

Usage du cannabis lors de la définition d'aptitude du salarié intérimaire

Docteur Marie Alice DERAÎN
2003

I. INTRODUCTION

La consommation du cannabis s'est nettement étendue au cours des dernières années.

En 2000, un Français sur cinq l'a déjà expérimenté.

Chez les jeunes, à la fin de l'adolescence, ce comportement devient majoritaire et touche environ 60 % de la population {29}.

Ainsi, parmi les garçons âgés de 19 ans ayant expérimenté le cannabis, plus d'un sur trois a une consommation régulière ou intensive {29}.

La consommation de cannabis se retrouve dans tous les milieux sociaux, et actuellement l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) estime que 6% des actifs de moins de 44 ans ont une consommation répétée {29}.

Il n'existe pas d'analyse du type d'activité de ces consommateurs mais certains d'entre eux occupent des postes de sécurité ou dangereux posant alors clairement la question de l'impact de la consommation de ces substances sur leur aptitude à ces postes.

A ce titre, le Bureau International du Travail (BIT) a publié et diffusé en 1996 un recueil de directives pratiques, intitulé avec pertinence « *Quand un fait de société entre dans l'entreprise...* » dont l'objectif global est de « *prévenir, réduire, maîtriser* » la problématique "drogue au travail". {30}

Le médecin du travail a un rôle pivot au sein de l'entreprise quant à cette problématique, puisque selon l'article R 241-48 du Code du Travail, il doit « *déterminer si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs et s'il est apte médicalement au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter* ».

Le médecin du travail doit effectuer cette détermination, et mettre en place, le cas échéant avec les différents acteurs de l'entreprise, les actions correctives nécessaires.

Dans la pratique quotidienne cette « détermination » est parfois difficile et au décours des stages en services interentreprises, il nous est apparu que la consommation de cannabis était peut être sous évaluée ou mal appréhendée et de ce fait mal prise en compte chez certains salariés, en particulier chez les salariés des entreprises de travail temporaire (ETT).

Ces nouveaux comportements et ce type d'emploi, confrontent le médecin du travail à une problématique nouvelle, où la notion d'aptitude n'est qu'un argument de décision, mineur imposant un travail en synergie avec les différents intervenants de l'entreprise. L'absence de cette synergie augmente les risques d'effets pervers, et crée de véritables échecs, médicaux et professionnels..

C'est pourquoi, il nous est apparu intéressant de travailler sur cette problématique à partir de l'appréhension de l'usage du cannabis dans cette population, afin de valider l'hypothèse de la surconsommation, et de l'inadéquation des prises en charges classiques.

Les salariés des ETT représentant environ 30% de la population salariée suivie sur le centre, le problème d'aptitude chez les consommateurs de cannabis se pose de façon pluriquotidienne au cours de la consultation.

Ce travail s'est volontairement limité au cannabis du fait de l'ampleur de la consommation chez les jeunes, qui ne le considère plus comme « drogue », et qui n'est à ce titre plus considéré comme dangereux, que par « l'arrière garde du corps médical ».

Les autres raisons tiennent aux difficultés de suivi de cette population :

- du fait d'une très grande diversité et multiplicité des risques et des postes occupés, ces salariés ressentent un très faible investissement dans les services de santé au travail. Il est donc pertinent d'être vigilant, car il est difficile de proposer des actions sur les postes de travail, et le rôle du médecin du travail consiste surtout à prévenir les risques maîtrisables, et à informer des dangers, par la voie de la prévention collective et individuelle.
- à la récente demande de certaines entreprises utilisatrices ou non, de mettre en place des systèmes de dépistage des conduites addictives au sein des services de santé au travail. Il paraissait donc justifié avant de répondre, d'évaluer la problématique, afin de ne pas céder à la tentation d'examens qui ne montrent la plupart du temps que ce que l'on sait déjà.

II. RAPPELS

A. Les salariés des ETT : les travailleurs intérimaires

Il existe, à côté de la formule de travail bilatérale classique employeur - salarié, une formule originale avec une relation triangulaire entre des entreprises prestataires de services de personnel dites "entreprises de travail temporaire" (ou ETT), des travailleurs qu'elles sélectionnent, embauchent, gèrent et rémunèrent et des entreprises clientes auprès desquelles elles détachent ses salariés en mission temporaire, appelées entreprises utilisatrices (EU).

Cette formule permet aux entreprises d'avoir du personnel d'appoint, soit par suite de l'instabilité ou de l'absence de son propre personnel, soit en raison d'une augmentation de production en période de pointe ou en cas de travaux exceptionnels.

Elle permet aussi aux travailleurs qui ne peuvent ou ne veulent s'engager que pour un temps limité, de trouver une certaine activité, et « d'éviter » les services de santé au travail en cas de difficultés réelles ou pressenties.

Actuellement il semble qu'avec l'instabilité économique mondiale et les lois françaises sur le licenciement, le recours au travail temporaire soit devenu une « externalisation de la gestion des ressources humaines de l'entreprise », ainsi que témoigne la multiplication des entreprises de travail temporaire.

Les intérimaires de l'industrie constituent donc un volant de main d'œuvre précaire, d'une extrême flexibilité.

Ces différents points ont amené la nécessité de la mise en place de dispositions particulières de droit commun énoncées dans le décret n° 91-730 du 23 juillet 1991, entré en vigueur le 1^{er} février 1992 (articles R 243-1 à R 243-15 du code du travail), élaboré dans le cadre de l'ensemble des mesures prises pour améliorer la situation des salariés occupant un emploi précaire.

Ce décret qui permet un aménagement aux salariés temporaires des dispositions de droit commun en matière de médecine du travail précise les particularités de l'organisation des services interentreprises assurant leur surveillance médicale ou du service médical du travail constitué au sein d'une ETT (article R 243-1 à 243-8 du code du travail), et détaille ensuite les actions sur le milieu de travail et les examens médicaux (articles R 243-9 à R 243-15).

Ce décret précise en particulier :

- la répartition des responsabilités entre le médecin du travail de l'ETT et le médecin du travail de l'EU ;
- l'organisation des visites d'embauche, la possibilité de prononcer une aptitude à 3 emplois, l'échange d'informations sur le poste de travail ;
- la mise en commun par les services médicaux des informations figurant sur la fiche d'aptitude ;

- l'accès du médecin du travail de l'ETT aux locaux de l'EU ;
- les modalités d'échange d'informations entre l'ETT et l'EU et entre les médecins du travail de ces entreprises ;
- la modulation de la périodicité de la visite annuelle.

La circulaire DRT n° 92-5 du 17 février 1992 complète ce précédent décret en précisant les points suivants :

- lors de la conclusion d'un contrat de mise à disposition (embauche), l'EU doit informer l'ETT si le poste de travail devant être occupé, comporte des travaux comportant des risques ou exigences spéciales, mentionnés dans l'arrêté du 11 juillet 1977 ou dans un autre texte spécifique,
- les médecins du travail des deux entreprises en seront également avisés,
- le non-respect de ces exigences correspond à une faute inexcusable pour l'EU.

1. Les examens médicaux :

a) L'examen médical d'embauche

Pour les salariés non soumis à une surveillance médicale spéciale et pour les salariés soumis à une surveillance médicale particulière en raison de leur situation individuelle, l'examen médical d'embauche est pratiqué par le médecin du travail de l'ETT.

Il détermine l'aptitude médicale du salarié à plusieurs emplois, dans la limite de 3.

Une nouvelle visite n'est pas nécessaire avant chaque mission lorsque, notamment, l'aptitude ou l'une des 3 aptitudes reconnues correspondent aux caractéristiques particulières du poste devant être occupé par le salarié temporaire.

L'article R 243-11 impose au médecin du travail de prendre connaissance de la fiche d'aptitude du salarié dans le fichier commun.

Celui-ci regroupe les informations nominatives figurant sur les fiches d'aptitude, l'identité des salariés et les emplois auxquels ils sont aptes. Jamais ne sont mentionnées les inaptitudes, les aptitudes sous réserve, des renseignements médicaux.

La visite médicale d'embauche reste cependant obligatoire si :

- le salarié en fait la demande,
- une inaptitude a été reconnue lors du dernier examen médical dans un certain délai :
 - o au cours des 12 mois qui précèdent, si le travailleur est mis à disposition par la même ETT ;
 - o au cours des 6 mois qui précèdent si le travailleur est mis à disposition par une autre ETT.

Pour les salariés soumis à une surveillance médicale spéciale en raison du poste occupé, l'avis du médecin du travail de l'EU doit être recueilli car c'est lui qui connaît le mieux les postes.

Il est par ailleurs rappelé qu'il ne peut être fait appel aux salariés temporaires pour certains travaux dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 octobre 1990 (en particulier exposition à des cancérogènes), sauf dérogation.

b) Examen médical périodique et examens de reprise

L'ETT doit veiller, vis à vis des travailleurs temporaires qu'elle emploie, au respect de la périodicité annuelle des examens chez les salariés non soumis à une surveillance médicale spéciale.

C'est le médecin du travail de l'ETT qui est chargé d'effectuer ces examens médicaux .

c) Examens liés à une surveillance spéciale

En cas d'exposition à un risque spécifique de maladie professionnelle ou à des travaux comportant des exigences et risques spéciaux, les examens complémentaires sont effectués par le médecin du travail de l'EU qui se prononce sur l'existence ou l'absence de contre indication et sur l'aptitude du salarié à occuper le poste de travail (article R 243-12 du code du travail).

Le médecin du travail de l'ETT doit être informé des résultats des examens.

Le dossier médical est tenu par le médecin du travail de l'ETT quel que soit le type de surveillance.

2. Les conditions d'accès du médecin du travail de l'ETT aux postes de travail :

Elles sont fixées entre l'EU et l'ETT, après avis des médecins du travail concernés (article R 243-8 du code du travail).

Les médecins du travail des deux types d'entreprises doivent échanger les renseignements nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

3. Fiches d'entreprises au sein des ETT

Dans les ETT, les travailleurs temporaires ne sont pas pris en compte dans le contenu de la fiche d'entreprise, ni pour le calcul de l'effectif.

La fiche d'entreprise a pour objet de déterminer les risques spécifiques à l'entreprise. Dans le cas d'ETT, il ne peut s'agir que des risques propres à cette entreprise, et non ceux de l'EU.

Dans l'EU, le médecin du travail établira une fiche d'entreprise récapitulant l'ensemble des risques professionnels, y compris ceux afférents aux postes de travail des travailleurs temporaires.

4. En conclusion

La réglementation concernant la surveillance médicale des travailleurs intérimaires tente à limiter les dérives liées à la précarité de ce type d'emploi. Toutefois il est évident que la surveillance des travailleurs temporaires présente des difficultés qui tiennent au fait que les missions sont courtes, très variées, parfois étendues sur de

grands territoires, les risques sont mal évalués, et les actions sur le lieux de travail sont quasi impossibles pour le médecin du travail de l'ETT.

L'examen médical fait partie intégrante de la formation à la sécurité des intérimaires, et, dans ce cadre, il doit rechercher les conduites addictives, potentiellement dangereuses.

La consommation de cannabis constitue un risque indéniable qu'il convient d'évoquer avec ces salariés, ainsi qu'en témoigne la législation.

B. Le Cannabis

Avant d'aborder les notions pharmacologiques et épidémiologiques concernant le cannabis, il est intéressant de préciser certains concepts de la toxicomanie et des conduites addictives.

1. Données toxicologiques :

a) Définition de la toxicomanie :

« La toxicomanie serait une appétence anormale et prolongée manifestée par certains sujets pour des substances toxiques ou des drogues dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet analgésique euphoristique ou dynamique. Appétence qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraîne presque inévitablement l'augmentation progressive des doses ».{59}

➤ **La dépendance à une substance :**

C'est la sujétion à la prise d'une drogue dont la suppression entraîne une souffrance psychique et/ou physique. C'est le désir d'absorber périodiquement ou continuellement une substance pour en retirer du plaisir ou dissiper une sensation de malaise.

Les classifications de DSM IV et de l'OMS caractérisent la dépendance par 3 ou plus des critères suivantes :

- le désir compulsif de produit
- la difficulté de contrôle de la consommation
- la prise de produit pour éviter le syndrome de sevrage
- le besoin d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets
- la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur

La définition établie précise par ailleurs que la dépendance physique n'est pas indispensable pour parler de dépendance aux substances psycho actives.

