des fonctions cognitives est observée en cas d'arrêt de la consommation.

La survenue d'une dépression peut être observée en cas de consommation précoce et régulière [9]. Le risque de suicide est augmenté.

L'usage de cannabis pourrait contribuer à l'évolution et à l'expression du trouble bipolaire [9].

Des états de démotivation peuvent survenir en cas de consommation importante [14]. Ils se traduisent par un désintéressement du patient dans les domaines scolaires, sociaux et professionnels, aboutissant ainsi à une désinsertion.

L'impact de l'usage de cannabis dans la survenue d'une schizophrénie est une question récurrente. La réponse est difficile à obtenir car il semble que d'autres facteurs relevant de la famille, de l'environnement et de la génétique interviennent. De plus, à l'échelle mondiale, la prévalence de la schizophrénie est de 1 %, ce qui peut rendre difficile l'interprétation d'études épidémiologiques. Il semblerait que le cannabis puisse déclencher cette psychose chez les consommateurs vulnérables. Toutefois, A. Benyamina et L. Blecha rapportent que « *la prévalence de la schizophrénie ne varie pas, de pays en pays, en fonction de la popularité nationale de la consommation de cannabis* » [14].

Environ 9 % des personnes qui expérimentent le cannabis développeront une dépendance [15]. Ce taux est proche de 6 % chez les consommateurs ayant débuté à l'adolescence, mais atteint 25 à 50 % chez les personnes qui fument de la marijuana tous les jours. Comparés aux consommateurs ayant débuté à l'âge adulte, les usagers ayant débuté à l'adolescence ont 2 à 4 fois plus de risque

de présenter des signes de dépendance dans les 2 ans qui suivent la première consommation.

L'arrêt du cannabis après une longue période de consommation peut donner lieu à un syndrome de sevrage. Apparaissant au bout de quelques jours, ce dernier comporte une irritabilité, des sueurs, des troubles du sommeil, des nausées et une perte de l'appétit. Ces signes peuvent durer plusieurs semaines [9].

COMPLICATIONS SOMATIQUES

En cas de consommation chronique, les complications peuvent concerner de nombreux domaines : cardiovasculaire, respiratoire, digestif, métabolique, cutanéomuqueux, gynécologique-obstétrical, onco-logique [10]. Sur le plan cardiovasculaire, une augmentation du risque d'infarctus du myocarde est observée chez les usagers atteints de coronaropathie. D'autres troubles sont rapportés tels qu'une arythmie cardiaque, une hypotension orthostatique ou une artériopathie distale.

L'association du cannabis et du tabac est responsable d'une symptomatologie de toux, d'expectoration, de sifflements, de pharyngite et de laryngite. Une exacerbation de l'asthme et la survenue d'une bronchopneumopathie chronique obstructive peuvent également être observées. L'arrêt de la consommation de cannabis a des effets bénéfiques sur ces symptômes et pathologies respiratoires [16].

Des réactions allergiques sont rapportées, pouvant aller jusqu'à l'œdème de Quincke.

L'exposition au cannabis peut entraîner des conjonctivites récurrentes.

Sur le plan digestif, un usage quotidien de cannabis peut être responsable d'une hyperhémèse cannabinoïde. Ce syndrome comprend

des épisodes de vomissements, de nausées et de douleurs abdominales. De même, la consommation régulière de cannabis serait un facteur prédictif négatif de l'évolution d'une hépatite C.

L'implication du cannabis dans l'apparition de cancers du poumon est controversée en raison de l'association fréquente de cette substance psychoactive avec le tabac [17]. Toutefois, la fumée de cannabis a des effets carcinogènes démontrés *in vivo* et *in vitro*. Le risque de développement d'un cancer bronchique est multiplié par 2. Une consommation débutée avant 16 ans et de niveau élevée pourrait être un facteur favorisant.

MORTALITÉ

Une revue de la littérature internationale n'a pas permis d'accéder à des données de mortalité au sein de larges échantillons de consommateurs de cannabis.

En France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM, anciennement AFSSAPS) a mis en place, en 2002, l'enquête DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Ce recueil non exhaustif est réalisé grâce à un réseau comprenant des toxicologues analystes volontaires, des experts judiciaires, des médecins légistes et les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-addictovigilance. En 2015, le cannabis était impliqué dans 36 décès sur les 343 notifiés [18].

L'étude SAM (Stupéfiants et accidents mortels) a étudié l'imprégnation par le cannabis et l'alcool des conducteurs impliqués dans 10 743 accidents routiers mortels [19]. Les auteurs estiment que 175 à 190 décès par an – à la fin des années 2000 – seraient imputables à une conduite sous l'emprise de cannabis

et 1 380 à une conduite sous l'emprise de l'alcool.

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

La diffusion du cannabis dans la population française et ses conséquences, notamment en cas de consommation intense débutée précocement, nécessitent d'aborder ce sujet avec les patients et/ou les travailleurs [10]. Cette discussion est à réaliser dans un climat de confiance, sur un ton d'empathie et hors de toute attitude moralisatrice. En cas de consommation déclarée de cannabis, il est nécessaire d'évaluer le risque lié à cet usage. À cet effet, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande d'utiliser le questionnaire CAST (*Cannabis abuse screening test*) contenu dans son « *Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte* » [20] (annexe 1). Cette échelle contient 6 items à rechercher sur les 12 derniers mois, portant sur certains comportements lors de l'usage de cannabis et sur des problèmes induits par cette substance psychoactive. Une conduite à tenir, par le professionnel de santé, en fonction des réponses du patient et/ou travailleur est proposée.

Lorsqu'une seule réponse au questionnaire CAST est positive :

- L'HAS conseille de délivrer une « *information minimale sur les risques* ».

- Toutefois, il semble nécessaire d'être attentif à l'item donnant lieu à un résultat positif. C'est notamment le cas lors de questions explorant les conséquences de la consommation de cannabis (bagarres, disputes, échecs scolaires...) ou les tentatives de sevrage infructueuses. Il est à noter que, pour

V. Benard et al., un nombre de réponses positives inférieur ou égal à 2 oriente vers la réalisation d'une intervention brève [10].

