MÉMOIRE

Dr Delphine Walocha*, Dr Pierre Villéger, Dr Catherine Chevalier**, Pr Daniel Dumont***, Dr Michel Druet-Cabanac*****
* Secteur 5 – Psychiatrie adulte, Centre hospitalier spécialisé Esquirol, 15, rue du Docteur Marcland, F-87025 Limoges Cedex
** Intersecteur régional de soins en addictologie, Centre hospitalier spécialisé Esquirol, Limoges, France
*** Département universitaire de santé au travail, Hôpital du Cluzeau, Limoges, France
Reçu juillet 2007, accepté octobre 2007

Cannabis et travail

Prévalence des différents usages

Résumé

En 2004, 56 % des Français de 18 ans et 23 % des 18-75 ans avaient expérimenté le cannabis au moins une fois dans leur vie. Ces jeunes arrivent sur le marché du travail, et certains poursuivent leur consommation. Celle-ci peut avoir des répercussions sur les performances psychomotrices et donc sur l'activité professionnelle. Il existait peu de données concernant la consommation de cannabis au travail en Haute-Vienne. Nous avons réalisé une étude dont les objectifs étaient d'évaluer la prévalence de la consommation de cannabis, de décrire la population des expérimentateurs et des usagers et de déterminer l'impact de la consommation sur le travail. Nous avons utilisé comme outil un questionnaire autoadministré et anonyme. Sur les 1 046 questionnaires obtenus, la prévalence des expérimentateurs de cannabis était de 19,3 % et celle des consommateurs de 3,5 %. Les travailleurs enquêtés décrivent une consommation "récréative". Une intervention par le médecin du travail sur le thème général de la consommation de psychotropes intéressait 11,4 % des usagers de cannabis. Cette enquête a mis en évidence l'importance d'un travail de réseau regroupant médecins du travail, généralistes et psychiatres addictologues pour améliorer la prévention et le dépistage de la consommation de cannabis en population active.

Mots-clés

Autoquestionnaire – Cannabis – Prévalence – Travail – Usage.

Summary

Cannabis and work. Prevalence of the various types of cannabis use
In 2004, 56 % of French 18-year-olds and 23 % of the 18-75 year age-group had used cannabis at least once during their lifetime. These young people are now starting to work and some of them continue their cannabis use, which can have repercussions on psychomotor performances and consequently their work. Only limited data were available concerning cannabis use in the workplace in the Haute-Vienne. The present study was designed to evaluate the prevalence of cannabis use, describe the population of cannabis experimenters and users and determine the impact of cannabis use on work, using an anonymous, self-administered questionnaire. Based on the 1,046 questionnaires returned, the prevalence of cannabis experimenters was 19.3 % and that of cannabis users was 3.5 %. Surveyed workers described "recreational" use. 11.4 % of cannabis users were interested by an intervention by the occupational health physician on the general theme of psychoactive substance use. This survey demonstrated the importance of networking by occupational health physicians, general practitioners and addiction medicine psychiatrists to improve the prevention and detection of cannabis use in the workplace.

Key words

Self-administered questionnaire – Cannabis – Prevalence – Work – Use.

En 2004, 56 % des jeunes français de 18 ans et 23 % des 18-75 ans avaient expérimenté le cannabis au moins une fois dans leur vie (1). Ces chiffres sont en constante augmentation et, en 2005, les 18-75 ans étaient 27 % à l'avoir déjà essayé (2).Ces jeunes arrivent sur le marché du travail et certains poursuivent leur consommation (3, 4). Qu'il serve de béquille pour affronter le stress occasionné par des demandes accrues de performance ou que sa consommation soit uniquement à visée récréative et festive (5), l'usage de cannabis provoque des altérations cognitives. Lors d'une prise occasionnelle (consommation de cannabis au moins une fois au cours de l'année, mais moins de dix), le sujet peut présenter des troubles de la mémoire à court terme, une somnolence, ou une détério-

ration des perceptions temporelles ou spatiales (6). Un usage régulier (consommation de cannabis dix fois ou plus dans le mois précédent) provoque des troubles mnésiques antérogrades et rétrogrades, et donc une atteinte de la mémoire de travail. La capacité attentionnelle (7, 8), la poursuite visuelle, le seuil d'alerte et la capacité de concentration sont également diminués (9, 10).