➤ **La tolérance à une substance :**

C'est le besoin de quantité notablement plus forte de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré et avec un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance.

➤ **L'abus d'une substance :**

C'est le mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par au moins une des manifestations suivantes :

- o utilisation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures,

- o utilisation répétée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux,
- o problèmes judiciaires,
- o utilisation d'une substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux,

➤ **L'intoxication à une substance :**

C'est le développement d'un syndrome réversible, spécifique dû à l'exposition à cette substance.

Elle comporte des changements comportementaux ou psychologiques inadaptés, cliniquement significatifs dus aux effets de la substance sur le système nerveux central qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance.

Ces symptômes ne sont pas expliqués par une affection médicale ou par un trouble mental.

➤ **Le sevrage à une substance :**

C'est le développement d'un syndrome spécifique à une substance du à l'arrêt ou à la réduction prolongée et massive de l'utilisation de cette substance.

b) Le cannabis (le chanvre et ses produits) : les psychodysléptiques : {11}

Hormis l'alcool et le tabac, le cannabis est aujourd'hui la drogue la plus consommée au monde.

Le chanvre indien ou *cannabis sativa* est une plante originaire d'Asie centrale dont le principal composé actif est le delta 9 tétrahydrocannabinol ou THC.

➤ **Les produits :**

Il est utilisé sous trois formes :

- *L'herbe (kif ou marijuana) :*

Préparation à base de feuilles et de fleurs de la plante femelle séchées, destinée à être fumée avec du tabac ou mélangée à des produits ingérables.

sa teneur en THC est faible.

- *Le haschisch (shit, schichon..) :*

Préparation à base de résine de cannabis sous forme de plaques végétales agglomérées ou de bâtonnets. Il peut être fumé avec du tabac ou dans une pipe spéciale, et peut être ingéré.

sa teneur en THC est moyenne.

- *L'huile :*

Décoction des feuilles donnant un liquide gras (peu utilisé en France).

Sa teneur en THC est forte.

La teneur en THC, produit psycho actif majeur dans le cannabis, varie selon l'origine géographique de la plante, selon les parties qui sont utilisées et le mode d'absorption. Cette teneur constitue un critère de sélection fondamental du produit. Ces différences génèrent ainsi un grand nombre d'appellation pour le même produit en fonction de sa forme ou de sa provenance. Quant aux effets attendus, ils sont variables en fonction des produits, de la teneur en THC, de l'individu et donc difficiles à prévoir.

➤ **Métabolisme :**

- Inhalé il ne passera pas plus de 50% de THC (pourcentage variable d'un individu à l'autre, 18% en moyenne) dans la circulation générale. Pour un seul joint, les effets apparaissent en quelques minutes, le pic plasmatique est atteint en dix à quinze minutes et l'effet peut durer entre deux et cinq heures.
- Ingéré : 90 % du THC sont absorbé avec un pic plasmatique à la troisième heure.

Le produit est très lipophile et se fixe dans les tissus riches en lipides dont le cerveau. Ce stockage est responsable de sa lente élimination et des effets psychiques prolongés.

La demie vie plasmatique du THC pour un consommateur moyen est d'environ 8 jours après une prise unique mais peut être beaucoup plus longue en cas d'intoxication importante et prolongée (plusieurs semaines).

On considère que 20 % de la quantité fixée dans les tissus possède une demi vie d'environ 2 à 3 mois.

➤ **Mode d'action et signes d'intoxication :**

L'action pharmacologique du cannabis est induite par les cannabinoïdes contenus dans le produit.

Le THC se fixe sur des récepteurs spécifiques CB 1 localisés dans différentes structures du système limbique et joue à ce titre un rôle dans la régulation des émotions.

La présence de ces mêmes récepteurs dans l'hippocampe pourrait être à l'origine de troubles de la mémoire. De même, la présence de récepteurs au niveau du thalamus explique les modifications des perceptions sensorielles évoquées par les usagers.

Ce mode d'action explique les signes d'intoxication constatés en général.

On note des changements comportementaux du type : {8}{10}{11}{16}

- altération de la coordination motrice liée aux perturbations sensorielles avec troubles de l'équilibre et de la coordination des mouvements,
- euphorie avec rires inadaptés ou disparition des inhibitions,
- anxiété, agressivité, dépersonnalisation,
- ivresse,
- sensation de ralentissement du temps,
- altération du jugement, diminution des performances intellectuelles,
- retrait social,
- perturbation de la mémoire à court terme,

- des effets hallucinogènes à fortes doses.

Aux moins deux des signes cliniques suivants dans les deux heures après la prise

- conjonctives injectées,
- augmentation de l'appétit,
- sécheresse de la bouche,
- tachycardie.

Des épisodes dépressifs et parfois des bouffées délirantes aiguës sont décrits chez des sujets prédisposés. {16}{18}

Lors d'un usage fréquent et prolongé on peut observer :

- des perturbations de la mémoire immédiate, pouvant persister après plusieurs jours d'abstinence,
- des crises d'angoisse ou des attaques de panique chez certains sujets prédisposés,
- un syndrome amotivationnel ,
- chez des sujets sans antécédents psychiatriques on a pu observer des syndromes de désorganisation de la pensée, psychotiforme qui s'amendent après un sevrage prolongé. {18}

➤ ***Durée des effets psychiques du cannabis :***

Dans le cas d'une consommation irrégulière, la durée des effets psychiques est très variable selon les individus, de 2 à 10 heures en moyenne.

Des études montre une altération des performances lors de la réalisation de tâches complexes jusqu'à 24 heures après une prise modérée de cannabis, sans que l'opérateur en ait conscience. {20}

Chez les gros consommateurs on retrouve des altérations comportementales pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois après l'arrêt de la consommation. {ex} Par ailleurs, chez de tels sujets, le cannabis devient rapidement le centre des préoccupations ce qui est incompatible avec certains postes. {26}

➤ ***Potentiel accidentogène***

Il est difficile d'obtenir des chiffres de prévalence d'accidents du travail imputables à la consommation de cannabis en France.

Les rapports les plus récents de l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) de Lisbonne confirment l'augmentation de substances psychotropes (alcool, cannabis, drogue) sur le lieu de travail.

On constate que le taux d'absentéisme est deux à trois fois plus importants parmi les travailleurs qui consomment des drogues (toutes drogues confondues) ou de l'alcool que chez les autres collègues.

D'après ce rapport, dans 20 à 25 % des accidents du travail sont impliquées des personnes intoxiquées (alcool et drogue) qui causent des dommages physiques à elles mêmes et à autrui.

15 à 30 % des accidents de travail mortels sont aussi corrélés à l'usage de drogue.

Les études les plus récentes tendent à démontrer que 70 % des personnes qui ont des problèmes d'alcool et 60 % de celles qui consomment de la drogue travaillent.

Sur la question de la conduite automobile, plusieurs études menées en France et à l'étranger ont permis d'estimer la prévalence de la consommation de drogues chez les conducteurs impliqués dans un accident de la circulation. {28}

Les chiffres obtenus se situent entre 6 et 16 %. {25}

La deuxième valeur provient d'une étude française datant de 1998. Dans cette étude, la présence de stupéfiants a été systématiquement recherchée dans les échantillons de sang prélevés sur 164 personnes dans le cadre des alcoolémies requises sur des conducteurs ayant causé des accidents corporels graves ou mortels {27}.

Dans la plupart des études réalisées jusqu'à présent, l'absence de groupe témoin empêchait de déterminer l'accroissement du risque d'accident de la circulation occasionné par la consommation de cannabis.

Une étude récente a permis d'évaluer le risque relatif d'accidents associés à un usage récent de substances psycho actives. {27}

L'analyse statistique des résultats a permis de montrer que chez les moins de 27 ans, la fréquence des accidents était multipliée par :

- 2,5 avec le cannabis seul,
- 3,8 avec l'alcool seul,
- 4,8 avec l'association alcool-cannabis.

De nouvelles études en cours devraient affiner ces résultats.

Par ailleurs, depuis la législation entrée en vigueur le 1er octobre 2001 {22}, le cannabis (ainsi que les opiacés, la cocaïne et les amphétamines) font l'objet d'un dépistage systématique chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière. Les données sont collectées pour permettre d'étudier le rôle du cannabis et des autres substances illicites dans les accidents de la route. Les résultats de cette nouvelle étude sont attendus pour la fin 2004.

L'altération des performances psychomotrices et cognitives, la perception ralentie du temps, la mauvaise perception des distances, et les perturbations sensorielles expliquent le risque accru d'accidents de la voie publique.

2. Données épidémiologiques de la consommation de cannabis en France :

À 18 ans, en 1999, 59 % des garçons et 43 % des filles déclarent avoir déjà pris du cannabis, contre respectivement 34 % et 17 % en 1993.

Pour l'usage répété de cannabis (au moins dix fois au cours des douze derniers mois), l'augmentation apparaît à tous les âges et pour les deux sexes. {29}

Les enquêtes menées en France en 1997, ainsi que celles menées entre 1983 et 1998 auprès des lycéens parisiens, confirment cette tendance à la banalisation de l'usage du cannabis {2}.

a) Type de consommation

➤ L'expérimentation

L'expérimentation du cannabis est devenue un comportement majoritaire chez les jeunes arrivant à l'âge adulte. Plus de la moitié des garçons interrogés déclare avoir déjà consommé du cannabis, cette proportion atteint même 54,9 % à 18 ans et **60,3 %** à 19 ans {30}.

Le cannabis est expérimenté peu avant, ou en même temps, que le cortège éventuel des autres substances plus rares.

(Toxicité) Cf. annexe 1

➤ L'usage répété

Les profils de consommation dépendent grandement de l'âge et du sexe, notamment en ce qui concerne la consommation répétée (*plus de dix épisodes de consommation déclarés au cours de l'année*).

Il y a ainsi plus de garçons de 17 ans qui déclarent avoir fumé plus de quarante fois du cannabis au cours de l'année que de garçons qui déclarent en avoir fumé une ou deux fois (13,5 % contre 11,7 %).

En se basant sur la fréquence déclarée de la consommation, il est possible de construire une typologie des consommateurs de cannabis allant de l'abstiné au consommateur intensif.

Au regard de ce classement, les variations avec l'âge les plus marquées concernent principalement les deux catégories extrêmes.

Ainsi, pour les garçons entre 17 et 19 ans, la part des abstinents baisse de 10 points et corrélativement celle des consommateurs intensifs progresse de 8 points.

Parmi les éléments susceptibles de préciser les contextes de consommation du cannabis, il apparaît que fumer seul est un comportement rare chez les filles mais pas chez les garçons. De même fumer du cannabis le matin ou à midi est plus courant, chez ceux qui fument seuls.

Ces deux pratiques correspondent très largement à des usages au moins répétés de cannabis.

Ce profil n'apparaît pas systématiquement lié à des situations « problématiques » en terme de bien-être.

L'expérimentation du cannabis, comme sa consommation répétée, ne sont pas associées à la scolarisation : à 17 ans, les jeunes sortis du système scolaire ne sont pas plus nombreux que les autres à avoir consommé du cannabis {7}. Il en est de même, pour ceux qui ont déjà redoublé ou qui sont inscrits en filière professionnelle.

Bien que la consommation de cannabis au cours de l'année concerne une large proportion des 17 ans, les jeunes de cet âge qui se sont déjà rendus à une fête "techno" sont un peu plus nombreux que les autres à consommer. Enfin, en terme d'expérimentation celle du cannabis apparaît très rarement isolé de celle tabac et de l'alcool. cf. annexe2

b) Conséquences sanitaires et sociales

Les prises en charge sanitaires ou sociales pour usage de cannabis ont notablement augmenté entre 1997 et 1999 {13} {29}.

La consommation du cannabis est à l'origine de la prise en charge pour usage de drogues dans plus de 15 % des cas.

Le profil des personnes prises en charge par le système sanitaire et social pour leur usage de cannabis est très différent de celui des usagers d'opiacés vus à travers le même dispositif : ils sont moins âgés (25 ans en moyenne), plus fréquemment pris en charge pour la première fois (60 %) et plus souvent adressés par l'institution judiciaire (25 %).