À partir de 2 réponses positives au questionnaire CAST, l'HAS conseille aux professionnels de santé de réaliser une intervention brève. Elle permet de :

- restituer le résultat du questionnaire CAST ;
 - informer sur les risques liés à la consommation de cannabis ;
 - évaluer avec le consommateur ses risques personnels et situationnels ;
 - identifier les représentations et les attentes du consommateur ;
 - échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation ;
 - expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation ;
 - proposer des objectifs et en laisser le choix au patient et/ou travailleur ;
 - évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation ;
 - donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation ;
 - remettre une brochure. À titre d'exemple. L'Agence Santé publique France (anciennement INPES) a publié 2 documents : « *Cannabis, ce qu'il faut savoir* » [21], « *Guide d'aide à l'arrêt du cannabis* » [22] ;
 - ou orienter vers un site, une application, un forum... À titre d'exemple, le site Drogues info service (www.drogues-info-service.fr) contient des informations sur les différentes drogues, permet d'accéder à un forum et communique des adresses de consultations spécialisées en addictologie.
- Lorsque 3 réponses, ou plus, du questionnaire CAST sont positives**, l'orientation du patient et/ou travailleur vers une consultation d'addictologie est indiquée. Deux types de structure de prise

en charge peuvent être cités :

- les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) assurent une prise en charge pluridisciplinaire gratuite des personnes en difficulté avec le cannabis ou toute autre conduite addictive. Les 430 CSAPA répartis sur tout le territoire national regroupent des équipes médicales, psychologiques, sociales et éducatives. La plupart de ces structures comportent également des Consultations jeunes consommateurs (CJC) ;

- les structures hospitalières et hospitalo-universitaires.

Cette prise en charge spécialisée permet, entre autres, d'évaluer le trouble lié à l'usage du cannabis à l'aide des critères de la 5^e édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* de l'*American Psychiatric Association*, couramment appelé DSM-5 [10] (annexe 2). Ainsi, l'intensité du trouble peut être qualifiée de légère, modérée ou sévère en fonction du nombre de critères relevés sur les 12 derniers mois.

Actuellement, un autre moyen de diagnostic est la Classification internationale des maladies (CIM), produite par l'Organisation mondiale de la santé. La 10^e révision de cette classification, dite CIM-10, comporte un chapitre « *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives* » [23]. Cette classification conserve la distinction entre 2 troubles :

- utilisation nocive pour la santé (ou abus) : mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques ;

- syndrome de dépendance : ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une subs-

tance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

Une 11^e version de la CIM est en cours d'élaboration et pourrait être publiée en 2018.

Les autres aspects de la prise en charge peuvent associer, entre autres [24] :

- un entretien motivationnel lorsqu'il existe une ambivalence quant à l'arrêt (ou la réduction) de la consommation et la poursuite de celle-ci ;

- une thérapie cognitive et comportementale afin d'analyser les situations à risque de consommation, de gérer les envies fortes de consommer du cannabis (*craving*), de devenir capable de refuser les incitations à consommer et de prévenir les rechutes ;

- la prise en charge des éventuelles comorbidités psychiatriques et autres pratiques addictives associées.

La période de sevrage peut nécessiter un traitement symptomatique.

De même, la buspirone et la N-acétylcystéine ont été testées, sans être, à l'heure actuelle, validées.

DONNÉES EN MILIEU DE TRAVAIL

NIVEAUX DE CONSOMMATION

En 2010, le *Baromètre santé* a interrogé 14 385 actifs occupant un emploi [25]. Les résultats permettent de connaître les niveaux de consommation de substances psychoactives (à l'exception des médicaments psychotropes) dans différents secteurs d'activité (tableau I page suivante). Certains sont plus exposés que d'autres : arts et spectacles, construction...

Plus récemment, le *Baromètre santé* de 2014 a montré que, sur 9 000 travailleurs, 9 % d'entre eux ont consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'enquête [3]. Ce taux est plus élevé chez les 18-34 ans (18 %). Les résultats du *Baromètre santé 2014* permettent également d'étudier les consommations de substances psycho-actives au sein des différentes catégories socio-professionnelles, en distinguant les hommes et les femmes (tableau II page suivante) [26].



© Martinak/Banque d'images 123RF

➤ TABLEAU I : COMPARAISON DES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DES ACTIFS OCCUPÉS PARMIS DIFFÉRENTS SECTEURS D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE (EN POURCENTAGE DES ACTIFS INTERROGÉS) (d'après [25]).

NAF*	Alcoolisation ponctuelle importante mois**	Ivresse année	Tabac quotidien	Cannabis année	Cocaïne vie	Ecstasy/ Amphétamines vie
ENSEMBLE	19,2	21,1	33,5	6,9	3,8	3,3
Agriculture, sylviculture et pêche	30,7	24,2	31,5	6,2	2,9	2,8
Construction	32,7	33,2	43,8	13,0	5,6	3,8
Commerce	17,6	22,2	38,4	7,4	3,5	3,2
Transport, entreposage	24,2	23,0	34,3	5,0	2,7	2,5
Hébergement, restauration	26,9	27,2	44,7	12,9	9,2	7,9
Information, communication	22,6	29,5	26,8	10,7	6,9	5,5
Administration publique et défense	17,8	18,1	28,4	3,6	2,5	2,7
Enseignement	10,9	15,1	23,4	5,2	2,9	2,2
Santé humaine, action sociale	8,5	11,8	30,0	4,0	2,6	2,5
Arts, spectacle et services récréatifs	23,0	32,3	31,1	16,6	9,8	7,3
Services des ménages	14,0	6,7	31,3	0,7	0,5	1,0

* NAF : nomenclature d'activités française (en 21 sections).

** Alcoolisation ponctuelle importante par mois : 6 verres ou plus lors d'une même occasion, au moins une fois par mois.

En violet les secteurs les plus concernés, en bleu les secteurs les moins concernés

Chez les premiers, sur une période d'une année, les employés (16,6 %), les ouvriers (13,1 %) et les professions intermédiaires (13,9 %) sont les 3 catégories les plus consommatrices. Chez les femmes, cette classification concerne les cadres (6,7 %), les professions intermédiaires (6,1 %) ainsi que les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (4,8 %).