Ces altérations retentissent sur les performances psychomotrices et doivent être prises en compte dans le cadre d'une activité professionnelle (11) car, d'une part, elles peuvent être responsables d'accident du travail (12) et, d'autre part, dans le cadre d'un poste de sûreté/sécurité, elles peuvent mettre en jeu la sécurité d'autrui (13). Il existe peu de données concernant la consommation de cannabis dans le monde du travail (14). Pour tenter d'améliorer ces connaissances nous avons réalisé une étude dont les objectifs étaient d'évaluer la prévalence de la consommation de cannabis, de décrire la population des expérimentateurs et des usagers, de déterminer l'impact de la consommation sur l'activité professionnelle et de réfléchir à la place du médecin du travail face à cette consommation.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale et descriptive qui s'est déroulée du 5 décembre 2005 au 28 février 2006. Cette enquête a été proposée à 35 médecins du travail exerçant dans un service interentreprise, en service autonome ou dans le secteur hospitalier. La population suivie était de 76 780 salariés, toutes catégories socioprofessionnelles (CSP) confondues, sauf le monde agricole. Il a été réalisé un échantillonnage de la population suivie par ces médecins. La prévalence nationale de consommation de cannabis entre 18 et 65 ans étant de 23 %, pour un risque α de 5 %, le nombre de sujets nécessaires à la constitution d'un échantillon représentatif était de 800 salariés.

Le recueil de données a été réalisé à partir d'un questionnaire standardisé, autoadministré et anonyme. Il a été développé par une équipe pluridisciplinaire regroupant des médecins du travail, des psychiatres spécialisés en addictologie et des épidémiologistes à partir d'une étude réalisée à Limoges (15). Ce questionnaire comportait trois parties. La première partie s'intéressait aux données sociodémographiques et aux antécédents personnels et familiaux des salariés. La deuxième partie concernait les consommations de substances psychoactives (SPA) proprement dites (cannabis, alcool, tabac, médicaments psychotropes). Il a été décidé d'introduire des items sur les quatre toxiques pour éviter le refus de certains salariés. La troisième partie faisait le lien entre travail et consommation de psychotropes. Il était demandé aux salariés d'évaluer le bien-être procuré par leur activité professionnelle sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 10, de déterminer les répercussions possibles de la prise de SPA sur l'activité professionnelle et celles réellement ressenties dans leur propre travail, de déterminer l'interlocuteur privilégié pour parler de l'usage de toxiques, et de définir des thèmes d'intervention par des professionnels de santé au sein de l'entreprise.

L'enquête était proposée systématiquement au troisième consultant de chaque demi-journée de consultations. En cas de refus, le salarié devait préciser le motif de ce refus, son emploi, son âge et son sexe et le questionnaire était alors proposé au cinquième salarié. Étaient exclus de l'étude les questionnaires dont les parties concernant les SPA n'étaient pas renseignées. Le consentement verbal de chaque salarié devait être obtenu avant l'inclusion.

Les questionnaires ont été saisis à l'aide du logiciel Epi-info 6® (Center for Diseases Control, version française : École nationale de santé publique, avril 1992). Les statistiques descriptives ont été effectuées par simple dénombrement, les résultats des variables quantitatives ont été présentés sous la forme de moyennes avec leur écart-type et ceux des variables qualitatives exprimés en pourcentage. Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés à l'aide du logiciel Epitable® (Center for Diseases Control, version française : École nationale de santé publique, avril 1992). Les comparaisons de fréquences ont été faites à partir du test du χ^2 et celles de distributions à partir du test de Mann Whitney ou Kruskal Wallis, en fonction du nombre de variables à comparer. Le seuil de significativité était fixé à 5 %.

Résultats

Au total, 1 046 questionnaires ont été recueillis et 2,0 % des salariés ont refusé de participer. Parmi les refus, l'âge moyen était de 38,2 ans, 63,0 % étaient des hommes. Ils n'appartenaient pas à une CSP en particulier. Les principaux motifs de refus étaient le manque de temps (36,0 %) et le manque d'envie de répondre (23,0 %).

Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

La population d'étude était composée de 535 femmes (51,1 %) et 511 hommes (48,8 %). L'âge moyen était de

Tableau I : Répartition des salariés en fonction de l'expérimentation de cannabis et de l'existence de facteurs de risque individuels et environnementaux de conduite addictive

Items	Non-expérimentateurs N = 845 n (%)	Expérimentateurs N = 201 n (%)	Significativité p
Antécédents de prise de :			
- de cannabis	37 (4,4)	28 (13,8)	p < 0,001
- de médicaments psychotropes	167 (19,8)	64 (31,6)	p < 0,001
- d'alcool	188 (22,2)	68 (33,7)	p < 0,001
- de tabac	187 (22,1)	71 (35,5)	p < 0,001
Antécédents personnels de :			
- dépression	621 (73,5)	127 (63,4)	NS*
- stress/anxiété	77 (9,1)	19 (9,7)	NS*
- troubles des conduites	49 (5,8)	19 (9,7)	NS*
Prise de médicaments psychotropes	130 (15,4)	34 (16,9)	NS*
Âge de la première consommation d'alcool	18,4 ans	16,5 ans	p < 0,001
Prise d'alcool en quantité supérieure au seuil de l'OMS	37 (4,4)	20 (9,9)	p < 0,001
Ivresse recherchée lors des alcoolisations	12 (1,4)	23 (11,3)	p < 0,001
Oubli recherché lors des alcoolisations	39 (4,6)	19 (9,5)	p < 0,001
Tabagisme	250 (29,6)	142 (70,6)	p < 0,001
Âge de début du tabagisme	17,4 ans	16,3 ans	p < 0,001
Tabagisme supérieur à 20 cigarettes par jour	58 (6,9)	17 (8,5)	NS*

* Non significatif.

37 ans (± 11,2) et 45,8 % des salariés avaient moins de 35 ans. Concernant le statut marital, 60 % vivaient en couple, 32 % étaient célibataires, 7 % étaient divorcés et 1 % veufs. Pour la catégorie socioprofessionnelle, 58,7 % des travailleurs étaient des ouvriers ou des employés. Le bien-être procuré par le travail était évalué à plus de 5 sur 10 à l'EVA pour 73,6 % des salariés ; la note médiane était de 7. 15,8 % avouaient des antécédents personnels de difficultés psychologiques (un état dépressif dans 71,0 % des cas). Au niveau des antécédents familiaux, 6,3 % des salariés présentaient des antécédents de consommation de cannabis, 22,0 % de troubles psychologiques nécessitant la prise de médicaments psychotropes, 24,5 % d'alcoolisation excessive et 24,7 % de tabagisme important.

Consommation de cannabis

Les expérimentateurs

La prévalence de l'expérimentation de cannabis au cours de la vie était de 19,3 % ($IC_{95\,\%}$ = 16,9-21,8) soit 201 salariés. La proportion d'expérimentateurs était significativement plus élevée chez les hommes (70,6 %) que chez les femmes (24,1 %) (p < 0,001). Cette population était significativement plus jeune (29,5 ans ± 7,6) que le reste de l'échantillon et aucune personne de plus de 55 ans n'a reconnu avoir essayé le cannabis. L'âge de première expérimentation était de 17,5 ans (± 3,3). Il n'y avait pas de différence significative de l'âge de début en fonction du sexe. Ces expérimentateurs étaient significativement plus souvent célibataires (49,7 %). Il existait une proportion significativement plus élevée d'antécédents familiaux d'abus de cannabis, d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes (p < 0,001). Par contre, ils ne déclaraient pas plus d'antécédents personnels de difficultés psychologiques que les non-expérimentateurs. La comparaison, en fonction de l'expérimentation du cannabis, de l'existence de facteurs de risque individuels et environnementaux de conduite addictive est présentée dans le tableau I. Le motif d'expérimentation était pour 52,2 % la convivialité, pour 26,3 % la curiosité, pour 23,8 % le plaisir ou le goût et pour 14,4 % la détente. Aucune CSP n'était significativement plus représentée. Il est à noter que 144 usagers avaient déjà essayé d'arrêter de consommer du cannabis.

Les usagers

La prévalence des consommateurs actuels de cannabis était de 3,5 % ($IC_{95\,\%}$ = 2,5-4,9) soit 37 salariés. L'utilisation de ce produit concernait plus les hommes (78,4 %) que les femmes (21,6 %) (p < 0,001). Ils étaient significativement plus jeunes (26 ans ± 7) (p < 0,0001) que le reste de l'échantillon, et 31 usagers avaient moins de 35 ans. Ils étaient significativement plus souvent célibataires (56,7 %). Il existait une proportion significativement plus élevée d'antécédents familiaux d'abus de cannabis, d'alcool et de médicaments psychotropes (p < 0,001). En revanche, ils n'avaient pas plus d'antécédents personnels de troubles psychologiques que les non-usagers. La comparaison, en fonction de l'usage de cannabis, de l'existence de facteurs de risque individuels et environnementaux de conduite addictive est