Le risque de dépendance pour une consommation occasionnelle est faible ; on estime que moins de 10% des gros consommateurs ont du mal à abandonner leur consommation.

Parmi les usagers répétés, environ 180 000 personnes ont déjà essayé d'arrêter de consommer du cannabis sans y parvenir ou ont dû réduire une activité à cause de leur consommation, signes d'un usage potentiellement problématique.

Même s'il existe des consommateurs qui s'en tiennent à une seule substance, les enquêtes montrent une poly consommation de plus en plus fréquente dont les effets combinés sont difficiles à prévoir.

c) Conséquences pénales / offre et trafic

Les interpellations pour usage et usage/revente de cannabis ont fortement augmenté au cours des années 1990. Il est de loin le produit le plus fréquemment en cause dans les interpellations d'usagers (79 000 pour 90 000).

Les usagers de cannabis sont les plus jeunes des usagers interpellés (22 ans en moyenne) {13} {29}..

Le cannabis est très accessible par des prix modérés (entre 7€ et 2€ le gramme) et d'une grande disponibilité, et ce surtout en fonction du lieu géographique.

90 % du cannabis en France, provient du Maroc.

La nature des produits consommés est très variable, notamment en ce qui concerne la teneur en produit actif (THC). L'analyse d'échantillons saisis montre une présence non négligeable de cannabis à forte concentration (THC > à 8 %), dans 4 cas sur 10 pour la résine.

3. Données réglementaires :

La consommation de cannabis augmente donc le risque de troubles du comportement, d'absentéisme, d'accident du travail, de baisse de la vigilance.

Ces éventualités justifient une prise en charge médicale de cette consommation notamment dans la détermination de l'aptitude du salarié à un poste.

C'est à ce titre que se pose le problème du dépistage biologique des toxiques.

Le médecin doit envisager les risques encourus par le salarié, mais aussi ceux qui peuvent rejaillir sur la collectivité, collègues de travail ou tiers.

C'est pourquoi certains médecins du travail réclament de pouvoir s'appuyer sur une définition légale des postes incompatibles avec la prise de tels produits, et pouvant donc imposer la pratique d'un dépistage systématique.

a) Notion de poste dangereux :

Aucune définition légale n'existe pour définir les postes dangereux.

On distingue classiquement :

- les postes à risques, qui exposent le salarié lui-même (risque de brûlures, noyade, chute, électrocution ...);
- les postes de sécurité, qui exposent le salarié mais aussi la collectivité. On y retrouve les postes de conduite (tous modes de transports, engins de chantiers, grues, ponts roulants) mais aussi de surveillance;
- les postes de sûreté, qui concernent les postes sanitaires, les services de sécurité, de contrôle, les pilotages de process, les postes clés informatiques.

D'après le comité d'éthique, un poste dangereux, de sécurité ou de sûreté, exige {12} :

- un état de vigilance optimum pour la réception des signaux visuels et auditifs (aptitudes physiques),
- une aptitude cognitive (psycho intellectuelle et psychomotrice), pour l'analyse des informations perçues,
- une aptitude neuropsychiatrique garante d'un comportement fiable pour prendre une décision (aptitude comportementale).

D'où la nécessité, pour avoir un comportement fiable, de l'absence de troubles psychiatriques, de toxicomanies, de prise de médicaments affectant la vigilance ou modifiant le comportement {3}.

La liste limitative de ces postes doit figurer au Règlement Intérieur de l'entreprise, afin d'être définis comme postes dangereux. {9}

b) Les textes :

Le dépistage de la toxicomanie doit être considéré comme un élément de l'appréciation de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail. Les problèmes qu'il soulève peuvent être traités dans le cadre de la médecine du travail telle qu'elle est organisée par les textes en vigueur {18} {21}.

➤ La loi du 31 décembre 1970

La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal sur lequel s'appuie la lutte contre les stupéfiants depuis près de 30 ans. Cette loi réprime l'usage et le trafic en distinguant clairement les 2 aspects. {55}. En revanche la prise en charge de l'usage n'a pas été modifiée au cours de toutes ces années.

Les objectifs de la loi sont de réprimer sévèrement le trafic, de poser le principe de l'interdiction de l'usage tout en en proposant une alternative à la répression en proposant la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter.

Le texte de loi fait référence aux substances stupéifiantes définies par la commission des stupéfiants et psychotropes, en accord avec la réglementation internationale.

Depuis 1998 la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) a pour mission d'élargir son champ d'action à la lutte contre l'abus des produits licites, tel que l'alcool le tabac, et les médicaments psychotropes, d'améliorer le dispositif de coordination local de lutte contre la toxicomanie.

➤ Le code du travail :

Le code du travail permet ainsi de disposer de moyens pour répondre aux situations particulières (Art R 241.42 à 241.51, et Art 251.52 du CDT) et stipule que le médecin du travail est habilité à déterminer les investigations biologiques pour se prononcer sur l'aptitude à un poste.

➤ La circulaire du 9 juillet 1990 :

La circulaire n° 90/13 du 9 juillet 1990 (19) relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise, précise que « rien ne justifie un dépistage systématique dans l'entreprise », sauf cas particuliers et qu'il appartient au seul médecin du travail de déterminer de la nécessité d'un dépistage dans le cadre de l'appréciation de l'aptitude médicale au poste de travail.

La circulaire précise les principes qui doivent entourer la réalisation du dépistage, notamment le respect absolu du secret professionnel et le consentement du salarié pour la pratique d'un tel test.

Il existe des cas particuliers où la loi impose le dosage biologique des toxiques : il s'agit du personnel navigant technique de l'aviation civile, les ingénieurs de contrôle de la navigation aérienne, le personnel navigant des forces armées et les marins à bord de navires de commerce et de pêche.

➤ **Le code des Transports :**

Lorsque le poste de travail comporte une activité de conduite professionnelle, le médecin du travail peut également s'inspirer des incompatibilités physiques énumérées dans l'arrêté du 7 mai 1997 du code des Transports {6}.

Cet arrêté prévoit une incompatibilité à la conduite en cas de dépendance ou d'usage abusif de substances psychotropes, mais aussi en cas de « consommation régulière de toute substance psychotrope susceptible de compromettre l'aptitude à conduire sans danger » {21}{22}{24}.

En cas de doute, le recours à des examens biologiques où a des dosages de produits est prévu pour les médecins des commissions des permis de conduire.

Cependant, il faut savoir que d'un point de vue strictement administratif ce test ne s'impose pas au médecin du travail, du fait même qu'il n'est pas pris en application du Code du Travail t qu'il n'est pas visé par le Ministère du Travail.

Il arrive assez fréquemment que le médecin du travail prononce une inaptitude en application des normes médicales du Code des Transports, alors que le permis vient d'être renouvelé ou est en cours de validité.

➤ **L'article 223.1 du code de procédure pénale :**

La prévention fait partie des missions du médecin du Travail.

Dans le cadre de la sécurité routière {21} le médecin du travail est particulièrement concerné par l'article 223.1 du nouveau code de procédure pénale, concernant la mise en danger d'autrui et destiné à réprimer les comportements dangereux en matière de sécurité routière, mais aussi de sécurité au travail {1}.

Pour l'instant, il n'y a pas de jurisprudence, mais sa responsabilité pénale risque d'être engagée s'il n'a pas dépisté un sujet à risque responsable d'un accident grave.

➤ **L'arrêté du 5 septembre 2001 :**

Il fixe les modalités du dépistage des stupéfiants sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation.

Ce test donne les seuils légaux minima de détection des 4 familles de substances détectées :

	Urines (ng/ml)	Sang (ng/ml)
THC	50	1
Amphétamines	1000	50
Cocaïne	300	50
Opiacés	300	20

c) En conclusion :

Les textes réglementaires s'inspirent des différents codes de la législation française où la notion de cannabis et de travail est fragmentée selon plusieurs situations.

De plus nous sommes actuellement dans une phase transitoire de l'abord légal de l'usage de cannabis.

Dans certains pays frontaliers ayant « légalisé » tacitement ou réellement l'utilisation civile du cannabis, on assiste actuellement à une gestion réglementaire de son utilisation par rapport au travail.

Actuellement en France la législation est légalement répressive, mais pratiquement permissive, quant à son usage, et on assiste à une politisation du problème.

Cette dualité est source de situations absurdes, limitant les possibilités d'entreprendre une réflexion réglementaire concernant l'usage du cannabis en rapport avec le travail.

III. ETUDE DE LA CONSOMMATION AU SEIN DE LA POPULATION DES TRAVAILLEURS DES ETT.

A. Objectif :

Cette étude est axée sur 3 objectifs principaux :

- Estimer rapidement le profil des consommateurs de cannabis selon les critères de l'OFDT, et en fonction de plusieurs paramètres :
 - l'âge,
 - le sexe,
 - l'ancienneté en « intérim »,
 - les risques professionnels auxquels sont exposés dans leurs différentes missions les salariés.
- Evaluer l'incidence de la consommation de cannabis sur les décisions d'aptitude
- Apprécier l'intérêt de la mise à disposition pour les médecins du travail d'un test de dépistage et ses éventuelles modalités d'utilisation.

B. Méthodologie :

1. Population étudiée :

La population étudiée, est composée des salariés volontaires d' ETT, exerçant dans les secteurs d'activités secondaires, le transport et le BTP, vus en consultation dans un service interentreprises de santé au travail de la région Bourgogne.

2. Méthode :

Utilisation d'un questionnaire court avec réponses de types oui/non (annexe n° 1) distribué à tous les intérimaires de 5 sociétés de travail temporaire (industrie ou professionnelle), par les secrétaires en fin de tous types de pré visite (en excluant d'éventuels doublons) afin d'être rempli avant la visite, à l'extérieur du bureau médical et déposé dans une urne, afin de garder l'anonymat auprès des médecins du travail.

Les questionnaires ont été distribués du 27 mars au 25 avril 2003. cf. annexe 1

Il est apparu justifié de ne pas rechercher d'autres toxicomanies dans cette première enquête afin de ne pas créer de fausses réponses par inquiétude des salariés, en effet, si de nombreux salariés évoquent spontanément leur consommation de cannabis qu'ils placent au même niveau que leur consommation de tabac, la plupart considèrent encore les autres toxiques comme des produits illégaux.

3. Traitement des résultats :

Les réponses ont été traitées par analyse des répartitions selon plusieurs critères afin de :

- o caractériser la population étudiée,
- o évaluer l'importance de la consommation de cannabis,
- o caractériser la population consommatrice,
- o étudier les modalités de la consommation,
- o apprécier l'incidence de la consommation de cannabis sur les décisions d'aptitude dans la population étudiée.

C. Résultats

1. Taux de réponses :

Du 27 mars au 25 avril, 143 questionnaires ont été distribués dans le service de santé au travail interentreprises, au décours de 20 journées d'activité médicale, correspondant à 7 salariés intérimaires par jour d'activité.

124 questionnaires ont été rendus correctement et complètement remplis, ce qui correspond à un taux de retour de 86,5 %.

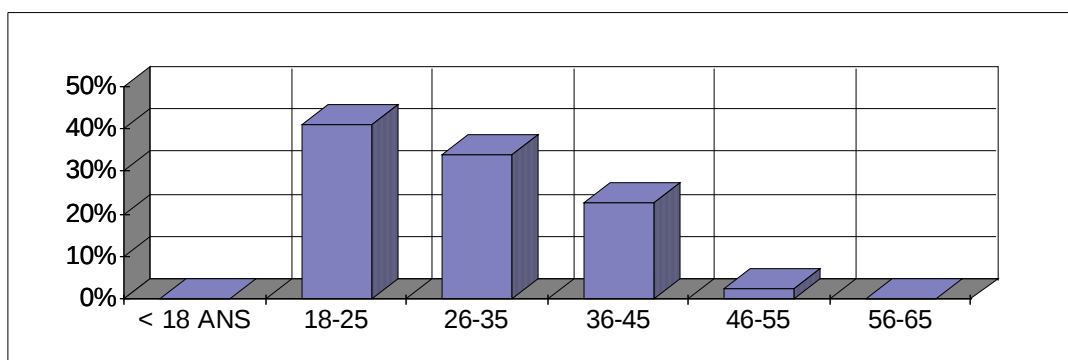
2. Caractéristiques de la population étudiée :

a) Répartition par sexe :

Effectifs	Femmes	Hommes
Absolu	18	106
Relatif	14,5%	85,5%

Il s'agit d'une population essentiellement masculine, les femmes représentant moins de 15 % de l'effectif, elles sont surtout affectées à la production et sont très peu représentées dans les agences professionnelles et généralistes. Elles travaillent en général en équipe « 2x8 » et sur machines outil.

b) Répartition par âges :



On retrouve une population jeune puisque 75 % de la population a moins de 36 ans, et 41 % moins de 26 ans.