Peu de publications renseignent les niveaux de consommation des travailleurs sur des périodes inférieures à un an. C. Orset et al. ont mené, en 2005, une enquête de prévalence chez 1 406 travailleurs de la Loire, dont l'âge moyen est de 37,1 ans [27]. Parmi les répondants, 10,2 % (N = 139) déclarent avoir consommé du cannabis durant les 12 derniers mois. Pour un peu plus

de la moitié d'entre eux (54,1 %, N=75), cette consommation est inférieure à 10 usages par an. Elle est supérieure à plus de 20 fois par mois chez 25,2 % (N = 35) des travailleurs usagers de cannabis.

Avec l'appui du Service de santé des Gens de mer, E. Fort et al. ont interrogé 1 366 marins français en 2007 [28]. L'âge moyen de ces travailleurs est de 38,5 ans. Quarante-cinq pour cent d'entre eux ont consommé du cannabis au moins une fois au cours de leur existence. Vingt-deux pour cent d'entre eux en ont fait au moins un usage dans l'année venant de s'écouler. La consommation au cours des 30 derniers jours concerne 16 % des marins interrogés.

Au sein des 4 armées françaises, des enquêtes de prévalence ont été me-

nées entre 2005 et 2009 [29]. Leur synthèse, réalisée par A. Mayet et al., porte sur un échantillon de 4 310 militaires – principalement masculin (87,3 %) – dont l'âge moyen est de 31 ans. Les résultats montrent que 48,1 % de ces militaires ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Pour 5,7 %, la fréquence de consommation est supérieure à 10 fois par mois.

IMPACT SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ

Il n'existe pas, à l'heure actuelle de donnée fiable quant à l'impact sur la santé et la sécurité au travail des conduites addictives liées au cannabis.

En 2010, l'agence Santé publique France (anciennement INPES), l'INRS et la Société de médecine

➤ **TABLEAU II : CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES FEMMES (F) ET CHEZ LES HOMMES (H) SELON LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE EN FRANCE EN 2014 (EN %) (d'après [26]).**

	Tabac (quotidien)		Alcool						Médicaments psychotropes (année)*		Cannabis (année)		Cocaïne (année)		Ecstasy/ Amphétamines (année)	
			Quotidien		Ivresse répétée		Alcoolisation ponctuelle importante dans le mois									
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Agriculteurs	21,0	20,8	7,4	21,7	0,0	6,2	4,7	27,9	13,1	5,0	2,8	2,6	1,0	0,0	0,0	0,0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	31,3	34,4	8,7	17,1	3,0	17,3	4,9	34,0	30,0	2,8	4,8	11,6	0,0	1,3	0,0	0,6
Cadres	17,7	19,9	2,5	9,1	6,9	14,1	9,0	23,4	14,0	12,1	6,7	10,9	0,6	0,6	0,3	0,6
Professions intermédiaires	22,7	31,5	2,4	9,1	5,3	13,9	7,3	24,2	25,2	13,7	6,1	13,9	0,4	0,4	0,3	0,5
Employés	29,8	37,2	3,0	9,2	3,4	16,3	8,3	28,2	19,6	14,5	4,5	16,6	0,5	3,6	0,3	2,4
Ouvriers	28,8	44,6	0,8	13,3	2,7	14,4	12,5	32,4	20,3	13,7	0,2	13,1	0,5	0,9	0,1	0,7

Source : Baromètre santé 2014
* Données du Baromètre santé 2010.

du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF) ont réalisé une enquête auprès de 750 médecins du travail afin de connaître leur approche des conduites addictives au travail [30]. Au cours des douze mois précédant l'enquête, 92 % des médecins du travail déclarent avoir été sollicités par des responsables de services de ressources humaines pour un problème d'alcool chez un salarié, 29 % ont été contactés pour un salarié faisant usage de cannabis et 13 % pour un salarié faisant usage d'une autre drogue. De même, 40 % des médecins évoquent avoir été contactés par un représentant du personnel pour un problème d'alcool chez un salarié, 7 % pour un problème de cannabis et 4 % pour un problème lié à d'autres drogues.

B. Laumon et al. ont étudié le sur-risque lié à cette substance psychoactive dans les accidents

routiers mortels (étude SAM) [19]. De 2001 à 2003, sur les 10 748 accidents analysés :

- 1 845 relèvent d'un déplacement professionnel. La recherche sanguine de THC est positive chez 3,2 % des conducteurs vs 7 % pour l'alcoolémie ;
- 1 504 relèvent d'un trajet entre le domicile et le travail (ou inversement). La recherche sanguine de THC est positive chez 5,7 % des conducteurs vs 14,3 % pour l'alcoolémie ;
- 7 399 relèvent d'un autre motif de déplacement. La recherche sanguine de THC est positive chez 9,3 % des conducteurs vs 33,5 % pour l'alcoolémie.

Les auteurs de cette étude concluent que le risque d'être responsable d'un accident routier mortel est multiplié par 1,8 lors de la conduite sous l'emprise de cannabis. Ce sur-risque est comparable lors d'un déplacement à caractère professionnel ou non. Pour

l'alcool, ce risque est multiplié par 8,5. Lorsque le conducteur est sous l'influence de ces 2 substances psychoactives, le risque d'être responsable d'un accident routier mortel est multiplié par 14.

QUELS LIENS ENTRE TRAVAIL ET CONSOMMATION ?

Les conduites addictives en milieu de travail ont une origine mixte, relevant de la sphère privée et de la sphère professionnelle [31]. Le *Baromètre santé 2010* rapporte que 13,2 % des consommateurs de cannabis ont augmenté leur consommation au cours des 12 derniers mois à cause de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle [25]. Il en est de même pour 9,3 % des consommateurs d'alcool et 36,2 % des fumeurs de tabac.

