



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Evaluation des répercussions professionnelles d'une consommation de cannabis : enquête auprès de consommateurs de cannabis en demande de soins

Présentée et soutenue publiquement le 6 Janvier 2017 à 14h
au Pôle Recherche
Par Laura Marechal

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Paul Frimat

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Madame le Professeur Sophie Fantoni-Quinton

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Alexandra Salembier-Trichard

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ALAC	Alcohol Advisory Council
CAST	Cannabis Use Screening Test
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense
HAS	Haute Autorité de Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
NAF	Nomenclature d'Activité Française
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
SFA	Société Française d'Alcoologie
SFMT	Société Française de Médecine du Travail
SPA	Substances Psycho-Actives
THC	TetraHydroCannabinol

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	2
Généralités	4
I. Etat des lieux de la consommation de cannabis en France	4
A. Etat des lieux actuel en population générale	4
B. Etat des lieux dans le milieu du travail.....	5
II. Effets du travail sur la consommation	6
III. Recommandations de la Société Française d’Alcoologie et de la Société Française de Médecine du Travail	8
IV. Plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.....	9
V. Réglementation en vigueur	10
A. Concernant le produit.....	10
B. Concernant l’employeur	10
C. Concernant le médecin du travail	11
D. Concernant le salarié	12
E. Définitions des DSM.....	12
VI. Les étapes du comportement de Prochaska et Di Clemente (1992).....	16
VII. Intervention Brève.....	17
Matériel et Méthode	19
I. Type d’étude et période	19
II. Population étudiée	19

III. Elaboration du questionnaire	20
IV. Recueil de données	22
V. Analyses statistiques	23
Résultats	25
I. Flow Chart	25
II. Analyses descriptives	26
A. Caractéristiques personnelles de la population étudiée	26
B. Caractéristiques professionnelles.....	28
C. Caractéristiques liées à la consommation	29
III. Analyses Bivariées	33
Discussion	35
I. Principaux résultats	35
II. Comparaison des résultats aux données de la littérature	36
III. Perspectives	41
Conclusion	43
Références bibliographiques	44
Annexes.....	48

Table des figures et tableaux

Liste des figures :

Figure 1 : Les étapes du comportement de Prochaska et Di Clemente (1992)	17
Figure 2 : Répartition par centre	25
Figure 3 : Flow chart.....	25
Figure 4 : Pyramide des âges de la population incluse	26
Figure 5 : Situation familiale de la population étudiée	27
Figure 6 : Comorbidités psychiatriques de la population incluse.....	28
Figure 7 : Statut salarial de la population étudiée.....	29
Figure 8 : Score ALAC de la population étudiée.....	30
Figure 9 : Objectifs de consommation de la population incluse	30
Figure 10 : Motifs de consultation de la population étudiée	31
Figure 11 : Difficultés professionnelles rencontrées dans la population étudiée	32

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Perte d'emploi ou perte d'opportunité professionnelle due à la consommation.....	32
Tableau 2 : Situation d'être en couple de la population étudiée.....	33
Tableau 3 : Lien entre score d'ALAC et la rencontre de difficultés professionnelles	33
Tableau 4 : Lien entre score ALAC et la perte d'emploi ou perte d'opportunité professionnelle ..	34

Table des annexes

Annexe 1 : Recommandations de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Médecine du Travail.....	48
Annexe 2 : Questionnaire patient	54
Annexe 3 : questionnaire complémentaire rempli par le personnel soignant.....	57
Annexe 4 : questionnaire ALAC.....	58
Annexe 5 : Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève de la HAS....	59

RESUME

Contexte : La dépendance au cannabis est responsable d'une désinsertion sociale connue. Des consommateurs travaillent cependant. Peu d'études portent sur les conséquences des consommations sur le travail. Le but de notre étude est de rechercher les répercussions des consommations de cannabis, chez les personnes dépendantes, sur le travail lui-même.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique dont le recueil d'informations s'est effectué entre le 1er janvier 2014 et le 1er janvier 2015 par les patients se présentant en CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) concernant une consommation de cannabis. La majorité du recueil s'est effectuée grâce un auto-questionnaire composé de deux parties. La première s'intéressait à la consommation du produit en lui-même, ainsi qu'aux habitudes de consommation et de mésusage des autres substances psychoactives. La seconde partie portait sur l'aspect professionnel et sur les retentissements sur cet aspect de la consommation de cannabis. Ce recueil était complété d'un questionnaire standardisé d'évaluation du niveau de dépendance ALAC et d'un questionnaire d'informations médico-sociales rempli par le personnel soignant des CSAPA. Les associations de variables ont été réalisées grâce à un test de comparaison de moyen non paramétrique de Spearman. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