Les travailleurs intérimaires de plus de 46 ans sont peu nombreux, (2,5%) et correspondant soit à des phases intermédiaires entre deux emplois, soit à des profils particuliers.

L'intérim, est donc le plus souvent un mode de démarrage ou de transition dans la vie active, permettant l'accumulation d'expérience professionnelle pour certains.

c) Répartition des salariés en fonction de la nature des activités professionnelles considérées comme "à risques" par les intéressés :

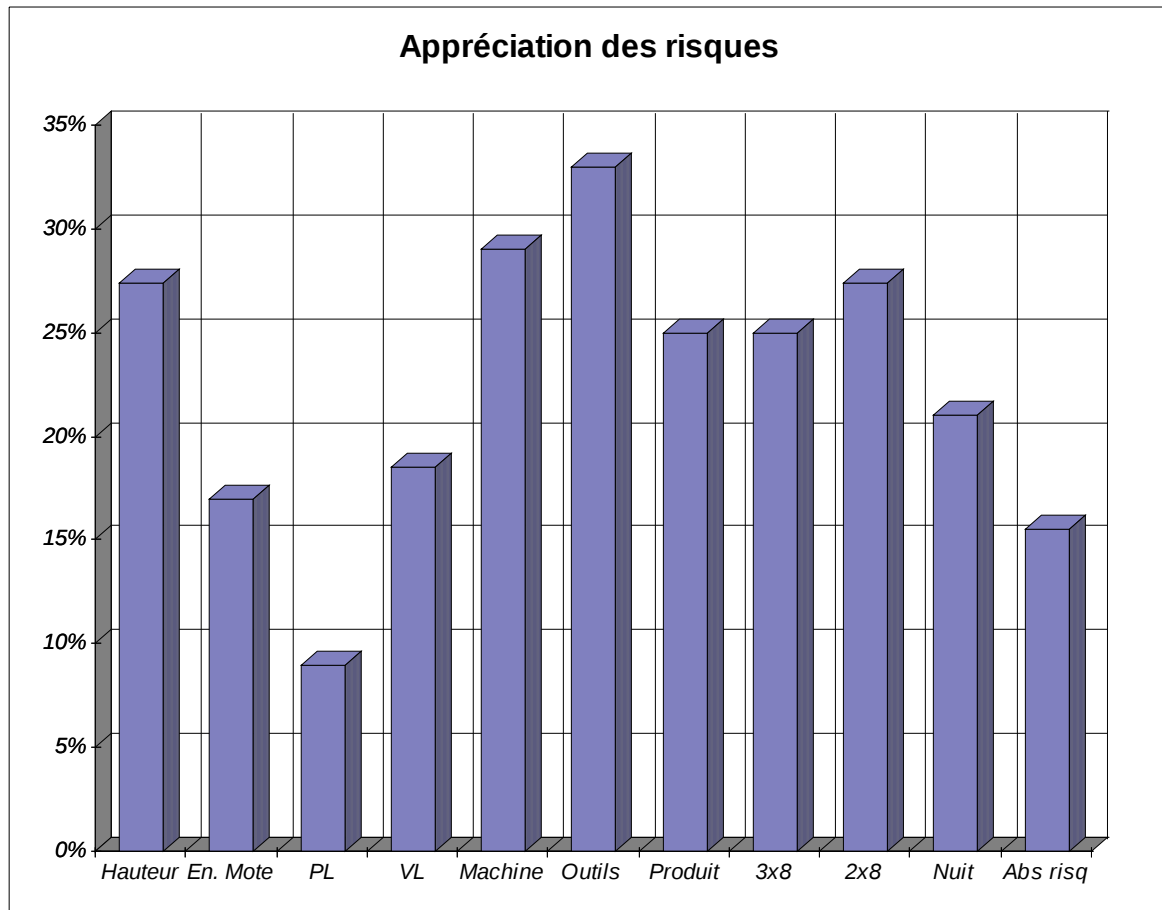
Il a été demandé à chaque intérimaire d'identifier parmi les 10 risques les plus souvent rencontrés, ceux auxquels il était exposé de façon habituelle, ou par rapport à la mission en cours.

Les risques ont été listés comme suit :

- o travail en hauteur,
- o conduite d'engins motorisés,
- o conduite poids lourd,
- o conduite de véhicule légers (en dehors des trajets),
- o conduite de machine outil,
- o utilisation d'outil dangereux,
- o utilisation de produit dangereux,
- o travail en 3x8,
- o travail en 2x8,
- o travail de nuit.

La majorité des salariés ont identifiés plusieurs risques, en moyenne 2,8 risques par salarié en dehors des risques liés au trajet.

Seuls 19 salariés sur 124 (15 %) n'ont identifié aucun risque dans leurs pratiques professionnelles.



La notion de trajet travail domicile réalisé en voiture a été différenciée de la notion d'utilisation d'un véhicule au cours de la mission.

Le trajet quotidien domicile travail est en moyenne de 24,5 Km, avec une médiane à 20 Km et des chiffres compris entre 0 et 110 Km.

3. Fréquence et type de consommation de cannabis :

a) Fréquence

31 % salariés déclarent consommer du cannabis soit un salarié sur 3.

Consommateurs	Non consommateurs
31%	69%

b) Types de consommations :

La consommation de cannabis a été recherchée de façon à être comparée aux chiffres de la littérature. Ainsi, on a différencié :

- l'absence de consommation : jamais (ne tient pas compte de l'expérimentation),
- la consommation occasionnelle : *épisodique*,
- l'usage répété : plus de 10 épisodes par an : *régulièrement*,
- la consommation importante : *hebdomadaire*,
- la consommation intensive : *tous les jours*.

	Jamais	Episodiquement	Régulièrement : Usage répété	Hebdomadaire : important	Journalière : intensif
Effectif	85	15	7	8	9
%	68.5 %	12.2 %	5.6 %	6.5 %	7.2 %

Tous âges confondus plus de **31 %** des salariés consomment du cannabis, , quant à l'usage répété ou plus, il touche presque **20%** des intérimaires.

L'usage très probablement dangereux dans la vie professionnelle, (consommation importante et intensive) concerne **12,9%** des salariés interrogés.

L'OFDT estime à **6%** les actifs de moins de 44 ans qui auraient un usage répété du cannabis, dans cette enquête, ce chiffre est multiplié par 4, et la consommation abusive est multipliée par 2.

4. Caractéristiques de la population consommatrice :

a) Consommation selon l'âge :

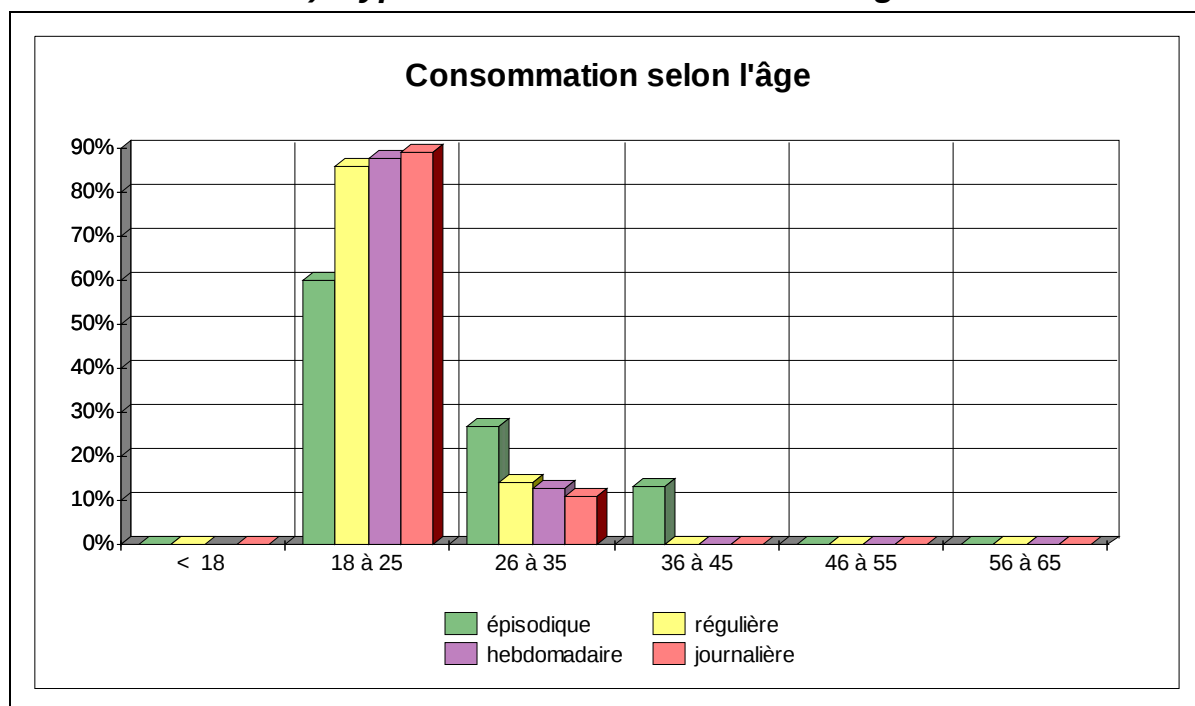
Répartition des consommateurs :

18 - 25 ans	26 -35 ans	36 – 45 ans
77%	18%	5%

77% des consommateurs ont moins de 26 ans.

Par rapport à la population totale, **58,8 % des moins 26 ans** consomment du cannabis.

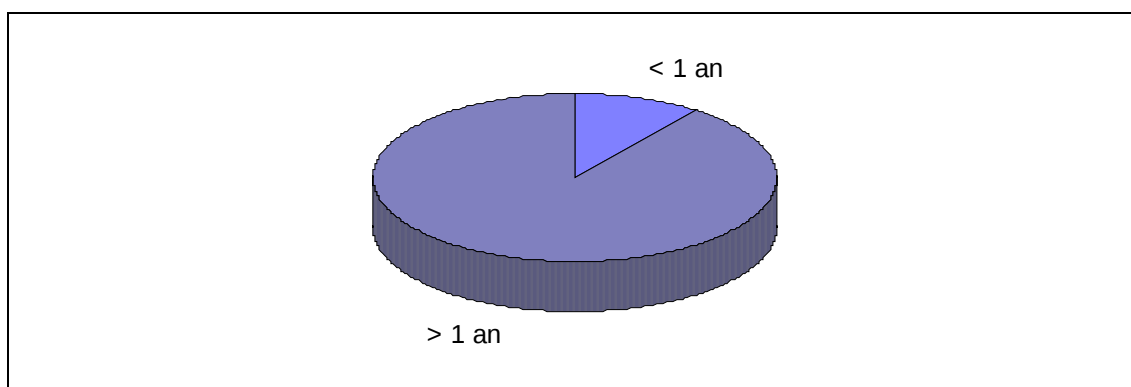
b) Type de consommation selon l'âge :



La consommation est très fortement liée au sexe (**1 femme, pour 38 hommes**) et à l'âge puisque 58,8% des moins de 26 ans consomment du cannabis et 45 % en ont un usage répété ou plus.

Les **moins de 26 ans** représentent 77 % des consommateurs en général, **87 %** des consommateurs importants **89%** des consommateurs journaliers.

c) Ancienneté de la consommation :



Seuls les consommateurs occasionnels consomment depuis moins de 1 an. Les autres consommateurs utilisent le cannabis depuis plus d'un an en général, alors qu'ils travaillent en général également depuis plus d'un an.

d) Mode de consommation par rapport au travail :

Il est intéressant de s'intéresser au mode de consommation par rapport aux périodes d'activité professionnelle. Certains salariés reconnaissent consommer ce type de produit sur leur lieu de travail ou avant de prendre leurs fonctions, ce qui majore de manière indéniable le risque de survenue d'événements indésirables de type accidents de trajet, accidents de travail, difficultés relationnelles, ennuis judiciaires...