S. Krippeler et al. ont mené une étude sur l'usage de substances psychoactives et sa relation avec

un poste de sécurité et le stress [32]. Un auto-questionnaire était distribué auprès de travailleurs luxembourgeois âgés de 18 à 39 ans, dans les services de santé au travail multisectoriel. Les résultats exploitables portent sur 1 358 questionnaires et montrent que l'occupation d'un poste de sécurité est significativement liée à la consommation de drogues illicites (dont le cannabis) au cours des 30 derniers jours : *odds ratio* (OR) = 2,06 [IC 95 % = (1,36-3,11)]. Les auteurs notent que les salariés affectés à ce type de poste sont majoritairement de sexe masculin (ration hommes/femmes : 10,4). La régression logistique confirme ce lien significatif (OR = 1,66 [IC 95 % = (1,05-2,63)]) en ajustant sur le tabagisme, la situation familiale, l'âge et le sexe. L'exposition au stress est, quant à elle, significativement liée à la consommation de médicaments psychotropes (OR = 1,8 [IC 95 % = (1,078-3,036)]). L'Observatoire français des drogues (OFDT) a réalisé une revue de la littérature sur l'usage des différentes substances psychoactives en milieu professionnel [26]. Plusieurs facteurs favorisent les consommations : le stress, les horaires de travail atypiques (irréguliers, trop intenses ou de nuit), l'exposition à la chaleur, au froid ou à des dangers, de même que les mauvaises relations au travail (harcèlement, brimades). L'OFDT relève également que lorsque le travail est plus ennuyeux et monotone, les consommations abusives d'alcool ont tendance à augmenter.

Le statut professionnel peut intervenir. Dans leur étude auprès de 1 406 salariés de la Loire, C. Orset et al. montrent que les travailleurs intérimaires ont un risque de dépendance, à l'alcool et/ou au cannabis, multiplié par 1,3 par rapport aux autres contrats de travail [27].

PRÉVENTION : RÔLE DU SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail est impliquée dans la prévention des pratiques addictives, tant sur le plan collectif que sur le plan individuel. En effet, l'article L. 4622-2 du Code du travail dispose notamment que les services de santé au travail :

- conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;
- assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celles de l'entourage immédiat, de la pénibilité au travail et de leur âge.

L'étude du milieu de travail par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, associée aux informations recueillies lors de la surveillance de l'état de santé des salariés, permet d'intervenir sur la prévention des pratiques addictives, tant au niveau collectif qu'individuel.

ACTIONS À VISÉE COLLECTIVE

CONSEILLER SUR LA PRÉVENTION DES PRATIQUES ADDICTIVES EN GÉNÉRAL

En milieu de travail, la prévention des usages de cannabis rejoint celle des autres substances psychoactives. En effet, elle associe notamment la prévention des facteurs favorisant les consommations, dont certains sont communs aux différents produits, la formation des acteurs de prévention et la conduite à tenir face à un travailleur en difficulté.

Le risque lié aux pratiques addictives est à inscrire dans le document unique d'évaluation des risques professionnels [33]. En effet, les pratiques addictives concernent de nombreux travailleurs ; ces usages – occasionnels ou réguliers – sont responsables d'atteinte à la santé ou à la sécurité des salariés, tandis qu'il existe des facteurs liés au travail favorisant les consommations d'alcool et de drogues.

La première étape de la démarche de prévention consiste à la mise en place d'un comité de pilotage représentatif de l'ensemble du personnel. Il est piloté par la direction et comprend au minimum des membres de l'encadrement et du service des ressources humaines, le (ou les) salarié(s) compétent(s) au sens de l'article L. 4644-1 du Code du travail, des représentants du personnel (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, Commission santé, sécurité et conditions travail, Comité social et économique...), ainsi que des membres du service de santé au travail. L'objectif du comité de pilotage est de définir les actions de prévention à mettre en œuvre, de les planifier et d'en assurer le suivi.

Au préalable, il est fortement conseillé que les membres du comité de pilotage bénéficient d'un apport de connaissances sur les pratiques addictives : les effets des principales substances psychoactives, les raisons pour lesquelles les travailleurs consomment, les bases de la prévention, les erreurs à éviter... Cela permet à chacun de corriger les idées fausses et de faire tomber les tabous sur ce sujet. Le service de santé au travail peut participer à la formation des membres du comité de pilotage et/ou au choix des intervenants extérieurs.

Les actions de prévention peuvent porter, de manière non exhaustive et non hiérarchisée sur : l'information des salariés, la conduite à tenir

face à un trouble du comportement, la prévention des situations favorisant les consommations d'alcool et de drogues, la mise en place d'indicateurs de suivi et/ou d'alerte.

L'information des salariés peut aborder :

- les risques pour la santé et la sécurité liés aux conduites addictives ;
- la réglementation en vigueur relevant, par exemple, du Code du travail, du Code de la santé publique et du Code de la route ;
- le règlement intérieur de l'entreprise ;
- la procédure à suivre face à un salarié dans l'incapacité d'assurer son travail en toute sécurité (cf. paragraphe « *Conseiller sur la conduite à tenir en cas de trouble du comportement* ») ;
- le rôle de l'encadrement : diffusion des mesures de sécurité, aide à un salarié en difficulté (orientation vers le médecin du travail et/ou les services sociaux, respect de la conduite à tenir face à un trouble du comportement...);
- le rôle des représentants du personnel ;
- le rôle du service de santé au travail : conseil de l'employeur, des travailleurs et de leurs représentants en matière de prévention des consommations d'alcool et de drogues sur le lieu de travail ; orientation vers un réseau de soins, préparation du retour du salarié dans le respect du secret médical ;
- le rôle des services sociaux ;
- les aides possibles en dehors de l'entreprise : médecin traitant, adresses des consultations spécialisées les plus proches (CSAPA, consultations en centre hospitalier...), sites internet (exemple : Drogues info service, Addict'Aide...), numéros verts...

Dans la mesure du possible, il est souhaitable que les membres de l'encadrement, ainsi que les représentants du personnel, bénéficient

en premier de ces informations. Cela leur permet d'échanger entre eux sur des situations rencontrées et d'obtenir des compléments d'information sur des points à éclaircir. Ainsi, ils pourront aborder plus aisément ce sujet avec leurs équipes.

La prévention des facteurs liés au travail favorisant les pratiques addictives concerne :

- l'encadrement des consommations de boissons alcoolisées sur le lieu de travail, y compris lors des pots et des repas d'affaires [31] ;
- la prévention des risques liés au stress, aux horaires atypiques, aux postes de sécurité... (cf. paragraphe « *Quels liens entre travail et consommation ?* »).