Tableau II : Répartition des salariés en fonction de l'usage de cannabis et de l'existence de facteurs de risque individuels et environnementaux de conduite addictive

Items	Non-usagers N = 1 009 n (%)	Usagers N = 37 n (%)	Significativité p
Antécédents de prise de :			
- de cannabis	58 (5,7)	8 (20,0)	p < 0,001
- de médicaments psychotropes	218 (21,6)	13 (36,1)	p < 0,001
- d'alcool	238 (23,6)	18 (47,2)	p < 0,001
- de tabac	248 (24,6)	10 (27,3)	NS*
Antécédents personnels de :			
- dépression	712 (70,6)	29 (77,8)	NS*
- stress/anxiété	92 (9,1)	4 (11,1)	NS*
- troubles des conduites	66 (6,5)	4 (11,1)	NS*
Prise de médicaments psychotropes	156 (15,5)	8 (21,6)	NS*
Âge de la première consommation d'alcool	17,9 ans	16,1 ans	p < 0,001
Prise d'alcool en quantité supérieure au seuil de l'OMS	50 (5,0)	7 (18,9)	p < 0,001
Ivresse recherchée lors des alcoolisations	30 (3,0)	9 (24,2)	p < 0,001
Oubli recherché lors des alcoolisations	63 (6,2)	1 (3,0)	NS*
Alcoolisation solitaire	70 (7,0)	1 (3,0)	NS*
Tabagisme	358 (35,5)	34 (91,9)	p < 0,001
Âge de début du tabagisme	17,1 ans	16 ans	p < 0,001
Tabagisme supérieur à 20 cigarettes par jour	74 (7,3)	3 (9,1)	NS*

* Non significatif.

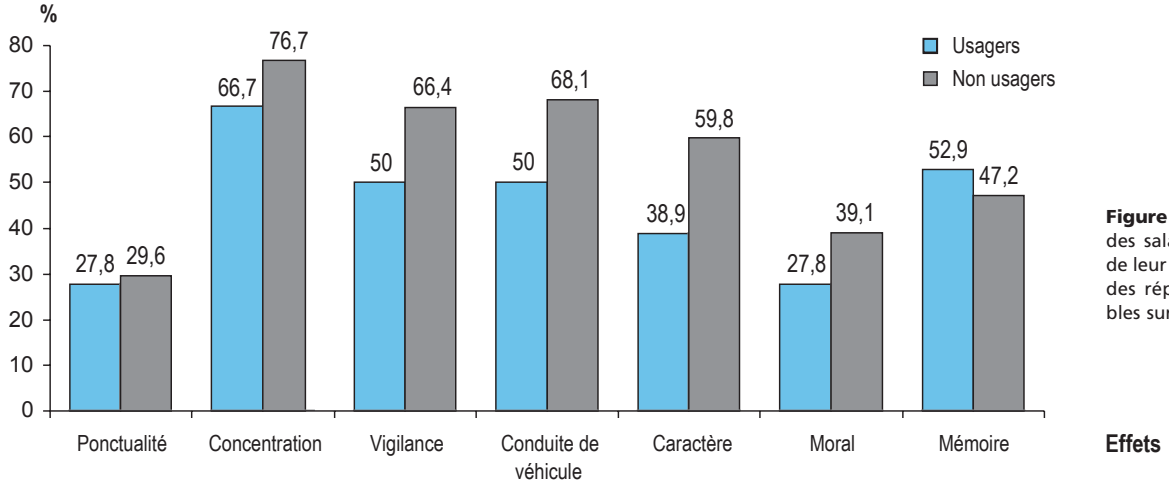

Figure 1. – Répartition des salariés en fonction de leur consommation et des répercussions possibles sur le travail.

présentée dans le tableau II. En ce qui concerne la prise de cannabis, 43,2 % des usagers fumaient au moins une fois par jour, 91,8 % n'importe quel jour de la semaine, 72,9 % exclusivement en soirée, et seulement 8,1 % uniquement le week-end. Les usagers ne passaient pas plus leur temps libre seuls (2,7 %). L'usage de cannabis était lié à une recherche de détente pour 72,9 % des salariés, de plaisir pour 54,0 % et de convivialité pour 51,3 %. Quel que soit l'effet recherché, il était toujours obtenu. Leur travail leur procurait en moyenne un bien-être coté à 7 sur 10. Il n'y avait pas de différence significative dans la répartition des fumeurs par CSP.