Episodique		Régulière		Hebdomadaire		Journalière	
Avant le travail	Pendant le travail	Avant le travail	Pendant le travail	Avant le travail	Pendant le travail	Avant le travail	Pendant le travail
2	0	2	0	3	1	7	4

e) Importance de la consommation selon la nature des activités professionnelles identifiées comme étant "à risques"

La taille des échantillons se prête mal aux tests statistiques.

Il est remarquable de constater que la moyenne des risques par salarié varie en fonction de la consommation.

	Jamais	Episodique	Régulière	Hebdomadaire	Journalière
Nombre de risques	2,4	2	2,28	3,87	1,55

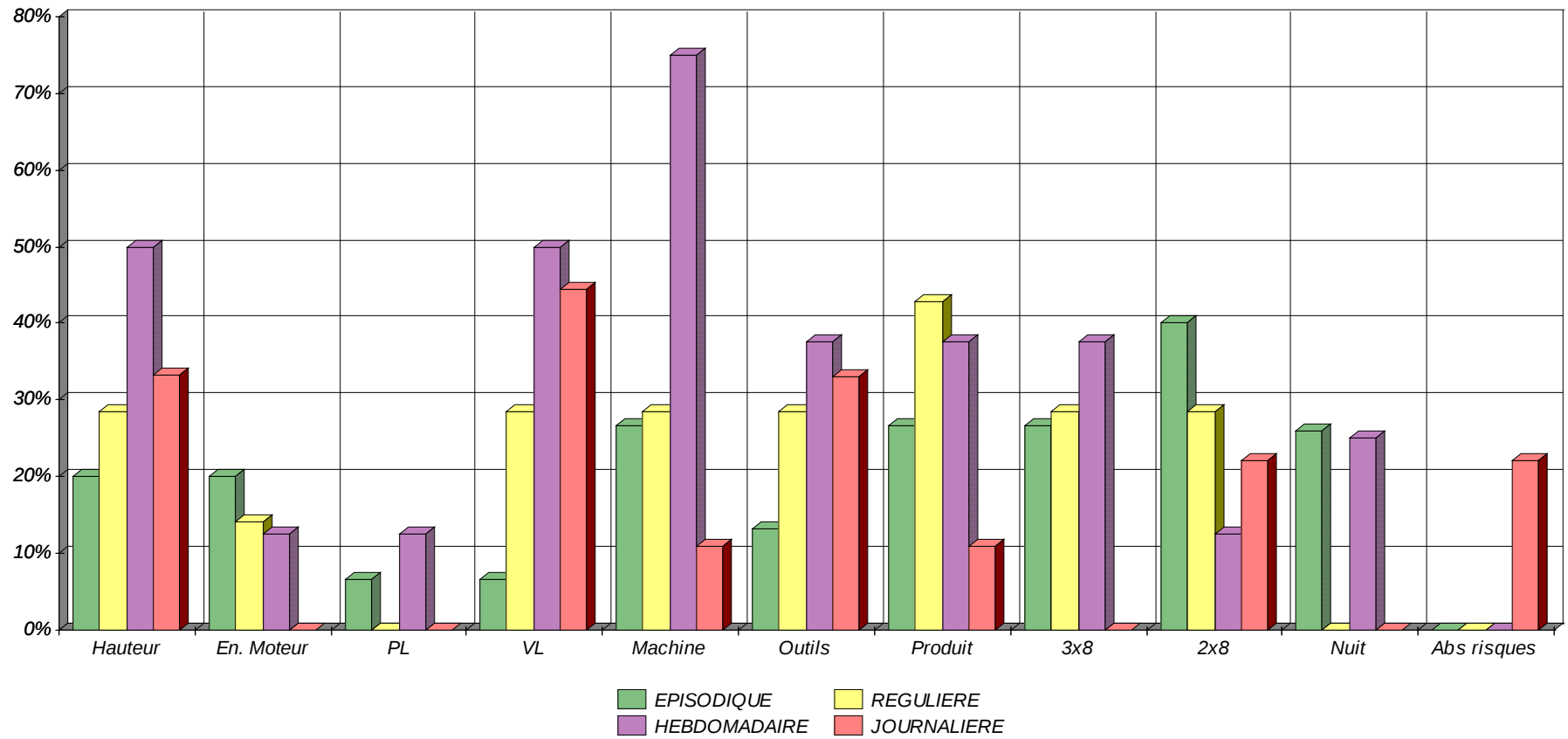
Ainsi les salariés consommant journalièrement du cannabis auraient statistiquement moins de risques que les autres. On peut penser que le fait de reconnaître une intoxication importante influence l'identification des risques par les salariés, avec une minimisation volontaire ?

Au contraire, on explique mal le nombre plus élevé de risques chez les salariés ayant une consommation hebdomadaire.

Potentiellement, tous les risques listés ayant un fort risque d'accident, il est légitime de s'inquiéter en tant que praticien de santé au travail, d'une consommation non liée à l'absence de risques, mais au contraire à des risques plus nombreux, tant au niveau professionnel, que de trajet (consommation hebdomadaire).

Schéma page suivante.

Appréciation des risques



f) Consommation en fonction de l'importance des trajets pour aller au travail :

	Jamais	Episodique	Régulière	Hebdomadaire	Journalière
Moyenne	26,5 km	21 km	23,5 km	34,5 km	17 km
Médiane	20 km	10 km	15 km	25 km	15 km
Minimum	0 km	10 km	10 km	15 km	0 km
Maximum	110 km	110 km	70 km	80 km	70 km

Par analogie avec les risques identifiés, et le mode de consommation par rapport à l'activité, on retrouve une différence de moitié dans les trajets chez les consommateurs hebdomadaires et journaliers. Une fois encore il est inquiétant de constater que certains salariés se rendent à leur travail en voiture parfois directement sous l'emprise du cannabis (notion que l'on retrouve dans différentes études où le seuil de positivité est plus important certains matins de la semaine).

5. Appréciation de l'incidence sur la consommation de cannabis sur les décisions d'aptitude dans la population étudiée

Au cours de cette période les résultats en terme d'aptitude et de restrictions ont été relevés sur cette même population.

Les seules restrictions prononcées (5%), ont concerné le port de charges, dans le cadre de pathologies ostéo-articulaires, et l'aptitude d'un salarié non consommateur de cannabis de plus de 45 ans, ayant une intoxication alcoolique connue pour un certain nombre de postes dangereux, (travail en hauteur, conduite poids lourds).

Aucune restriction n'a été formulée lors de la visite médicale, suite à une intoxication avouée ou non au cannabis.

6. Conclusion de l'analyse des résultats

Les deux médecins du travail qui ont participé à l'enquête assurent la surveillance de salariés d'ETT à hauteur de 700 salariés pour l'un, et de 1000 pour l'autre, uniquement dans l'industrie, le transport et le B.T.P.

Les agences de travail intérimaire se répartissent comme suit :

- 3 agences issues de grandes sociétés nationales :
 - o deux à vocation industrielle (production), mais aussi marginalement transport et logistique.
 - o une à vocation professionnelle (formation professionnelle particulière) (formations techniques, conduite machines à commande numérique, agents de bureau d'étude, caristes...)

- 2 agences généralistes sans autre représentation locale, et gérant un volant inférieur en nombre et en qualification, dans le secteur du BTP, et parfois du transport selon la demande de leur clientèle.

Les missions évoquées sont donc très variées et touchent quasiment tous les secteurs d'activité secondaire :

- production dans tous les domaines (agroalimentaire, industrie, produit chimiques...),
- maintenance industrielle en France et l'étranger,
- installation en bâtiment sur tous types de sites (nucléaires, chimiques, industriels) dans toute la France,
- transport routier et logistique (souvent les plus difficiles avec horaires décalés).

La population recrutée est très mobile car le tissu industriel local n'est ni très important ni très étendu et de nombreuses missions demandent beaucoup de flexibilité, (travail en équipes alternantes, grandes distances de trajet, travail de week end exclusivement), ce qui explique probablement la jeunesse des salariés, ainsi que l'importance de la population masculine.

Cependant certaines missions, notamment dans la production et la maintenance industrielle, peuvent être très longues et certains intérimaires sont en place depuis plusieurs années.

Dès la première journée, certains salariés ont été interpellés par ce questionnaire et ont profité de ce moyen pour aborder le sujet de la consommation de cannabis par rapport à l'emploi.

Malgré des différences de conception importantes entre les deux médecins, plusieurs remarques communes sont apparues au cours de cette étude.

Les salariés consommant du cannabis ont en général à l'interrogatoire, des notions juridiques des risques de la consommation de cannabis par rapport au code de la route, et certains connaissent assez bien les règles de dépistage et les délais de persistance de la positivité.

Mais dès lors qu'il s'agit de l'emploi, ils appréhendent mal les risques, et considèrent souvent le fait de fumer un joint comme bien moins nocif que le tabac par exemple.

L'échange lors de la consultation médicale bute régulièrement sur un concept quasi idéalisé des effets du cannabis, qui ne seraient que positifs, y compris dans les postes dangereux, d'après certains jeunes salariés.

La mise en place de certaines restrictions visant à protéger les salariés est ressentie comme une sanction personnelle que les salariés contournent avec facilité.

Le taux d'absentéisme à la visite médicale dans cette population atteint 10 à 20% selon les agences et l'implication du personnel permanent, il atteint 70 % des deuxièmes visites à la demande du médecin du travail, surtout lorsque le premier entretien s'articule autour d'éventuelles restrictions.

Depuis les procédures de normalisation type ISO, mise en place dans certaines agences, cet absentéisme amorce une décroissance nette, et laisse espérer un retour des salariés des ETT vers les services de santé au travail, faisant apparaître

des possibilités, aussi bien quant à la prise en charge individuelle, que collective de l'usage de "drogues au travail".

IV. DISCUSSION

A. Critique de la méthode :

Cette étude a concerné des effectifs limités avec un biais de recrutement basé sur la notion de volontariat.

L'utilisation d'un questionnaire simplifié, avec des réponses correspondant à la seule estimation par les salariés de leur consommation et de leur perception des risques générés par l'activité professionnelle, ne permet pas une évaluation fine des risques au sens santé au travail.

L'absence de dépistage permettant de valider la réalité et l'importance de la consommation ne permet pas d'éliminer les faux négatifs, et faux positifs que le volontariat induit malgré l'anonymat.

La faiblesse des échantillons doit conduire à relativiser les résultats, et ce notamment en rapport aux autres études telle celle du nord de la France{15}.

B. Critique des résultats

Les résultats obtenus correspondent à ceux qu'avaient pressenti les deux médecins du travail participant.

1. Caractéristiques de la population des salariés des ETT :

Les salariés des ETT dans les secteurs d'activité secondaires, représentent une population jeune, essentiellement masculine : 75 % de la population a moins de 36 ans, 2,5 % plus de 46 ans, 85% sont des hommes.

Ces chiffres sont comparables aux autres données concernant les travailleurs intérimaires de l'industrie. {47}

Cette caractéristique de la population induit une sélection importante, puisque toutes les études montrent que c'est dans cette population que l'usage du cannabis est le plus souvent rencontré.

Les résultats retrouvés sont donc cohérents par rapport aux études généralistes déjà réalisées.

2. Caractéristiques de la population consommatrice de cannabis parmi les salariés des ETT :

Les consommateurs ne semblent pas tout à fait représentatifs de la population générale des ETT, en effet, les consommateurs se concentrent dans les tranches d'âges inférieurs.

Les moins de 26 ans représentent 41 % des salariés alors qu'ils représentent 77 % des consommateurs, par opposition les plus de 25 ans qui représentent la grande majorité des salariés (59%), est sous représentée chez les consommateurs (23%).

De même la répartition homme femme est très influencée par la consommation, seule une femme a déclaré fumer épisodiquement du cannabis.

Quant à l'importance de l'intoxication, les résultats de cette étude sont plus alarmistes que l'étude de l'OFDT qui estime que 6% des actifs de moins de 44 ans ont une consommation de cannabis répétée. {29}. Dans la population étudiée ce chiffre monte à 14% des intérimaires de plus de 44 ans, soit plus du double du résultats attendu, mais proche du nombre pressenti.

L'OFDT estime qu'à 17 ans 13,5% des jeunes ont une consommation répétée, et 11,7% un usage épisodique, les résultats de ce travail révèlent un pourcentage bien plus important, puisque les chiffres sont de 29% dans les deux types de consommations pour les moins de 26 ans.