La définition d'indicateurs d'alerte et de suivi permet de déceler une situation nécessitant d'intervenir et/ou d'évaluer, à l'échelle de l'entreprise, l'impact de la démarche de prévention. Ces indicateurs, dont certains ne sont pas spécifiques des pratiques addictives, peuvent être [33] : absentéisme de courte durée, retards à la prise de poste, fréquence de déclenchement de la procédure « Trouble du comportement », fréquence des visites médicales à la demande de l'employeur, statistiques anonymes relatives aux pratiques addictives (fournies par le service de santé au travail), données anonymes provenant du service social... Dans certains cas, la question de la mise en place d'un dépistage par alcootest ou test salivaire de recherche de stupéfiants peut se poser. Ceci nécessite d'être débattu dans le cadre du comité de pilotage, mais aussi lors des réunions des instances représentatives du personnel. Dans sa décision n° 394178 du 5 décembre 2016, le Conseil d'État a encadré les modalités d'usage du test salivaire. Ce dernier ne peut être réalisé par l'employeur ou un supérieur hiérarchique que s'il est inscrit au règlement intérieur, réservé

aux « *seuls postes dits hypersensibles drogues et alcool pour lesquels l'emprise de la drogue constitue un danger particulièrement élevé pour le salarié ou pour les tiers* », que le salarié puisse obtenir une contre-expertise médicale – à la charge de l'employeur – et que l'employeur ou le supérieur hiérarchique réalisant ce test respecte le secret professionnel sur les résultats. Il convient de s'interroger sur l'intérêt du dépistage. En effet, l'origine des pratiques addictives étant multifactorielle, l'utilisation de ce type de dispositif ne peut se substituer à l'ensemble des mesures de prévention citées plus haut. De plus, les tests basés sur une réaction immunochimique présentent, à l'heure actuelle, un manque de fiabilité. F. Musshoff et al. ont mené une étude sur 3 tests salivaires commercialisés, utilisés à 811 reprises lors de contrôles routiers [34]. Afin de vérifier l'efficacité de ces dispositifs, 233 prélèvements sanguins ont également été réalisés puis analysés par une méthode couplant chromatographie en phase gazeuse et spectrométrie de masse. Les résultats montrent, pour la recherche de cannabis, une sensibilité variant d'un modèle de test à l'autre de 71 % à 91 %, tandis que les auteurs qualifient la spécificité de non-satisfaisante pour les 3 tests (9 % à 47 %). Pour la recherche d'amphétamines, les résultats sont meilleurs en matière de sensibilité et de spécificité. Enfin, D. Lee et al. rapportent que l'exposition passive à la fumée de cannabis peut positiver un test salivaire recherchant cette substance psychoactive [35].

CONSEILLER SUR LA CONDUITE À TENIR EN CAS DE TROUBLE DU COMPORTEMENT

L'article R. 4224-16 du Code du travail dispose qu'en « *l'absence d'infirmiers, ou lorsque leur nombre ne permet pas d'assurer une présence*

permanente, l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades. Ces mesures qui sont prises en liaison notamment avec les services de secours d'urgence extérieurs à l'entreprise sont adaptées à la nature des risques... ». Aussi, une procédure relative à l'organisation des secours face à un travailleur présentant un trouble du comportement est à définir.

Outre l'influence des substances psychoactives, plusieurs étiologies peuvent être responsables d'un trouble du comportement, qu'elles soient associées ou non [31] : troubles métaboliques (hypoglycémie...), troubles neurologiques (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral...), intoxications (solvants, monoxyde de carbone...), états infectieux...

Aussi, la conduite à tenir peut être la suivante :

- alerte de l'employeur et du sauveur secouriste du travail ;
- retrait du travailleur de toute activité dangereuse ;
- prise d'un avis médical. Les prescriptions médicales peuvent porter sur les gestes de secours et/ou la surveillance à effectuer, le mode d'évacuation du travailleur vers une structure d'accueil des urgences (ambulance ou autre moyen)... En aucun cas, le salarié ne peut être ramené à son domicile sans une autorisation médicale.

Il est à noter qu'il convient de déterminer le praticien à contacter : médecin du travail, SAMU... lors de la rédaction de cette procédure.

Certaines entreprises bénéficient de la présence d'un ou plusieurs infirmier(s), conformément aux articles R. 4623-32 et 33 du Code du travail. Il est utile que le médecin du travail établisse un protocole à l'attention de ces professionnels de santé pour la prise en charge d'un

salarié présentant un trouble du comportement.

Enfin, la Société française d'alcoologie (SFA) et la Société française de médecine du travail (SFMT) recommandent la mise en place d'une gestion « post-crise » face à tout trouble du comportement [36]. Celle-ci associe notamment :

- une traçabilité écrite et factuelle de l'événement, suivie de l'information du supérieur hiérarchique, de la direction des ressources humaines, du médecin du travail et de l'assistant(e) de service social ;
- la réalisation d'une visite médicale à la demande de l'employeur, dans le cadre de l'article R. 4624-34 du Code du travail, afin de connaître la nécessité ou non d'un éventuel aménagement du poste de travail, voire d'une inaptitude. Cette demande est accompagnée d'un courrier argumenté. De même, l'employeur justifie sa demande auprès du travailleur ;
- la préservation de l'image du salarié au sein de l'entreprise.

Une analyse des conditions dans lesquelles est survenue cet événement permet de définir les actions de prévention à mettre en place.

ACTIONS À VISÉE INDIVIDUELLE

REPÉRAGE CLINIQUE

En 2009, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations de bonne pratique relatives au dossier médical de santé au travail (DMST) [37]. Les « données actualisées sur les *habitus* (alcool, tabac, autres addictions) » font partie des informations à recueillir durant les examens médicaux et à colliger dans le DMST. De même, la SFA et la SFMT recommandent d'interroger le salarié sur l'ensemble des substances psychoactives, y compris les médicaments psychotropes [36].