Cannabis et activité professionnelle

Les usagers de cannabis étaient conscients à 72,0 % que leur consommation avait une répercussion néfaste sur leur activité professionnelle. Cette fréquence était significativement moins élevée que chez les non-consommateurs (88,9 %) (p < 0,001). Les consommateurs estimaient que l'usage de cannabis pouvait avoir des conséquences sur la concentration (66,7 %) ou la mémoire (52,9 %), 27,8 % pensaient que leur consommation pouvait modifier leur moral ou la ponctualité. Ces répercussions sont résumées dans la figure 1. Seulement 8,1 % des usagers reconnais-

saient avoir déjà éprouvé de tels effets dans leur propre travail. Cet usage avait provoqué des conflits dans l'entreprise pour 5,4 % d'entre eux. L'interlocuteur privilégié pour parler de sa consommation de cannabis était un ami pour 94,3 % des fumeurs, le médecin traitant pour 57,1 % et le médecin du travail pour 13,5 %. Seulement 8,3 % des usagers étaient suivis médicalement pour leur consommation. Les expérimentateurs ou les usagers actuels de cannabis ne travaillaient pas significativement plus à un poste de sûreté/sécurité. Sur les 37 usagers actuels, 2,7 % reconnaissaient avoir eu des problèmes d'aptitude liés à des troubles de mémoire, de concentration ou à des retards répétés dus à leur consommation. Parmi ceux qui avaient bénéficié d'un arrêt maladie lié à l'usage de cannabis, un seul avait repris au même poste et à temps complet. Une intervention au sein de l'entreprise, au sujet de la consommation de psychotropes, était souhaitée par 11,4 % des usagers. Les thèmes les plus choisis étaient : les effets secondaires du cannabis et ceux de la prise d'alcool (8,6 % des usagers) et les répercussions de la prise de toxique sur la conduite de véhicule (2,8 %). Aucun ne voulait une intervention sur la prévention du risque cannabis en entreprise. Enfin, 18,9 % avaient eu des problèmes avec la justice concernant leur usage.

Discussion

Notre enquête a rencontré un franc succès auprès des médecins du travail. Elle a également été bien acceptée par les salariés (seulement 2 % de refus). Nous avons préféré utiliser comme outil un autoquestionnaire anonyme plutôt que des tests urinaires en raison de leur interdiction légale en systématique en France (article R 241-30 du Code du travail complété de la circulaire du 9 juillet 1990). Notre étude comporte certaines limites. Les salariés du secteur agricole n'ayant pu participer, nos résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population active de la Haute-Vienne. La consommation de cannabis est souvent sujette à une sous-déclaration des enquêtés, ce qui pourrait être à l'origine d'une sous-estimation de la prévalence de l'usage de cannabis. Cependant, les prévalences obtenues sont comparables à celle d'autres études sur le même thème (4, 16).

Consommateurs de cannabis

La prévalence des expérimentateurs de cannabis représentait 19,3 % de notre population générale. Il s'agit d'une population jeune, masculine et célibataire. Nos résultats sont proches des données nationales (1) qui retrouvaient une prévalence-vie chez les 18-75 ans de 23 % et une prédominance masculine (59 % d'hommes). La prévalence plus faible retrouvée dans notre étude pourrait être expliquée par l'absence d'étudiants et de demandeurs d'emploi représentant une part importante des consommateurs (14). La diminution de la prévalence-vie avec l'âge (56 % chez les 15-20 ans contre 23 % chez les 18-75 ans) pourrait être liée, en partie, à l'entrée dans le monde du travail, et donc à la confrontation au principe de réalité (17).

Dans notre étude, la prévalence des usagers actuels de cannabis était de 3,5 %. Il existe probablement une sous-déclaration des salariés puisque l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) estimait la prévalence des consommateurs en population active à 12 % chez les hommes et 5,4 % chez les femmes. La tranche d'âge étudiée était plus large (15-64 ans) et l'OFDT définissait la consommation de cannabis comme au moins une fois durant l'année écoulée. Ces usagers étaient majoritairement des hommes (78,4 %), jeunes (26 ans) et célibataires (56,7 %). Cette population est comparable à celle de notre étude et à celle de l'étude réalisée à Strasbourg (4). L'âge de début était plus tardif dans notre étude que celui retrouvé habituellement dans la littérature (17,5 ans contre 15 ans) (18). Comme retrouvé dans l'enquête de Beck et al. (19), les usagers de cannabis de notre étude avaient commencé à fumer, en majorité, par convivialité et par curiosité. Ils continuaient essentiellement pour se détendre et se déstresser, mais aussi par plaisir et convivialité. La consommation était plus liée à une recherche de plaisir qu'à une réelle volonté de "défonce". (20). Les usagers consommaient surtout le soir, mais n'importe quel jour de la semaine, alors que classiquement la consommation de cannabis a lieu préférentiellement le week-end (10). Le nombre des consommateurs actuels fumant au moins une fois par jour était plus important dans notre étude que dans celle de l'OFDT (43,2 % contre 30,7 %) (21).