Ainsi il semble se définir une surconsommation de cannabis chez les salariés des ETT de l'industrie.

Cette surconsommation est probablement due au biais de sélection, qui définit ce type de salarié, mais il faudrait mettre en place un recueil plus étendu et comparatif, afin d'affiner cette réponse et éventuellement liée cette surconsommation à la précarité.

3. Importance et caractéristiques de la consommation de cannabis par rapport aux risques professionnels et de trajet :

Les résultats font apparaître plusieurs particularités.

Consommateurs ou non consommateurs sont exposés à un nombre important de risques (2,8) et à des trajets journaliers assez longs (24 Km en moyenne).

Il existe toutefois une variation du simple au double du nombre de risques au travail mais aussi des distances moyennes en voiture entre les consommateurs hebdomadaires et journaliers.

On ne peut définir s'il s'agit d'une sous estimation de la part des consommateurs réguliers, liée éventuellement à l'émoussement affectif que l'on décrit chez ces consommateurs, ou à une surévaluation de la part des consommateurs hebdomadaires, qui présentent souvent leur consommation comme festive, et destinée à « adoucir leur sort ».

Les consommateurs journaliers ont évidemment l'attitude la plus dangereuse par rapport au travail car c'est dans cette population que l'on retrouve les salariés travaillant, ou conduisant parfois sous l'emprise du cannabis (77% des salariés), chez les consommateurs hebdomadaires ce nombre descend à 37% de salariés susceptibles de travailler au cour d'une intoxication aiguë ou subaiguë.

4. Incidence sur les décisions d'aptitude :

La consommation de cannabis n'a eu aucun effet sur la rédaction des décisions d'aptitude puisque les seules restrictions retrouvées sur cette période étaient motivées par des pathologies intercurrentes dont peu concernaient les consommateurs.

Bien que, certains intérimaires aient évoqué spontanément leur consommation, on ne retrouve aucun lien entre consommation et aptitude alors que la majorité des salariés occupaient des « postes à risques » soit parce que cette consommation a été minorée ou déclarée épisodique, soit par impuissance du médecin du travail.

Cette surconsommation manifeste mise en évidence par ce travail chez les intérimaires jeunes impose une réflexion sur l'intérêt et les limites du dépistage des toxiques, ainsi que sur l'intérêt et les limites des campagnes de prévention à leur destination.

C. Intérêts et limites des tests de dépistage dans la population salarié des ETT

Même s'il apparaît évident que la prévention de l'abus de drogues ne se cantonne jamais au dépistage, il n'en demeure pas moins que celui-ci se justifie particulièrement lorsque l'employé occupe un poste à risque. La conduite addictive augmente encore le risque inhérent au poste.

Le médecin du travail est par excellence la personne ressource qui peut mettre à profit son expérience médicale pour établir son diagnostic sur les données cliniques, en s'appuyant sur des examens complémentaires et évaluer les dangers relatifs au poste.

L'extrême difficulté est de discerner les risques potentiels et nécessite donc une réelle connaissance des postes proposés et de leurs dangers.

Malheureusement cette notion devient pratiquement virtuelle dans la surveillance des travailleurs intérimaires, ou, au mieux, le médecin à une bonne connaissance du métier évoqué.

En effet, les postes sont très différents répartis sur toute la France et parfois à l'étranger, dans des sites allant de grands sites industriels à des TPE, avec parfois des employeurs multiples véritables « poupées russes ».

Le médecin du travail se heurte à une problématique supplémentaire quant au dépistage dans cette population.

En effet le salarié peut en cas de dépistage, négatif ou positif, perdre son emploi en dehors de tout avis d'aptitude énoncé par le médecin du travail.

Il convient donc d'évaluer l'intérêt d'un dépistage formalisé, chez les travailleurs intérimaires, alors que la consommation est souvent évidente, reconnue, et que le problème se situe dans l'identification des dangers et l'estimation des risques.

1. Intérêts pour le médecin du travail

a) Comme aide à la décision d'aptitude

Comme l'écrit le Docteur Raymond TRARIEUX {34}, « *il ne s'agit pas d'évincer systématiquement du monde du travail les usagers de produits illicites, mais sûrement d'éviter que ces consommateurs n'occupent des fonctions sécuritaires pouvant aller de la base au sommet de la hiérarchie, car la prévention de la toxicomanie doit aboutir à la réinsertion professionnelle et sociale des intéressés* ».

Dans la situation particulière de la consommation de produits interdits ou de produits déviés de leur utilisation normale, les signes cliniques sont peu évidents ou même inexistants.

C'est pourquoi le médecin du travail pourra fonder son diagnostic avec l'aide d'examens de laboratoire qui devront être effectués dans un cadre strict et limitatif. Ceux-ci doivent permettre un contrôle de qualité et une confirmation des résultats par d'autres méthodes si cela s'avère nécessaire.

En fonction des résultats, et de sa connaissance des postes occupés, le médecin du travail pourra se prononcer sur l'aptitude du salarié à tel ou tel emploi.

Le dépistage individuel d'un salarié au cannabis ne présente d'intérêt que si le médecin du travail possède l'expertise suffisante du poste occupé, il ne peut être à lui seul l'argument de l'aptitude que dans les cas définis en accord avec l'entreprise, quant au dépistage systématique de toute une population, son intérêt réside dans la protection de l'anonymat des individus dépistés vis à vis de l'employeur, et ce particulièrement chez les salariés des ETT, .

b) Comme outil de prévention :

Si chacun reconnaît désormais que l'abus de drogues en milieu du travail compromet la rentabilité de l'entreprise, génère des diminutions de productivité, pire, des accidents du travail, il reste encore beaucoup de dirigeants à convaincre qu'une stratégie de sensibilisation, d'information, de formation et d'éducation est seule vraiment efficace pour améliorer le mieux-être de chaque salarié, donc, la compétitivité des équipes dans leur ensemble.

Le dépistage systématisé dans une population peut dynamiser la volonté de l'entreprise de s'orienter sur la voie de la prévention en lui fournissant des résultats sur lequel s'appuyer.

Avec ou sans dépistage, qu'elle soit petite, moyenne ou grande, chaque entreprise doit se tenir prête à développer en son sein toute forme de prévention des assuétudes dans une perspective de promotion globale à la santé, en n'oubliant jamais que, selon l'OMS, « *La santé est un état de bien-être physique, mental et social* » et qu'elle « *ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Dans cet esprit, toute action de prévention, focalisée sur les toxicomanies, les conduites à risque et les dangers que celles-ci sous-entendent, se doit d'être comme complétée par des interventions de portée plus générale en entreprise.

Il ne s'agit jamais d'axer un discours, une formation ou une « campagne » de prévention exclusivement sur le produit et ses effets, mais plutôt de garder le souci d'une triple perspective axée sur :

- le produit,
- la personne
- l'environnement.

La politique d'une entreprise, face au « risque drogue », ne peut s'élaborer que selon plusieurs niveaux d'action. Il faut toujours informer, prévenir, organiser des réseaux de soutien quand un salarié a été repéré comme étant en difficulté, et faire en sorte que le règlement intérieur soit cohérent avec les mesures prises, et notamment la définition des postes à risques.

C'est pourquoi toute politique d'entreprise en matière de prévention, comme de santé d'ailleurs, demeure le résultat d'une coopération entre la direction, la représentation du personnel (délégués du personnel et CHSCT en particulier), la médecine du travail, les services sociaux et les salariés eux-mêmes.

Mais compte tenu de la complexité du problème de l'usage des drogues et de leur abus, l'expérience a prouvé qu'il est opportun, souvent, de faire appel à un organisme extérieur.

Dans le cas particulier des ETT la prévention est essentielle car l'action sur les postes de travail est difficilement réalisable. La prévention reste la priorité et l'action la plus efficace à court terme.

Mais la mise en place d'un tel projet est contrariée par la structure même de l'entreprise. La prévention doit être une volonté de l'entreprise de travail temporaire qui peut être ou doit être suggérée par le médecin du travail au regard de ces constatations, et doit contourner certaines difficultés.

Le « turn over » de cette population est tel que certains ne bénéficient de suivi en santé au travail que de manière très irrégulière, et contournent volontiers l'obligation légale, les seuls liens avec ces salariés se font par l'ETT.

Les relations avec les entreprises de travail temporaires sont émaillées d'incidents délétères sur le suivi, qui doivent rendre le médecin du travail vigilant dans ces pratiques afin de maintenir les possibilités d'action.

Les travailleurs des ETT ne bénéficient pas de CHSCT, puisqu'ils ne rentrent pas dans l'effectif des ETT mais dans celui des entreprises utilisatrices, ce qui annule l'argument financier des campagnes de prévention pour les ETT.

Les démarches de prévention sont donc totalement volontaires et sans intérêt direct pour les ETT. Le médecin du travail doit donc pouvoir prouver de la réalité de l'intoxication dans la population et faire valoir le bien fondé de la prévention dans l'amélioration de l'état de santé des salariés. A ce titre le dépistage collectif présente outre l'intérêt sur l'aptitude, celui de valider la nécessité de la prévention.

(1) Quelques exemples de prévention en France :

Depuis environ une dizaine d'années, dans le but de créer dans l'entreprise une dynamique de « préventeur » des toxicomanies, quelques rares organismes, comme le Centre DIDRO {bb}, l'AMPT2 de Marseille (Association Méditerranéenne de Prévention des Toxicomanies) et quelques autres, ont pris l'initiative de lancer des campagnes de prévention s'appuyant à la fois sur le personnel infirmier et le médecin du travail, nées la plupart du temps d'une volonté affichée de l'employeur ou du CHSCT.

A la SNCF, à la RATP, à Peugeot Mulhouse, au Centre d'Energie Atomique de Saclay, à EDF-GDF, des campagnes de prévention globale et d'éducation sanitaire ont été lancées à destination des salariés, le plus souvent toute hiérarchie confondue, citons celle de l'AMPT de Marseille qui, avec la SNCF, a su monter deux « opérations expérimentales ». L'idée principale de cette stratégie est surtout d'instaurer une sorte de tutorat destiné à de jeunes agents souvent fragilisés socialement et psychologiquement à cause de contrats de travail précaires (style intérimaire).

Plus fréquemment, les campagnes de prévention ont lieu « intra-muros » et se conjuguent, en quelque sorte, par étapes. On se sert des supports de communication de l'entreprise (journaux d'entreprise, affiches, dépliants, etc...). Des modules de formation interactive (en général par petits groupes), sont d'emblée organisés dans l'objectif de sensibiliser des équipes opérationnelles au sein de l'entreprise. Ensuite, une véritable campagne de sensibilisation et de formation personnel peut s'élaborer.

(2) Comment évaluer une campagne de prévention des toxicomanies en entreprise ?

Evaluer une campagne de prévention des drogues, c'est toujours mesurer sa portée, son utilité et son efficacité. Il s'agit de prévoir, dès le début des opérations in situ, une approche évaluative par objectif.

Toute campagne de prévention de ce type vise un changement de comportement des différents partenaires de l'entreprise face au problème des drogues.

Une évaluation n'a pas de sens que si elle est le résultat de l'analyse de l'écart entre deux objectifs : avant et après la campagne de prévention.

Schématiquement, toute évaluation de prévention primaire et secondaire vise à démontrer dans la réalité pratique que les actions préventives ont produit de l'effet et que cet effet, interactif et global, est bel et bien l'effet souhaité.

Ainsi plusieurs outils d'évaluation peuvent être utilisés, comme un graphique d'évaluation établi par les participants de chaque module de formation éventuel, ou comme un audit évaluatif sous forme d'enquête et d'interview.

c) Comme élément de prise en charge médicale :

Il convient d'insister sur l'obligation d'un lien constant du service médical avec les associations et les centres de soins spécialisés et sur l'extrême vigilance indispensable dès les premiers signes de gravité de l'addiction.

Quelle que soit l'entreprise considérée le fameux «travail en réseau» s'impose. Toute prise en charge d'un toxicomane exige en effet une cohérence et une continuité de soins à multipartenaires, gages de l'éventuelle réussite des traitements entrepris.