Aussi, il convient d'interroger les

travailleurs sur leurs éventuelles consommations de substances psychoactives, lors de chaque visite avec un professionnel de santé au travail : visite d'information et de prévention, visite dans le cadre du suivi individuel renforcé, visite de reprise, visite à la demande de l'employeur, du salarié ou du médecin du travail... L'anamnèse et/ou l'examen clinique permettent notamment :

- d'évaluer le niveau de consommation du travailleur et d'évaluer son impact en termes de santé et de sécurité. En sus de la connaissance du poste de travail, cette évaluation peut s'appuyer, par exemple, sur les questionnaires contenus dans l'*Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève* de l'HAS [20] ;
- de conseiller le salarié sur son usage de substances psychoactives. En cas de besoin, une intervention brève ou une orientation vers une structure de prise en charge addictive est réalisée. Cette dernière se fait en coopération avec le médecin traitant ;
- d'évaluer le lien entre travail et conduite addictive, que ce soit à l'échelle individuelle ou au niveau collectif. Il est utile de connaître le rythme de consommation du salarié en fonction des différentes situations de travail, ainsi que son ressenti sur les modalités d'usage de substances psychoactives dans l'entreprise ;
- d'aménager, si nécessaire, le poste de travail du salarié ou d'adapter la périodicité de son suivi individuel. Pour la SFA et la SFMT, « *il est recommandé que cette décision /.../ prenne en compte le niveau de risque que cette consommation induit en milieu du travail, pour le salarié ou pour son entourage. Elle doit donc d'abord être guidée par la connaissance du poste de travail (en pluridisciplinarité, le cas échéant). Le maintien au poste doit être privilégié ...* » [36].

DÉPISTAGE BIOLOGIQUE

Pour certaines professions soumises à des conditions d'aptitude physique (transport ferroviaire, marine, aéronautique civile...), une réglementation spécifique peut prévoir un dépistage biologique de substances psychoactives. Hormis cette situation, le médecin du travail peut souhaiter prescrire des examens complémentaires afin d'obtenir des informations complétant celles obtenues lors de l'examen clinique. Pour mémoire :

- l'article R. 4624-35 du Code du travail dispose que le médecin du travail peut réaliser ou prescrire les examens complémentaires nécessaires à la détermination de la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur ;
- conformément à l'article R. 4127-35 du Code de la santé publique, le médecin du travail se doit d'informer le travailleur sur la nature de l'examen complémentaire et les conséquences qui peuvent en découler ;
- l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique dispose que le résultat de cet examen est soumis au secret médical.

En 2011, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a conclu que le dépistage de produits illicites et d'alcool en milieu de travail est « souhaitable et justifié » pour les postes de « sûreté et de sécurité » [38]. En 2013, la SFA et la SFMT ont recommandé que, dans les cas ne relevant pas d'une réglementation spécifique instaurant une médecine d'aptitude [36] :

- « ... le dépistage biologique ne peut être systématique, même pour les postes à risques ou de sûreté et de sécurité, y compris ceux répertoriés dans une liste élaborée par l'employeur. La décision de le pratiquer appartient au médecin du travail. La prescription de tests biologiques doit respecter le principe du consentement éclairé / ... / Le test de dépistage

doit ensuite être effectué suivant des protocoles respectant la personne ... » (recommandation n° 17) ;

- « ... la prescription de cet examen complémentaire peut se faire au cours de toute visite médicale, à l'occasion d'un signe d'appel susceptible d'évoquer une consommation de substance psychoactive, dès lors que cette consommation interfère avec le poste de travail défini ou met en jeu la santé du salarié et/ou de son entourage. Il n'existe pas de raisons médicales justifiant une approche différente, y compris en visite d'embauche ... » (recommandation n° 19).

Plusieurs milieux biologiques peuvent être explorés à la recherche d'une consommation de cannabis dont les urines, la salive, les cheveux et le sang. Les urines représentent un milieu de choix pour rechercher la consommation récente ou plus ancienne de substances psychoactives [36].

Il existe actuellement sur le marché des bandelettes urinaires permettant, dans un délai court, une recherche de consommation de cannabis. Ces dispositifs reposent sur une technique immunochimique avec une réaction anticorps (présents sur la bandelette) – antigène (métabolite du cannabis présent dans les urines). Ces tests n'apparaissent pas dans l'arrêt du 1^{er} août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques. Aussi, conformément aux articles L. 6211-3 et L. 6211-7 du Code de la santé publique, l'utilisation de bandelettes urinaires afin de rechercher une consommation de substance psychoactive est un examen de biologie médicale, réa-

lisé par un biologiste médical ou, pour certaines phases, sous sa responsabilité.

Il revient donc au médecin du travail de se rapprocher d'un biologiste médical pour, notamment, organiser le prélèvement de l'échantillon biologique, connaître la technique d'analyse à utiliser et les conditions de validation du résultat. Pour mémoire, les dispositifs immunochimiques de type bandelettes urinaires, actuellement utilisées pour la recherche de consommation de substances psychoactives, présentent des problèmes de fiabilité. En 2011, le CCNE a rapporté l'existence de résultats faussement positifs « dont la proportion varie entre 11 et 16 % selon le couple antigène-anticorps » [38]. Ce taux peut varier en fonction du seuil de sensibilité (*cut-off*) retenu. Dans le cas du cannabis, des résultats faussement positifs peuvent être consécutifs à l'absorption de certains médicaments et compléments alimentaires [6, 36] :

- anti-inflammatoires non stéroïdiens : ibuprofène, naproxène ;
- inhibiteurs de la pompe à protons : pantoprazole ;
- inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse du virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) : efavirenz ;
- THC synthétique utilisé dans les nausées et vomissements liés à une chimiothérapie, ou en cas d'anorexie lié à un SIDA : dronabinol ;
- isoflavone de synthèse utilisée par les amateurs de culturisme pour ses propriétés anabolisantes : méthoxyisoflavone.

Actuellement, les méthodes de référence pour le dosage urinaire des métabolites du THC reposent sur la chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS) [6, 36].