Résultats : Au total, 64 questionnaires ont été recueillis dont 39 répondaient à nos critères d'inclusion. L'âge moyen était de 28 ans et les patients étaient majoritairement masculins. La majorité des patients (66,6%) était insérée sur le plan professionnel. Le score ALAC de dépendance moyen était de 6,7/11. Vingt-et-un patients (53,8%) ont rencontré des difficultés professionnelles en lien avec leur consommation. Trente-quatre patients (87%) ont signalé avoir consommé avant la prise de poste et trente (77%) durant les heures de travail. Il a été retrouvé un lien significatif entre le score ALAC et les difficultés professionnelles rapportées.

Conclusion : Lors des visites en Santé Travail, la consommation de cannabis devrait être systématiquement recherchée. Chez les salariés consommateurs, un test d'ALAC et la recherche de difficultés professionnelles devraient être plus systématisés. Cela pourrait servir de point de départ à une intervention brève telle que recommandée par la Société Française d'Alcoologie.

INTRODUCTION

Le cannabis est souvent au cœur de l'actualité et sa consommation peut apparaître comme banalisée. La question de sa dépénalisation est souvent au centre d'un débat récurrent.

La prévalence de jeunes actifs consommant du cannabis a augmenté depuis quelques années (1,2), ce qui signifie que les jeunes consommateurs de cannabis sont amenés à s'insérer sur le plan professionnel à la fin de leur parcours scolaire.

Comme tout produit psychoactif, le cannabis est susceptible d'entraîner une dépendance, qui selon la définition du Professeur Michel Reynaud (3) se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, et, d'autre part, la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

La dépendance au cannabis peut être responsable d'une désinsertion sociale connue (4), mais des consommateurs réguliers, voire dépendants, travaillent (5).

Des études existent déjà sur les consommations de substances psychoactives, et notamment de cannabis, chez les travailleurs (6–10) et les effets du travail sur les consommations (8,9,11).

Cependant, peu d'études portent sur les conséquences des consommations sur le travail (12–15).

Nous nous sommes intéressés à une population qui a consulté en CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Il s'agit de structures pluridisciplinaires de proximité ayant pour mission l'accompagnement, la prévention et la prise en charge ambulatoire en soins de tout type d'addiction. Elles travaillent souvent en partenariat avec les structures hospitalières de leur secteur géographique afin d'optimiser l'orientation des patients qui nécessitent une hospitalisation. Les CSAPA permettent un accueil confidentiel et gratuit.

Le but de notre étude est de rechercher les répercussions professionnelles des consommations de cannabis chez les personnes dépendantes. C'est pourquoi une enquête auprès de patients qui ont consulté en CSAPA nous a paru pertinente.

GENERALITES

I. Etat des lieux de la consommation de cannabis en France

A. Etat des lieux actuel en population générale

La consommation de cannabis dans la population générale a fait l'objet de plusieurs études. Depuis les années 2000, l'OFDT mène régulièrement des enquêtes visant à recenser l'évolution démographique des consommations de drogues en France.

Parmi celles-ci, l'enquête ESCAPAD de 2014 (16) montre une augmentation de l'expérimentation et de l'usage régulier de cannabis entre 2011 et 2014 mettant un terme à la baisse puis à la stabilisation entamées depuis 2002 concernant l'expérimentation du cannabis à 17 ans.

Cette hausse de consommation à 17 ans tend à faire converger les comportements féminins et masculins. Par rapport à 2011, l'expérimentation de l'usage de cannabis passe de 45,8% en 2014 versus 38,9% pour les filles et pour les garçons de 49,8% en 2014 versus 44% en 2011. Ces niveaux d'expérimentations restent en deçà de ceux de 2003. Le niveau d'expérimentation de cannabis des garçons de 17 ans retrouve un niveau comparable à 2000 (50,1%) mais celui des filles est supérieur (40,9% en 2000).