Classiquement (22), une conduite addictive résulte de l'interaction de trois séries de facteurs : les facteurs de risque liés aux produits, les facteurs individuels de vulnérabilité et les facteurs de risque environnementaux. En ce qui concerne les facteurs individuels, notre étude n'a pas permis de retrouver de facteur génétique ou biologique particulier. Par contre cette enquête met en évidence de nombreux facteurs de risque (tableaux I et II). Les expérimentateurs et les usagers avaient commencé plus précocement l'usage d'alcool ou de tabac que les non-consommateurs. Ils recherchaient significativement plus souvent l'ivresse ou l'oubli lors des alcoolisations. La proportion de

buveurs excessifs était également plus importante. Cette population a testé plus de produits psychoactifs et a recherché plus des sensations fortes. Ils ont donc eu plus de "conduites à risque" que le reste de l'échantillon. Il n'était pas possible de savoir si ces comportements étaient encore présents au moment de l'enquête. De telles conduites, dans l'adolescence, pourraient traduire une contestation des règles des adultes (23), une recherche de limites, ou un projet ordalique (24). Chez l'adulte, elles seraient associées préférentiellement à un trouble de personnalité (personnalité antisociale, limite, abandonnique) ou à un trouble thymique (22).

En ce qui concerne les comorbidités psychiatriques, il n'a pas été trouvé de relation entre antécédent personnel psychiatrique et consommation de cannabis. Pourtant, des études (10) mettent en évidence que les sujets atteints de schizophrénie consomment plus de cannabis. Celui-ci aurait un rôle précipitant et aggravant dans la maladie : le delta-9-tétra-hydro-cannabinol abaisserait le seuil de vulnérabilité des sujets prédisposés et/ou accentuerait différents symptômes tels que l'athymhormie et le déficit cognitif (25). Comme les patients schizophrènes ont rarement une activité professionnelle en milieu ordinaire, ils n'ont pas pu être inclus dans notre étude.

Enfin, les facteurs de risques environnementaux, et en particulier familiaux, ont été retrouvés. Les expérimentateurs et les usagers de cannabis avaient des antécédents familiaux significativement plus importants de consommation de cannabis, de médicaments psychotropes, d'alcool ou de tabac (tableaux I et II). Ce lien peut être expliqué par une vulnérabilité génétique commune sous-tendant une conduite addictive, quelle que soit la substance (10). La tolérance familiale pour l'usage de psychotropes et le modèle du père consommateur de substance jouent également un rôle important pour le risque d'abus à l'adolescence (22).

Cannabis et activité professionnelle

Comme dans les études nationales, les consommateurs n'appartenaient à aucune CSP en particulier (18, 26). Pourtant, une étude récente (19) a montré qu'il existait une surconsommation de cannabis chez les ouvriers, les artisans, les commerçants et les chefs d'entreprise, ainsi qu'une sous-consommation dans les professions agricoles. Une autre étude a noté un risque plus important de dépendance au cannabis si les salariés travaillaient dans la communication, l'information, l'enseignement ou la formation (16). Les usagers de cannabis de notre étude éprouvaient autant de bien être au travail que les non-consommateurs (en moyenne 7/10). Notre enquête ne permet pas de savoir si ce bien-être est un facteur de protection contre un usage plus important ou si les consommateurs excessifs ne sont déjà plus insérés dans le monde du travail.

Les usagers pensaient à 72 % que le cannabis pouvait avoir une influence sur leur activité professionnelle. Les principales répercussions de la consommation sur le travail étaient des troubles de concentration (66,7 %), une modification de la vigilance ou une détérioration de la qualité de leur conduite de véhicule (50 %). Les usagers étaient plus conscients des troubles mnésiques possibles que les non-consommateurs (figure 1). Mais seuls 8,1 % d'entre eux avaient réellement ressenti de tels effets dans leur activité professionnelle. Cette constatation peut être expliquée par les troubles neuropsychiatriques induits par un usage régulier de cannabis (10), mais aussi par le déni des consommateurs des répercussions de leur usage sur la qualité de leur travail.