Face à un salarié dont un examen de biologie médicale montre une consommation de substance(s)

psychoactive(s), la SFA et la SFMT recommandent : « ... *Le maintien au poste de travail doit être privilégié. La décision sera prise en fonction de l'expertise clinique, des contraintes du poste de travail et de l'environnement professionnel (étudiées en pluridisciplinarité, le cas échéant) / ... / Comme pour tout autre risque, cette décision d'aptitude doit être prise en toute indépendance* » [36].

TRAVAIL EN RÉSEAU POUR LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

Il est utile que les professionnels de santé travaillent avec un réseau de prise en charge addictologique. En effet, cela permet notamment :

- d'orienter un salarié en cas de besoin, en accord avec le médecin traitant (cf. paragraphe « *Principes de la prise en charge* »);
- d'échanger sur les situations de travail incitant à consommer, telles qu'elles sont perçues par l'addictologue – à travers les informations qu'il perçoit de ses patients – et par l'équipe pluridisciplinaire de santé

au travail. Ceci permet d'adapter les mesures de prévention ;

● d'obtenir des conseils sur l'entretien à mener avec un travailleur bénéficiant d'une prise en charge addictologique. L'identification des stratégies apprises par le salarié, pour faire face aux situations à haut risque de rechute, est utile pour un éventuel aménagement du poste de travail ;

● d'anticiper la reprise du travail d'un travailleur en cours de soins...

CONCLUSION

Le cannabis, tout comme l'alcool, est une pratique addictive qui concerne une partie non négligeable de la population générale, et donc aussi du monde du travail. C'est dans ce cadre que le plan Santé au travail 2016-2020 a inscrit, parmi ses objectifs, la prévention des pratiques addictives en milieu professionnel. Quoique le plus souvent multi-

causales, ces pratiques addictives peuvent être liées à certains facteurs relevant du travail, sur lesquels l'entreprise peut agir. Le service de santé au travail est un acteur important de la prévention des consommations d'alcool et de drogues (dont le cannabis) sur le lieu de travail. En effet, grâce à l'étude en pluridisciplinarité du milieu de travail et la connaissance de l'état de santé des travailleurs, les professionnels de santé au travail peuvent apporter des conseils à l'employeur et aux salariés, tant sur le plan collectif que sur la prise en charge des situations individuelles.

Pour les différents acteurs de la prévention, les formations initiales en matière de pratiques addictives peuvent être différentes. L'apport de connaissances, adapté à chaque public, permet de dépasser le tabou des consommations d'alcool et de drogues. Ainsi, la prévention des pratiques addictives peut être abordée de la même façon que pour tout autre risque professionnel.

POINTS À RETENIR

- Parmi les travailleurs, 9 % consomment du cannabis au moins 1 fois par an.
- Le CAST est un questionnaire permettant d'évaluer le niveau de consommation de cannabis.
- Le risque d'être responsable d'un accident routier mortel est multiplié par 1,8 lors de la conduite sous l'emprise de cannabis.
- Certains facteurs liés au travail peuvent favoriser la consommation de cannabis.
- Le service de santé est un acteur de la prévention des consommations d'alcool et de drogues, tant sur le plan collectif qu'individuel.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | Drogues et conduites addictives. Comprendre, savoir, aider. Éditions INPES. Santé publique France, 2014 (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1573>).
- 2 | Drogues. Chiffres clés. 6^e édition. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2015 (www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf).
- 3 | Cannabis : usages actuels en population adulte. Résultats de l'enquête Baromètre santé 2016. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2016 (www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbx6.pdf).
- 4 | Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2015 (www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf).
- 5 | GOULLE JP, GUERBET M - Les grands traits de la pharmacocinétique du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) ; les nouveaux cannabinoïdes de synthèse ; le cannabis et la sécurité routière. *Bull Acad Natl Méd.* 2014 ; 198 (3) : 541-57.
- 6 | MOELLER KE, KISSACK JC, ATAYEE RS, LEE KC - Clinical Interpretation of Urine Drug Tests : What Clinicians Need to Know About Urine Drug Screens. *Mayo Clin Proc.* 2017 ; 92 (5) : 774-96.
- 7 | COTTENCIN O, BENCE C, KARILA L - Effets somatiques liés à la consommation de cannabis. In: REYNAUD M, KARILA L, AUBIN HJ, BENYAMINA A (Eds) - *Traité d'addictologie*. 2^e édition. Cachan : Lavoisier ; 2016 : 669-73, 900 p.
- 8 | CREAN RD, CRANE NA, MASON BJ - An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med.* 2011 ; 5 (1) : 1-8.
- 9 | COSCAS S, BENYAMINA A, REYNAUD M, KARILA L - Complications psychiatriques de la consommation de cannabis. *Rev Prat.* 2013 ; 63 (10) : 1426-28.
- 10 | BENARD V, ROLLAND B, MESSAADI N, PETIT A ET AL - Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale. *Presse Méd.* 2015 ; 44 (7-8) : 707-15.
- 11 | LAFAYE G - Troubles cognitifs liés à la consommation de cannabis. *Rev Prat.* 2013 ; 63 (10) : 1428-29.
- 12 | COTTENCIN O, BENCE C, ROLLAND B, KARILA L - Conséquences somatiques de la consommation de cannabis. *Rev Prat.* 2013 ; 63 (10) : 1430-32.
- 13 | MOATEMRI Z, ZAIBI H, DABBOUSSI S, MHAMEDIS S ET AL - Hémorragie alvéolaire suite à un bang de cannabis. *Rev Pneumol Clin.* 2016 ; 72 (5) : 316-19.
- 14 | BENYAMINA A, BLECHA L - Cannabis et troubles psychotiques. In: REYNAUD M, KARILA L, AUBIN HJ, BENYAMINA A (Eds) - *Traité d'addictologie*. 2^e édition. Cachan : Lavoisier ; 2016 : 660-68, 900 p.
- 15 | VOLKOW ND, BALER RD, COMPTON WM, WEISS SR - Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med.* 2014 ; 370 (23) : 2219-27.
- 16 | UNDERNER M, URBAN T, PERRIOT J, PEIFFER G ET AL - Usage du cannabis et retentissement fonctionnel respiratoire. *Rev Mal Respir.* 2013 ; 30 (4) : 272-85.
- 17 | UNDERNER M, URBAN T, PERRIOT J, DE CHAZERON I ET AL - Cannabis et cancer bronchique. *Rev Mal Respir.* 2014 ; 34 (6) : 488-98.
- 18 | Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances. Résultats de l'enquête DRAMES 2015. Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A). ANSM, 2017 ([http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/\(offset\)/5#paragraph_54409](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/(offset)/5#paragraph_54409)).
- 19 | LAUMON B, GADEGBEKEU B, MARTIN JL - Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM). Analyse épidémiologique. Observatoire des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2011 (www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxblr4.pdf).
- 20 | Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Haute Autorité de santé (HAS), 2014 (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte).
- 21 | Cannabis, ce qu'il faut savoir. France Brochure INPES. Santé publique France, 2016 (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1704>).
- 22 | Guide d'aide à l'arrêt du cannabis. Éditions INPES, Édition 2016. Santé publique France, 2016 (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1702>).
- 23 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19). CIM-10 Version 2008. OMS, 2008 (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F10-F19>).
- 24 | RÉMOND JJ, GORSANE MA, RAHIOUI H - Les prises en charge du mésusage de cannabis. In: REYNAUD M, KARILA L, AUBIN HJ, BENYAMINA A (Eds) - *Traité d'addictologie*. 2^e édition. Cachan : Lavoisier ; 2016 : 692-99, 900 p.
- 25 | Des substances psychoactives plus consommées dans certains secteurs de travail. Baromètre santé 2010. Santé publique France, 2012 (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2012/004.asp>).
- 26 | PALLE C - Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2015 (www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpva.pdf).
- 27 | ORSET C, SARAZIN M, CABAL C - Les conduites addictives en milieu professionnel. Enquête de prévalence par questionnaire chez 1 406 salariés de la Loire ; étude en fonction du poste de travail. *Arch Mal Prof Environ.* 2007 ; 68 (1) : 5-19.
- 28 | FORT E, MASSARDIER-PILONCHÉRY A, FACY F, BERGERET A - Prevalence of drug use in French seamen. *Addict Behav.* 2012 ; 37 (3) : 335-38.