Par rapport à 2011, l'enquête montre une augmentation des usages dans l'année (25,5% en 2011 contre 38,2% en 2014) et des usages dans le mois (22,4% en 2011 contre 34,6% en 2014). L'usage régulier (au moins 10 usages dans les 30 jours précédant l'enquête) passe de 6,5% en 2011 à 9,2% en 2014. L'usage quotidien augmente également de 1 point par rapport à 2011 atteignant 4% en 2014. Il existe une prédominance masculine nette pour la consommation de cannabis à 17 ans

avec 12,5% de garçons contre 5,8% de filles. Parmi la population de consommateurs de cannabis, 25,7% des garçons présentent un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance (mesuré à l'aide du questionnaire standardisé CAST) contre 17,3% de filles. Cela représente 8% des adolescents de 17 ans contre 5,8% en 2011.

Dans son rapport de 2015 (17), l'OFDT retrouve dans l'étude menée en 2014 que 42% des 18-64 ans ont expérimenté le cannabis. La consommation régulière de cette population est de 3% avec une prédominance masculine (5% pour les Hommes et 2% pour les Femmes). Concernant les consommateurs réguliers 21% d'entre eux présentent un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance (évalué par le questionnaire CAST), cette proportion est stable comparativement à 2010.

La France reste le premier pays d'Europe pour la fréquence de consommation de cannabis chez les jeunes adultes.

B. Etat des lieux dans le milieu du travail

Plusieurs études ont été réalisées afin de connaître la prévalence des salariés consommant des substances psychoactives. Nous nous sommes intéressés aux données concernant la consommation de cannabis dans le milieu du travail.

Dans l'étude d'Orset et al en 2008 (18) menée sur 1406 salariés de toutes les catégories socioprofessionnelles, 10,2% des salariés interrogés déclaraient avoir consommé du cannabis durant l'année. Sur cette population, 54,1% déclaraient avoir consommé moins de dix fois dans l'année mais 25,2% avouaient avoir consommé plus de 20 fois et 12,6% avoir une consommation supérieure à 2 fois par jour. Parmi les consommateurs de cannabis, une prédominance masculine se dégageait avec 80,4% des consommateurs masculins. La tranche d'âge la plus consommatrice était celle des 16-29 ans.

Une autre étude réalisée en 1995 (8) sur 1976 salariés du Nord Pas-de-Calais et regroupant également l'ensemble des catégories socioprofessionnelles, retrouvait une prédominance masculine parmi les consommateurs de cannabis. Sur les 1976

salariés, 4,81% étaient positifs au dépistage urinaire de cannabis dont 5,10% d'hommes et 3,8% de femmes. La majorité des consommateurs de cannabis étaient âgés de 16 à 35 ans. Il est à noter qu'environ les deux tiers des utilisateurs de cannabis occupaient un poste qualifié « de sécurité ».

Ces chiffres sont confirmés par une autre étude, menée dans un service de Santé Travail en Haute Vienne (10) sur 1046 travailleurs, qui retrouvait 19,3% d'expérimentateurs de cannabis et 3,5% de consommateurs réguliers.

D'autres études ont également été réalisées sur certaines catégories socioprofessionnelles. Ainsi, l'étude de Labat et al (19) réalisée sur 1000 chauffeurs poids lourds du Nord de la France, retrouvait 8,5% de dépistages urinaires positifs au cannabis lors de la visite d'embauche avec un âge moyen de $28,4 \pm 6,1$ ans.

L'étude de Beaujouan et al (20) s'intéressait aux consommations chez les médecins anesthésistes. La prévalence de consommation de cannabis était de 6,3%. La tranche d'âge dont la consommation était la plus élevée était celle inférieure à 35 ans. Selon les auteurs, le faible taux de consommateurs de cannabis s'explique par le biais de recrutement car les médecins en formation, dont la tranche d'âge correspond au pic étaient exclus.

II. Effets du travail sur la consommation

Le lien entre le travail et les conduites addictives a été étudié à de multiples reprises. Dans l'ensemble des études menées sur les consommateurs (5,9,11), il apparaît que le fait d'occuper un emploi reste un facteur protecteur contre les addictions.

Certains facteurs professionnels peuvent apparaître comme des éléments pouvant aggraver les conduites addictives.