En effet, les soins sous-entendent toujours une prise en charge de la dépendance, tenant compte des effets néfastes pour sa santé des produits pris par le toxicomane certes, mais aussi du versant psychologique de la personne et des conséquences sociales de sa dépendance.

Dans la pratique, l'accompagnement médical d'un patient toxicomane exige pour le médecin une grande disponibilité, en temps notamment, une connaissance réelle des postes occupés par l'intéressé, l'existence d'une sorte de point écoute. Ce dispositif aide à la mise en place d'un contrat de confiance entre praticien et salarié en difficulté.

Dans le cas des intérimaires la prise en charge de la toxicomanie au cannabis peut être directement initiée par le médecin du travail car l'évolution et la banalisation actuelle de ce produit font qu'il n'est plus ressenti comme un danger que dans le cadre du travail et du code de la route. Cette banalisation explique peut être la démotivation d'une part des médecins à statuer quand à la consommation des salariés dont ils assurent la surveillance ce d'autant plus que le reste du corps médical semble plus qu'attentiste et que les fameux réseaux de prise en charge fonctionnent mal quant à cette toxicomanie considérée comme "légère".

2. Limites :

a) Les limites financières :

Dans le système actuel général de surveillance des travailleurs intérimaires, certains services de santé au travail facturent à l'acte à l'ETT.

D'un point de vue financier la prise en charge du surcoût est possible si les entreprises utilisatrices acceptent une participation ou une prise en charge mutualisée au sein du service ou de la branche concernée.

Ceci justifie le dégagement d'une ligne budgétaire par les différents partenaires qui sauf cas particuliers ne voient pas l'intérêt direct du dépistage individuel. Il convient alors de discuter d'un dépistage non plus individuel en fonction des antécédents mais d'un dépistage en fonction des postes dit à risques.

b) Les limites déontologiques et légales :

Au sein de l'entreprise, la seule personne habilitée à pouvoir prescrire un dépistage est le médecin du travail, il est également le seul à en connaître les résultats (ces examens sont couverts par le secret médical). Toutefois dans le cas des salariés intérimaires, l'anonymat est difficile à garantir sauf utilisation du système de type "triage 8" quant à la réalisation de ce type d'examen, hormis en cas de dépistages collectifs.

Il faut savoir qu'en France une circulaire officielle (du 9 juillet 1990, n° 90-13) {23} précise que « *rien ne justifie un dépistage de la toxicomanie organisé de manière systématique dans l'entreprise* ». Malheureusement le même texte n'établit pas de liste d'activités ou de postes de travail entraînant un dépistage justifié.

Globalement, les règles éthiques de la mise en place d'un dépistage exigent un souci de transparence de l'entreprise, un respect scrupuleux des règles déontologiques, une évidente rigueur scientifique.

A ce sujet il est essentiel de rappeler que le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels a mené une réflexion. Un groupe de travail a examiné les questions d'ordre éthique, déontologique, juridique et technique susceptibles de se poser. Il a été principalement recommandé d'entourer toujours le dépistage d'un certain nombre de garanties pour le candidat ou le salarié.

La circulaire 90-13, spécifie néanmoins que la diversité des situations amène toujours à s'interroger sur l'intérêt et les indications d'un dépistage. En tout état de cause, précise toujours la circulaire, « *dans le cas où un dépistage biologique est effectué* », celui-ci « *ne permet pas d'évaluer de manière fiable les capacités d'un*

sujet à effectuer certaines tâches et exige des précautions importantes dans son maniement et dans l'interprétation de ses résultats ». Néanmoins, le dépistage peut constituer une « garantie pour autrui », certains postes de travail comportant au plan de la sécurité et de la maîtrise du comportement, de hautes exigences.

Au surplus, le dépistage clinique ou biologique exige que le salarié soit informé au préalable et d'accord pour se prêter à l'opération en question.

c) Limites techniques :

Sur le plan pratique, la procédure de détection des drogues altérant la maîtrise de soi-même est en constante évolution quantitative et qualitative Cf. annexe 5.

Les méthodes de détection des différents composés opiacés, des psycho stimulants majeurs (cocaïne, amphétamines), des psycho dépresseurs (alcool, cannabis, barbituriques, benzodiazépines), des hallucinogènes (LSD par exemple), doivent être rigoureuses.

D'ailleurs, comme pour tout examen biologique, leur fiabilité va surtout dépendre de la qualité des échantillons soumis à l'analyse. Il s'agit d'éviter toute falsification possible des échantillons d'urines.

Le recueil des échantillons urinaires doit se faire selon un protocole précis. Ce dernier rend logique et nécessaire la formation du personnel médical et infirmier, bien sûr et impose aussi la mise en service d'un local de prélèvements adapté, ainsi qu'un étiquetage méticuleux.

Il est aussi recommandé de conserver deux flacons congelés pour vérification ultérieure en cas de nécessité.

Il faut également tenir compte de la fragilité du prélèvement pour le THC :

- le prélèvement doit être gardé au frais,
- il se conserve mal à pH basique,
- il est fragile en cas d'exposition au ultra violet.

Le dosage sanguin ou veineux peut être confirmé par la chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse si nécessaire.

Pour le cannabis on peut noter la limite de la méthode immunologique :

- à 20 ng/ml pour les plus sensibles
- à 50 ng/ ml pour le dépistage dans le cadre de la prévention routière
- à 100 ng/ml moins utilisée.

Cette méthode n'est que qualitative. Seule la durée de la positivité urinaire permet d'orienter vers exposition passive ou une consommation active. Toutefois en cas d'exposition passive il est rare de détecter des concentrations urinaires supérieures à 20 ng/ml.

Toutefois comme toute méthode de dosage elle ne permet pas de savoir si l'intoxication est récente ou chronique.

d) Les différents seuils de résultat :

<i>Cannabis</i>	<i>Seuil de détection</i>	
<i>Prise</i>	<i>20 ng/ml</i>	<i>100 ng/ml</i>
<i>1 à 2 cigarettes par jour</i>	<i>Positif 3 à 5 jours</i>	<i>Positif 2 à 3 jours</i>
<i>Plus de 5 cigarettes par jour</i>	<i>Positif 20 à 77 jours</i>	<i>Positif 14 à 33 jours</i>
<i>Inhalation passive (jusqu'à 8 à 9 cigarettes / jour)</i>	<i>Positif 1 à 2 jours</i>	<i>Négatif</i>

Cf. annexe 3 et 4

e) En conclusion

Le médecin du travail, tout en sachant l'aide que peut lui apporter le dépistage doit en connaître les limites et la nécessité de mettre les résultats en perspective avec les données cliniques et comportementales pour l'intégrer à une politique globale de prévention individuelle et collective du risque en milieu de travail.

En ce sens le dépistage de la consommation de cannabis en santé au travail ne doit pas être cachée au personnel ni à ses représentants, d'autant qu'il peut aider à la prise de conscience de l'ensemble des salariés des dangers des toxicomanies.

Un dépistage individuel présenterait peu d'intérêt dans le cas des travailleurs intérimaires, car s'il n'avait aucun impact sur l'aptitude au poste ou sur la prévention ne ferait que confirmer des statistiques, et le plus souvent des vérités connues.

V. CONCLUSION

Si ce travail a permis de vérifier la réalité et l'importance de la consommation de cannabis chez les jeunes salariés des ETT, il a aussi et surtout permis de mettre en évidence les problèmes que pose cette consommation :

- d'une part aux entreprises (en particulier dans la démarche de normalisation ISO), aux chefs d'entreprise chargés de procéder à l'identification des dangers et à l'évaluation des risques,
- d'autre part aux services de santé au travail, en terme de politique et de gestion de son dépistage,
- enfin aux médecins du travail dans le cadre d'une approche consensuelle collective et individuelle de leur conduite à tenir en matière de dépistage, de décision d'aptitude, de prévention des risques professionnels individuels et collectifs.

Il se pose alors certaines questions relatives au dépistage : Qui, Quand, Comment, Pourquoi, Où ?

Doit on considérer tous les consommateurs de cannabis et les utilisateurs de substances psycho actives comme inapte au poste ?

Si oui à quels postes, et sur quels critères ?

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. ARBUS L.

« Le rôle du médecin dans la prévention des accidents de la route »
Le Concours Médical, 2000, tome 122-34 ; 2408-2414.

2. BALLION R.

« Les conduites déviantes des lycéens ».
Rapport d'étude OF DT, CADIS, 1999.

3. BATTU J.L.

« Influence de l'état de santé sur l'aptitude au poste de sécurité »
Archives des maladies professionnelles, 1994 ; 55 : 127 – 128.

4. BELIN J., MONTASTRUC J.L.

Etude de la consommation de médicaments du système nerveux central en milieu de travail.
Archives des maladies professionnelles, 1990 ; 51 : 21 – 26

5. BEQUE C. BOUADIF F. BOTTA A.

Conduite à tenir par le médecin du travail face à la toxicomanie en dehors de l'alcoolisme.
Revue de Médecine du Travail, 96 ; 23 : 105 – 109

6. BULLETIN DE L'ORDRE DES MEDECINS

« Sécurité routière, un enjeu de santé publique »
Juin 2000

7. DRESS – Direction de la Recherche de l'Evaluation et des Statistiques – ex SESI

« Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1996, études et résultats n°1 »
Ministère de l'emploi et de la Solidarité 1998

8. Expertise collective

Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? Synthèse et recommandations
Ed. INSERM, 2001.

9. FAVRE – TROSSON P.

Toxicomanie et travail.
SNCF, Inf ; Méd ., 1990 ; 165 : 7 – 10

10. FRYDMAN N. MARTINEAU H.

La drogue : où en sommes-nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogues et de toxicomanies.
La Documentation Française, Paris, 1998.

11. GARNIER R.

Toxicité du haschisch

Concours Médical, 1997 ; 119 : 2843 – 2844

12. GAUCHER P.

Réflexions sur les postes de sécurité et la prévention des accidents du travail.

Archives des Maladies Professionnelles, 1976 ; 37 :203 – 215.

13. GOT C.

Drogues – Savoir plus « Etat des lieux en chiffres »

Les actes du colloque de la Sorbonne, décembre 1999.

14. GOLDBERG M.

A propos du dépistage systématique de l'utilisation de drogue dans les visites d'embauche.

Bull – Epidemiol, 1992 ; 7 : 5 – 6.

**15. HAGUENOER J.M., HANNOTIAUX M.H., LAHAYE-ROUSSEL M.C.,
FONTAINE B., LEGRAND P., SHIRALI P., PAMART B., BRILLET J.M.,
BROUK N., BAILLY I., FRIMAT P..**

Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnelle : une étude dans la région du Nord Pas de Calais

Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, 1997 ; 80 : 11 –15.

16. INABA O.S., COHEN W.E.

Les existants, calmants et hallucinogènes : effets physiques et mentaux des drogues et autres produits actifs sur psychisme.

Traduit de l'anglais par LAGIER G. , PICCIN, 1997

17. INSTITUT DE MEDECINE DU TRAVAIL DU NORD DE LA FRANCE

Toxicomanies : Quand un fait de société entre dans l'entreprise ?

Lille, 1998.

18. KINTZ P.

Toxicologie et pharmacologie médico-légale.

Paris, Elsevier 1998.

19. LA QUEILLE X. URIBE M. OLIE J.P.

Aspects chimiques actuels des toxicomanies

Revue du Praticien, 1995 ; 45 : 1359 – 1363.

20. LEIRER V.O., YESAVAGE J.A., MORROW D.G..

Marijuana carry-over effects on aircraft pilot performance.

Aviat Space Environ Med, 1991, Mar ; 62 (3) : 221-227

21. Livre blanc « Sécurité Routière, drogues licites ou illicites et médicaments ».

Série des rapports au Premier Ministre.

Journal Officiel, édition 1996

22. LOI N° 99-505 du 18 JUIN 1999

Relative à la sécurité routière

Décret n° 2001-751 du 27 août 2001

**23. MINISTERE DU TRAVAIL - CONSEIL SUPERIEUR DE LA
PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**

Dépistage de la toxicomanie en entreprise.

Circulaire du 9 juillet 1990

Document de la Médecine du Travail, 1990 ; 43 : 259 – 262

**24. MONFRIN F., GUELFY – LE GOUT B., PARIS CH., GOURNAY M.,
POIRIER A.**

Vie et Santé des conducteurs de poids lourds

CAMIP 1987

25. MURA P.

Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile.