BIBLIOGRAPHIE (suite)

29 | MAYET A, MARIMOUTOU C, HAUS-CHEYMOL R, VERRÉ C ET AL - État des lieux des conduites addictives dans les armées françaises : une méta-analyse des enquêtes de prévalence conduites entre 2005 et 2009. *Méd Armées*. 2014 ; 42 (2) : 113-22.

30 | MÉNARD C, DEMORTIÈRE G, DURAND E, VERGER P (Eds) - Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés. Études Santé. Saint-Denis : INPES ; 2011 : 189 p.

31 | HACHE P - Alcool et travail. Grand angle TC 152. *Réf Santé Trav*. 2015 ; 144 : 29-48.

32 | KRIPPLER S, KITTEL F -

Toxicomanies en milieu professionnel : prévalence de l'usage de substances psychoactives et sa relation avec le poste de sécurité et le stress. *Arch Mal Prof Environ*. 2011 ; 72 (2) : 181-88.

33 | HACHE P - Pratiques addictives et évaluation des risques professionnels : comment inscrire ce risque dans le document unique ? Vos questions/nos réponses QR 119. *Réf Santé Trav*. 2017 ; 150 : 113-15. 1770-804.

34 | MUSSHOFF F, HOKAMP EG, BOTT U, MADEA B - Performance evaluation of on-site oral fluid drug screening devices

in normal police procedure in Germany. *Forensic Sci Int*. 2014 ; 238 : 120-24.

35 | LEE D, HUESTIS MA - Current knowledge on cannabinoids in oral fluid. *Drug Test Anal*. 2014 ; 6 (1-2) : 88-111.

36 | Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. Texte court des recommandations. Pratiques et métiers TM 27. *Réf Santé Trav*. 2013 ; 134 : 53-89.

37 | Le dossier médical en santé au travail. Recommandations de bonne pratique, janvier 2009.

Consensus formalisé. Pratiques et déontologie TM 12. *Doc Méd Trav*. 2009 ; 118 : 167-80.

38 | 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 (CCNE), 2011 (www.ccne-ethique.fr/fr/publications/usage-de-lalcool-des-drogues-et-toxicomanie-en-milieu-de-travail-enjeux-ethiques-lies#.We3Y4joVg5s).

ANNEXE 1 Questionnaire CAST (d'après [20])

Questionnaire CAST (<i>Cannabis abuse screening test</i>)	
Items à rechercher sur les 12 derniers mois	<ol style="list-style-type: none"> 1) Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? 2) Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ? 3) Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire lorsque vous fumez du cannabis ? 4) Est-ce que vos proches vous ont déjà dit d'arrêter ou de diminuer votre consommation de cannabis ? 5) Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? 6) Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?
Conduite à tenir	<p>1 réponse positive : information minimale sur les risques</p> <p>2 réponses positives : intervention brève</p> <p>≥ 3 réponses positives : consultation d'addictologie</p>

ANNEXE 2 Critères de la 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) en lien avec le cannabis (d'après [10])

Critères à rechercher sur une période de 12 mois afin d'évaluer le trouble lié à l'usage de cannabis
<ol style="list-style-type: none"> 1) Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou sur une période prolongée. 2) Il existe un désir persistant et des efforts infructueux de réduire ou de contrôler la consommation de cannabis. 3) Utilisation de cannabis poursuivie malgré un problème psychique ou physique, persistant ou récurrent, causé ou exacerbé par le cannabis. 4) Utilisation répétée de cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux. 5) Utilisation poursuivie de cannabis malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par le cannabis. 6) Utilisation répétée de cannabis conduisant à l'incapacité à remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison. 7) De nombreuses activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées à cause de la consommation de cannabis. 8) Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir du cannabis, l'utiliser et en retrouver les effets. 9) Craving : envie impérieuse, obsédante, fort désir ou sentiment d'urgence à devoir consommer du cannabis. 10) Tolérance (quantité ou effet). 11) Syndrome de sevrage.
<p>2 à 3 critères : trouble léger</p> <p>4 à 5 critères : trouble modéré</p> <p>≥ 6 critères : trouble sévère</p>