Ainsi, d'après l'étude de Beck et al (21), 13% des fumeurs de cannabis indiquent augmenter leurs consommations quand ils rencontrent des problèmes dans leur vie

professionnelle. Quelques études étudient les conditions de travail qui sont le plus souvent liées à l'augmentation des consommations de SPA.

Une étude américaine (22) de Frone, menée en 2002-2003 auprès de 2790 travailleurs, a distingué les consommations « tout contexte » des consommations avant, pendant ou immédiatement après le travail. Les résultats confirment l'absence d'association significative entre la consommation de SPA « tout contexte » et les facteurs de stress. Les données retrouvent une liaison significative entre la surcharge de travail et l'augmentation de la consommation avant, pendant le poste de travail. Une association significative est également retrouvée entre l'augmentation de ce type de consommation et l'insécurité de l'emploi.

Cependant, une autre étude prospective sur une cohorte de jeunes adultes (23) fait apparaître un lien entre l'exposition à des facteurs de stress et le risque de dépendance aux SPA.

Une autre étude parue en 2013 (24) reproduite partiellement ci-dessous, retrouvait comme principaux facteurs professionnels de consommation de SPA :

- Les tensions psychiques : conflit, souffrance, isolement, désœuvrement, anxiété, vigilance, activités interrompues, charge émotionnelle, manque d'expérience, mésestime de soi, exclusion, surinvestissement, manque de reconnaissance, âge, perte de sens, injonction contradictoire, écueil éthique, usure mentale.
- Les tensions physiques : temps de travail, horaires atypiques, gardes, activités répétitives, intensité des gestes, bruit, odeur, chaleur, douleur, troubles musculo-squelettiques, âge.
- Pratiques culturelles et socialisantes : genre du métier, habitudes conviviales, relation hiérarchique, bizutage, support de communication non verbale, image de marque, réseau, démarche commerciale, cohésion d'équipe, âge, ancienneté.
- Précarité professionnelle : statut, rémunération, image de marque du métier, évolution professionnelle, reclassement, formation, projet d'entreprise peu clair.

- Disponibilité et offre des produits liées au milieu professionnel : offre d'alcool sur le lieux de travail, métiers de production, de vente ou de contrôle liés aux produits psychoactifs, métiers de la santé...
- Pauvreté des liaisons sociales : absence de reconnaissance, manque de soutien, isolement, relations hiérarchiques de mauvaise qualité, opacité managériale, manque de soutien syndical, manque de temps pour les transmissions, manque de réunion de travail, absence de supervision, absence de débats professionnels, absence d'évolution professionnelle, absence ou excès de contrôle, exclusion, désinsertion sociale....

III. Recommandations de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Médecine du Travail

La consommation de substances psychoactives chez les travailleurs constitue une problématique récurrente. C'est dans ce cadre que la Société Française de Médecine du Travail, en collaboration avec la Société Française d'Alcoologie, a décidé d'élaborer des recommandations à destination des professionnels de santé s'occupant des personnes exerçant une activité professionnelle et présentant un mésusage de substances psychoactives. Ces recommandations (25) sur le dépistage et la gestion du mésusage de substances psychoactives, susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel, s'articulent autour de 26 points (annexe).

Il est souligné que la prévention de la consommation de substances psychoactives doit être intégrée à une démarche de prévention globale de l'entreprise. Ces recommandations placent le médecin du travail en intervenant en addictologie de première ligne mais aussi en tant que partenaire privilégié des systèmes d'informations épidémiologiques et socioéconomiques. Les médecins du travail se

doivent de se former afin de pouvoir repérer des usages de substances psychoactives et leurs conséquences sur le travail, mais aussi de prévenir les facteurs professionnels susceptibles d'initier, de favoriser ou de renforcer ces usages.

Ces recommandations viennent renforcer l'obligation des services de Santé au Travail dans le domaines des addictions (26) et les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le contenu du dossier médical Santé Travail (27) qui doit inclure le repérage systématique des consommations de substances psychoactives.

IV. Plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017

Les pouvoirs publics ont intégré le problème des addictions pendant le travail dans le plan de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (28). Ce plan gouvernemental s'articule autour de trois objectifs :

Le premier objectif tend à faciliter la mise en place d'une politique de prévention collective des conduites addictives en matière de drogues et d'alcool, dans les milieux de travail au moyen de plusieurs actions. Cet objectif s'appuie, notamment, sur la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, pour former des médecins du travail à la pratique de repérage précoce et d'intervention brève, qui permettent de détecter les consommations problématiques.