Concernant les postes dits de sûreté/sécurité, les salariés enquêtés à un tel poste ne sont que 2,2 % à consommer régulièrement du cannabis, alors que dans l'étude réalisée par Frimat et Nakache (4) il existe une nette surconsommation de cannabis (10,2 % pour les postes de sécurité contre 4,5 % à un autre poste). La notion de poste de sécurité n'a pas de définition légale précise, mais il existe un consensus assez fort parmi les médecins du travail sur la liste indicative établie par le groupe de travail "toxicomanies et travail". (5). Les différences de prévalence pourraient s'expliquer par la présence dans notre étude d'un nombre important aux postes de sûreté/sécurité de personnels médicaux et paramédicaux et par une relative sous-représentation des intérimaires ou des précaires qui consomment classiquement plus de cannabis (16).

Au sujet des problèmes d'aptitude liés à la prise de cannabis, il existait probablement une importante sous-déclaration. Seulement 2,7 % des usagers admettaient avoir eu des problèmes d'aptitude liés à des troubles de mémoire, de concentration, des retards répétés, mais ils n'ont pas précisé le type de répercussion sur leur aptitude. La question sur la reprise après un arrêt de travail lié à la consommation de toxique a également été très peu renseignée. Les salariés ne voulaient vraisemblablement pas mettre en évidence les conséquences délétères de leur intoxication. Il est possible également qu'ils niaient le lien entre les deux.

Notre enquête montre aussi que, pour certains salariés, le rôle du médecin du travail – d'information, de prévention,

de conseils aux salariés – n'est pas clairement défini. L'interlocuteur privilégié était essentiellement le médecin traitant. Malgré tout, 11,4 % des usagers de cannabis voulaient bénéficier d'une intervention au sein de leur entreprise sur le thème général des SPA par le médecin de santé au travail. Ils étaient intéressés par les thèmes "effets secondaires du cannabis" et "effets secondaires de l'alcool et du tabac". L'aide à l'arrêt du cannabis et la prévention du risque cannabis en entreprise étaient les thèmes intéressant le moins les salariés. Compte tenu des attentes de la population cible, une simple information dans le cadre d'une prévention primaire semble la plus adaptée. Celle-ci peut être individuelle. Le médecin du travail s'appuie sur l'interrogatoire systématique lors de l'examen clinique, sur la réalisation d'autoquestionnaires (CAST, DETC/CAGE, ALAC) pour ouvrir le dialogue avec son patient et ainsi installer une relation de confiance avec celui-ci. Elle peut également être collective, notamment lorsque l'entreprise est concernée par de nombreux postes de sécurité.

En dehors d'une information de prévention de santé publique, le médecin du travail a pour rôle d'agir pour limiter les risques d'accident du travail et d'assurer la sécurité du salarié à un poste de sûreté/sécurité. Dans ce cadre, un dépistage urinaire, soumis à un cadre juridique strict et limitatif, est nécessaire. Le résultat est soumis au secret médical. Le salarié est informé de la nature et de l'objet du test qu'il va subir et des conséquences que le médecin peut tirer des résultats en ce qui concerne l'aptitude à son poste de travail. Le médecin de santé au travail permet ainsi d'éviter au salarié de mettre en jeu sa santé et garantit aussi le bon fonctionnement de l'entreprise. Cependant, si l'on considère le nécessaire respect des libertés individuelles et du principe de non-discrimination au sein de l'entreprise, un dépistage urinaire ne peut pas être généralisé à l'ensemble des salariés.

Conclusion

Notre enquête a permis de mettre en évidence qu'il était possible de travailler sur un sujet plutôt polémique puisque 99,6 % des salariés ont accepté d'y participer. Elle avait pour but de permettre de mieux connaître la population des salariés consommant du cannabis. Les usagers enquêtés décrivent une consommation "récréative" et peu consomment de façon excessive. Ils ne sont, en majorité, pas inquiets de leur consommation. Ils recherchent des effets de plaisir et de détente qu'ils obtiennent. Le médecin du travail ne doit pas minimiser les effets positifs de cet usage car ce sont eux qui entretiennent la poursuite de l'intoxication. Il doit informer clairement sur les effets à court et long termes d'un usage de cannabis dans une démarche de prévention primaire. Le dépistage urinaire ne concerne que les salariés à un poste de sûreté/sécurité.