Paris, Elsevier, 1999.

26. MURA P.

Cannabis sativa var.indica : une menace croissante pour les entreprises.

Ann. Toxicol. Annal., vol XIV, n°1, 2002, 64-67.

27. MURA P.

Accidentologie et drogues illicites.

Bull. Acad. Natle. Méd., 2002, 186, n°2, 345-357.

28. National Highway Traffic Safety Administration

Marijuana and alcohol combined severely impede driving performances”

Ann. Emerg. Med. 2000 ; 35 : 398 – 399

29. O.F.D.T. – Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanes

Drogues et toxicomanes : indicateurs et tendances

Sopadim édition, Paris 2002

30. OIT, Organisation internationale du travail

Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail

Genève, Bureau International du travail, 1996,63p

31. PARQUET P.J.

Pour une politique de prévention en matière de comportement de consommation de substances psycho actives.

CFES, Vanves, 1997.

32. REYNAUD M. PARQUET P.J. LAGRUE G.

Les pratiques addictives.

Edition Odile Jacob.

33. RICHARD D. SENON J.L.

Le dictionnaire des drogues, des toxicomanies et la dépendance.
Paris, Larousse, 1999.

34. ROQUES B.

CFES – Comité Français d'Education pour la Santé
La dangerosité des drogues
La documentation française, Odile Jacob, Paris, 1999.

35. TRARIEUX

Toxicomanie et aptitude médicale au travail. Toxicomanie et milieu de travail
Behring Syve Diagnostic édition, 1992 ; 87 – 90

36. VERSTRAETE A. SAMYN N. KINTZ P.

Les prélèvements biologiques et techniques analytiques
In : MURA P., édition
Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile.
Paris : Elsevier, 1999 ; 143 – 169

37. WICKELGREN I.

Le cannabis, une drogue comme les autres ?
La recherche, 1997.

BIBLIOGRAPHIE ELECTRONIQUE :

Santé au travail :

38. AIME 67 : <http://www.aimt67.org>

39. ANACT : association nationale pour l'amélioration des conditions de travail : <http://www.anact.fr>

40. A-SMT : santé et médecine du travail : <http://www.a-smt.org>

41. BTS : bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité : <http://www.etuc.org>

42. CCHST : centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail : <http://www.cchst.ca>

43. CISME : centre inter services de santé et de médecine du travail en entreprise : <http://www.cisme.org>

44. Emploi solidarité : <http://www.emploi-solidarité.gouv.fr>

45. INRS : <http://www.inrs.fr>

46. IRSST : institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail : <http://www.irsst.qc.ca>
47. Masson : <http://www.e2med.com>
48. Méditrav : <http://www.meditrav.com>
49. NIOSH : national institute for occupational safety and health (center of disease control): <http://www.cdc.gov.niosh>
50. Santé au travail: <http://www.santeautravail.com>
51. Service de médecine du travail Strasbourg : <http://www.ulpmmed.u.strasbg.fr>
52. SGMT : syndicat général des médecins du travail : <http://www.medecinedutravail-syndicat.org>
53. UVMT : université virtuelle de médecine du travail : <http://www.uvmt.org>

Droit / législation :

54. Droit : <http://www.droit.org>
55. Europa : communauté européenne : <http://www.europa.eu.int/index.fr>
56. Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>
57. OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies : <http://www.ofdt.fr>

Médecine :

58. Caducée: <http://www.caducée.net>
59. Méline : <http://www.meline.fr>
60. OMS : <http://www.who.int/fr/index.html>
61. Theriaque : <http://www.theriaque.org>
62. Université de médecine de Paris V : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr>

VII. ANNEXES

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE INTERIMAIRE

Annexe 2 : FACTEURS DE DANGEREUSITE DES « DROGUES »

Annexe 3 : LA DETECTION URINAIRE DES PRINCIPALES SUBSTANCES
TOXICOMMANOGENES

Ce questionnaire **anonyme** est destiné à réaliser une étude sur la consommation de cannabis chez les différents salariés, pour la faculté de médecine de Dijon. Il est distribué à l'issue de la visite médicale à **tous les travailleurs intérimaires** consultant dans ce centre.

Je me permets de vous demander de répondre à toutes ses questions et vous garantie l'anonymat des réponses.

Veuillez le déposer en partant dans « l'urne » sur la table à droite en sortant.

Je vous remercie par avance de votre aide.

Dr Marie–Alice DERAINE

1. Sexe : ☐ masculin
☐ Féminin

2. Age : ☐ - de 18 ans
☐ de 18 à 25 ans
☐ De 26 à 35 ans
☐ De 36 à 45 ans
☐ De 46 à 55 ans
☐ De 56 à 65 ans

3. Vous êtes en intérim depuis : ☐ - de 1 an
☐ De 1 an à 5 ans
☐ + de 5 ans

4. Consommez-vous du cannabis, haschisch (herbe, résine, huile):

- ☐ Jamais (aller question n° 8)
- ☐ Épisodiquement (- d'une fois par mois)
- ☐ Régulièrement (+ d'une fois par mois)
- ☐ Toutes les semaines (en moyenne)
- ☐ Tous les jours

5. Depuis combien de temps consommez vous ces produits :

- ☐ - de 1 an
- ☐ + de 1 an

Suite au verso
→

6. Vous est- il déjà arriver de prendre ces produits avant d'aller travailler :

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Vous est- il déjà arriver de prendre ces produits au cours de votre journée de travail ou sur votre lieu de travail (pendant la pause, au déjeuner ...) :

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Quels sont vos risques professionnels en général (par rapport aux précédentes missions et à la mission en cours) :

- ☐ Travail en hauteur
- ☐ Conduite d'engins motorisés
- ☐ Conduite poids lourds
- ☐ Conduite de véhicules légers pendant le temps de travail
- ☐ Conduite de machine outil
- ☐ Utilisation d'outils dangereux
- ☐ Utilisation de produits dangereux
- ☐ Travail en 3*8
- ☐ Travail en 2*8
- ☐ Travail de nuit

9. Si vous allez travailler en voiture, quelle distance faites vous chaque jour :

..... Km

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

FACTEURS DE DANGEREUSITE DES « DROGUES »

	Héroïne (opioïde)	Cocaïne	MDMA « ecstasy »	Psycho- stimulants	Alcool	Benzo- diazépines	Cannbi- noïdes	Tabac
« Suractivation dopami- nergique »	+++	++++	+++	++++	+	+/-	+	+
Etablissement d'une Hypersensibilité à la Dopamine	++	+++	?	+++	+/-	?	+/-	?
Activation du système opioïde	++++	++	?	+	++	+	+/-	+/-
Dépendance physique								
Dépendance psychique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
Neurotoxicité	très forte				très forte			
Toxicité générale		forte mais intermittente	?	moyenne		forte	faible	très forte
Dangerosité sociale	faible				forte			0
Traitements substitutifs ou autres existant	forte(a)	forte	très forte	forte	forte	0	0	
	très forte	forte	?	forte	forte	très faible	très faible	très forte
		très forte	éventuellement			faible(b)	faible	(cancer)
	oui	oui	très forte	faible	oui	non recherché	non recherché	0
			faible(?)	(exceptions...)				oui
			non	non				

a. Pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique

b. Sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de « soumission » ou d' « autosoumission », où la dangerosité devient alors très forte.

LA DETECTION URINAIRE DES PRINCIPALES SUBSTANCES TOXICOMMANOGENES

<u>LES PSYCHOLEPTIQUES</u>								
SOUS-CLASSE	Les opiacés naturels	Les dérivés semi synthétiques de la morphine	Les dérivés morphinomimétiques de synthèse		Les dérivés opioïdes naturels et semi synthétiques	Les Benzodiazépines	Les Barbituriques	Les Quinazolones
Produits	Opium Elixir parégorique Eubispasme Morphine Moscontin	Héroïne	Pethidine Dolosal Dextromoramide Pallium Bupremorphine Temgesic Pentazocine Fortal	Méthadone	Codéine Néocodon Dinacode Nétux Codéthiline Codéthyline Houdé	En particulier Diazepam Flunitrazepam Triazolam Chlorazepate Dipotassique Tranxene	Barbituriques à action rapide Sécobarbital Amobarbital Binocial (plus commercialisés en France)	Méthaqualone Mandrax (plus commercialisé en France)
Mode D'administration	Inhalation de La fumée Voie orale Voie IV	Voie IV	Voie sublinguale Voie orale Voie IV	Voie orale	Voie orale	Voie orale	Voie orale	Voie orale
Effets Cliniques	Antalgiques majeurs Effets stupéfiants marqués Syndrome de manque en usage chronique Complications psychiatriques Risques sceptiques si voie IV Dépendance physique +++ Dépendance psychique +++ Tolérance +++			Antalgique majeur proposé dans les thérapies de maintenance des toxicomanes Dép phys +++ Dép psych ++ Tolérance +++	Propriétés antitussives Effets stupéfiants modérés molécules détournées de leur action thérapeutique par les toxicomanes. Dép phys +++ Dép psych ++ Tolérance +++	Sédatif hypnotique anxiolytique Syndrome de sevrage modéré avec possible Dép phys + Dép psych ++ Tolérance +	Hypnotique à forte dose Ebr effets potentialisés par alcool Syndrome de sevrage avec possible Dép phys +++ Dép psych ++ Tolérance +++	Hypnotique potentialisé par alcool On rogne Dép phys + Dép psych + Tolérance +
Principaux Métabolites retrouvés dans l'urine	Morphine - 3 - Glucoronide Morphine Codéine		Dérivés déshydroxygénés et déméthylés	Méthadone	Morphine – 3 - Glucoronide Morphine Codéine	Oxazepam	Dérivés hydroxylés des barbituriques	Dérivés hydroxylés de la méthaqualone
Délais de détection dans les urines	2 jours		> 24 heures variable selon produit	3 jours	2 jours	Plusieurs jours	2 jours	14 jours

VIII. PLAN

I. INTRODUCTION **1**

II. RAPPELS **4**

A. LES SALARIES DES ETT : LES TRAVAILLEURS INTERIMAIRES	4
1. LES EXAMENS MEDICAUX :	5
2. LES CONDITIONS D'ACCES DU MEDECIN DU TRAVAIL DE L'ETT AUX POSTES DE TRAVAIL :	6
3. FICHES D'ENTREPRISES AU SEIN DES ETT	6
4. EN CONCLUSION	6
B. LE CANNABIS	8
1. DONNEES TOXICOLOGIQUES :	8
2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN FRANCE :	12
3. DONNEES REGLEMENTAIRES :	15

III. ETUDE DE LA CONSOMMATION AU SEIN DE LA POPULATION DES TRAVAILLEURS DES ETT. **19**

A. OBJECTIF :	19
B. METHODOLOGIE :	19
1. POPULATION ETUDIEE :	19
2. METHODE :	19
3. TRAITEMENT DES RESULTATS :	20
C. RESULTATS	20
1. TAUX DE REPONSES :	20
2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE :	20
3. FREQUENCE ET TYPE DE CONSOMMATION DE CANNABIS :	22
4. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CONSOMMATRICE :	23
5. APPRECIATION DE L'INCIDENCE SUR LA CONSOMMATION DE CANNABIS SUR LES DECISIONS D'APTITUDE DANS LA POPULATION ETUDIEE	27
6. CONCLUSION DE L'ANALYSE DES RESULTATS	27

IV. DISCUSSION **30**

A. CRITIQUE DE LA METHODE :	30
B. CRITIQUE DES RESULTATS	30
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DES SALARIES DES ETT :	30
2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CONSOMMATRICE DE CANNABIS PARMIS LES SALARIES DES ETT :	30
3. IMPORTANCE ET CARACTERISTIQUES DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS PAR RAPPORT AUX RISQUES PROFESSIONNELS ET DE TRAJET :	31
4. INCIDENCE SUR LES DECISIONS D'APTITUDE :	32
C. INTERETS ET LIMITES DES TESTS DE DEPISTAGE DANS LA POPULATION SALARIE DES ETT	32

1. INTERETS POUR LE MEDECIN DU TRAVAIL	33
2. LIMITES :	36
<u>V. CONCLUSION</u>	<u>39</u>
<u>VI. BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>40</u>
<u>VII. ANNEXES</u>	<u>45</u>
<u>VIII. PLAN</u>	<u>51</u>