Le second objectif réside dans l'amélioration de la connaissance des effets de la consommation de drogues et d'alcool sur la sécurité et la santé au travail ainsi que sur les relations de travail au moyen de plusieurs actions. L'une d'elles est de favoriser les études et recherches sur les conséquences de la consommation de produits psychoactifs sur les différents aspects de la vie au travail : l'absentéisme, les inaptitudes, les problèmes relationnels au travail, les situations conflictuelles, la qualité du travail.

Le troisième objectif vise à diffuser les connaissances acquises dans le monde du travail.

V. Réglementation en vigueur

A. Concernant le produit

En France, le cannabis est considéré comme un stupéfiant à part entière puisqu'il est régi par la loi sur les stupéfiants de 1970 qui pose la base en matière de réglementation. Cette loi incrimine l'usage simple de substances classées comme stupéfiants, sans distinction entre l'usage en privé et en public, ou l'usage régulier ou occasionnel. L'Arrêté du 24/02/2009 (29) fixe la liste des substances classées comme stupéfiants. Dans cet arrêté les cannabinoïdes sont nommés comme faisant partie de cette liste.

B. Concernant l'employeur

Il n'y a aucune disposition dans le Code du Travail relative à l'usage de stupéfiants. Depuis 2002, tout employeur est assujéti à une obligation de sécurité de résultats et l'article 4121-1 (30) du Code du Travail spécifie que « ...l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs... ». Le règlement intérieur est à la disposition de l'employeur pour définir les mesures d'application de la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de discipline qui seraient justifiées par la tâche à accomplir ou proportionnées au but recherché.

L'employeur peut selon les mêmes dispositions que pour l'alcootest, ajouter dans son règlement intérieur la possibilité de soumettre à un dépistage salivaire les

salariés travaillant à un poste de sécurité. En cas de positivité du test, une contre-expertise par analyse sanguine est nécessaire afin d'éliminer les faux positifs. Les tests biologiques par analyses sanguines ne peuvent être pratiqués que sur prescription médicale. Un test salivaire positif ne peut être à lui seul source de sanction car la contre-expertise obligatoire est faite sous le sceau du secret médical. Au total, la finalité du test de dépistage effectué par l'employeur doit être uniquement préventive et pour des postes décrits comme des postes de sécurité dans le règlement intérieur de l'entreprise.

C. Concernant le médecin du travail

Depuis la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, il est établi que les services de Santé au Travail « ... conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin... de prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail... » (article L. 4622-2) (26). Le médecin du travail tient une place centrale afin de conseiller l'employeur dans ses démarches de prévention. Ses actions peuvent aller du conseil pour la rédaction du règlement intérieur mais aussi aux éléments pour lesquels l'employeur doit faire preuve de vigilance. Le médecin du travail est aussi un conseiller pour la prise en charge des salariés présentant un trouble du comportement en phase aiguë et à distance. Il peut également aider l'employeur à mener des actions de prévention collective pour faire prendre conscience aux salariés des dangers que représente la consommation de substances psychoactives. Le médecin du travail intervient également au sein du colloque singulier de la consultation médicale pour aider le salarié à prendre conscience de ses consommations et l'orienter vers le soin.

D. Concernant le salarié

Tout salarié a une obligation de sécurité de moyens (article L.4122-1 du Code du Travail (31) : « il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail »). Applicable au salarié consommateur, l'obligation de sécurité s'étend à ses collègues, qui peuvent donc voir leur responsabilité pénale engagée.

Le cannabis étant classé comme produit illicite le salarié s'expose à des conséquences pénales selon l'article L3421-1 du code pénal (32) (1 an d'emprisonnement, 3750€ d'amende). Est également interdit par l'article L.3421-4 du code de la Santé Publique(33), la provocation à l'usage de stupéfiants ou le fait de présenter les stupéfiants sous un jour favorable.

E. Définitions des DSM

Les conduites addictives définies dans le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM) regroupent l'ensemble des modalités d'usage pathologique d'une substance psychoactive. La distinction entre l'abus de substance et la dépendance à une substance est apparue dans le DSM-III (1980) (34).