Mais le médecin du travail n'est pas seul dans cette prise en charge puisque le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié des salariés. Cette enquête a permis de mettre en évidence l'importance d'un travail de réseau regroupant médecin traitant, médecin du travail, et spécialiste de soins aux toxicomanes réalisant des consultations en CSST ou des consultations anonymes et gratuites en milieu hospitalier. Une telle démarche pourra, seule, permettre une amélioration de la prévention et du dépistage des usages à risque en matière de SPA.

Références bibliographiques

1 - ORS/CRIPS. *Bulletin de santé* 2000 ; (2, mai) (http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/bulletin_sante2.pdf).
2 - ANPAA. Ces accros au boulot ! *Addictions* 2006 ; 14 : 10-16.
3 - OFDT. Les niveaux des drogues en France en 2005. *Tendances* 2006 ; 48 : 1-6 (http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ eftxfbm5.pdf).
4 - Frimat P, Nakache R. Conduites addictives et travail. *Documents pour le médecin du travail* 2006 ; 8 (106) : 204-215.
5 - Depostis P. Une journée pour faire le point. *Le Courrier des addictions* 2004 ; 6 (1) : 11-15.
6 - Mura P. *Cannabis sativa* var *indica* : une menace croissante pour les entreprises. *Annale de toxicologie analytique* 2002 ; 14 (1) : 64-67.
7 - Fletcher JM, Page JB, Francis DJ, Copeland K, Naus MJ, Davis CM, Morris R, Krauskopf D, Staz P. Cognitive correlates of long-term cannabis use in Costa Rican men. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 (11) : 1051-1057.
8 - Solowij N, Michie PT, Fox AM. Differential impairments of selective attention due to frequency and duration of cannabis use. *Biol Psychiatry* 1995 ; 37 : 731-739.
9 - Karila L, Vigneau J, Alter C, Reynaud M. Altérations cognitives liées à la consommation de cannabis. *Rev Prat* 2005 ; 55 (1) : 23-27.
10 - Laqueille X. Les troubles psychiatriques liés, induits et associés à l'usage de cannabis. *Rev Prat* 2005 ; 55 (1) : 30-34
11 - Reynaud M, Morel A, Villez M, Gagni G. Troubles cognitifs et dommages associés à la consommation de cannabis. *Le Courrier des addictions* 2001 ; 3 (1) : 19-22.
12 - Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites. Rapport de commission d'enquête n° 321 (2002-2003). Paris : Sénat, déposé le 3 juin 2003 (http://www.senat.fr/rap/r02-321-2/r02-321-2.html).
13 - Karila L, Reynaud M. Troubles cognitifs et usage chronique de cannabis. *Ann Méd Interne (Paris)* 2003 ; 154 (Suppl. 1) : 58-64.
14 - Legleye S, Beck F. Différentiation des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France. Drogues et travail : le new deal ? *Revue Toxibase* 2004 ; 15 : 12-15.
15 - Villéger P. Enquête sur la consommation de substances psychoactives auprès de jeunes scolarisés à Limoges : une photographie de la situation à l'aube du troisième millénaire en Haute-Vienne [Mémoire pour le DESC Addictologie]. Limoges : Faculté de médecine, 2002.
16 - Orset C, Sarazin M, Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2007 ; 68 (1) : 5-19.
17 - Descamps L, Schepens P. The cannabis generation survey: users' own words. *Psychotropes* 2007 ; 13 (1) : 83-98.
18 - Costes JM, Beck F, Legleye S, Palle C. Épidémiologie des usages de cannabis. *Rev Prat* 2005 ; 55 (1) : 17-22.
19 - Beck F, Legleye S, Spika S. Cannabis use and misuse: findings and limits of epidemiology. *Psychotropes* 2007 ; 13 (1) : 9-31.
20 - Fontaine A. Double vie. Les drogues et le travail. Paris : Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2006.
21 - OFDT. Indicateurs et tendance 2002. Saint-Denis : OFDT, 2002 (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool.html).
22 - Reynaud M. Addiction et psychiatrie. Paris : Masson, 2005.
23 - Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Paris : Masson, Les âges de la vie, 2004.
24 - Guelfy JD, Boyer P, Consoli S, Olivier-Martin R. Psychiatrie. Paris : PUF fondamental, 1997.
25 - Bidard I, Adès J, Gorwood P. Les relations entre cannabis et schizophrénie. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 (3) : 263-267.
26 - Durand E, Gayet C, Bijioui A. Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail. *Documents pour le Médecin du Travail* 2004 ; 99 : 301-314.