Dans le DSM-IV-TR, l'abus de substance est défini par (35) :

- A.** Un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours des 12 mois :
- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;

- Problèmes judiciaires liés à l'utilisation d'une substance ;
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents ou exacerbés par les effets de la substance.

B. Les symptômes n'ont jamais atteints les critères de la dépendance.

La dépendance est définie de la manière suivante :

Un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque sur une période continue de 12 mois :

- Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
- Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance,
 - La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
- Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance ;

- Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
- L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

Dans le DSM-V publié en 2013, l'approche dimensionnelle est privilégiée (36). La différenciation entre l'abus et la dépendance, ainsi que les répercussions judiciaires de l'utilisation d'une substance disparaissent. Les conduites addictives sont désignées par l'expression des « troubles de l'usage de la substance ». Désormais, les critères diagnostiques du « trouble de l'usage de la substance » sont définis par onze items, reprenant pour la quasi-totalité d'entre eux, les anciens critères DSM-IV-TR d'abus et de dépendance. La sévérité du « trouble de l'usage » est définie selon le nombre de symptômes présents (37). La sévérité est qualifiée de légère en cas de présence de 2 ou 3 symptômes, de modérée en cas de présence de 4 ou 5 symptômes et de sévère en cas de présence de 6 symptômes ou plus.

Le « trouble de l'usage de la substance » se définit par un mode problématique de la consommation de la substance conduisant à une altération ou à une souffrance cliniquement significative, se manifestant par au moins deux des éléments suivants, au cours d'une période de 12 mois :

- La substance est souvent consommée en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
- Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation de la substance ;
- Une grande partie du temps est consacrée à des activités nécessaires pour obtenir la substance, pour la consommer ou en retrouver ses effets ;
- Présence de craving, de désir ou d'envie très forts de consommer la substance ;

- La consommation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
- Poursuite de la consommation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents ou exacerbés par les effets de la substance ;
- Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- Consommation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- La consommation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance ;
- L'existence d'une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
- Un sevrage est caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Un syndrome de sevrage caractéristique de la substance,

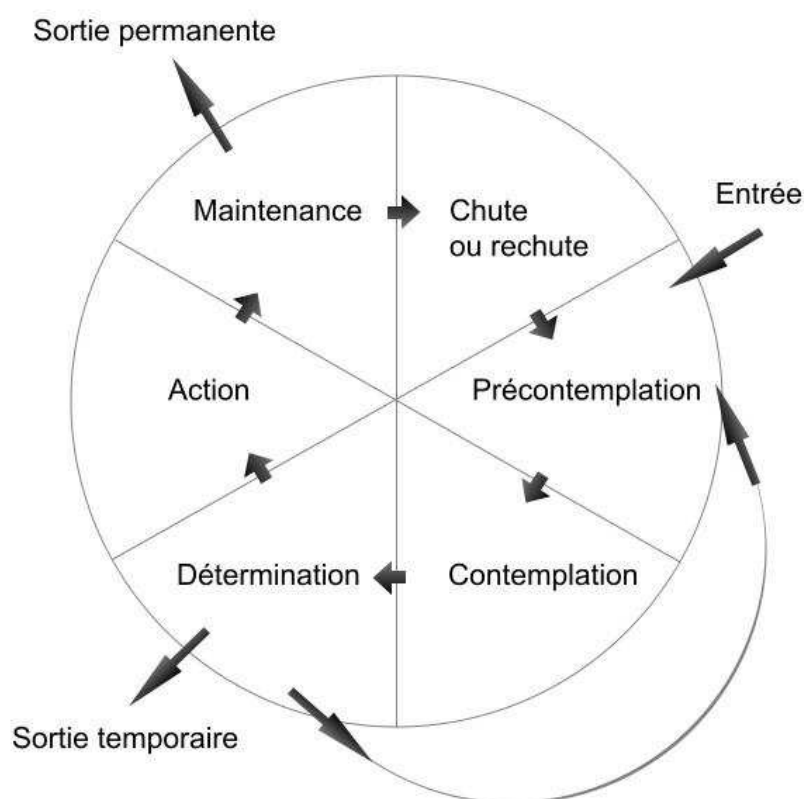
La substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

VI. Les étapes du comportement de Prochaska et Di Clemente (1992)

Le modèle transthéorique développé par Prochaska et Di Clemente est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes. Il suppose que les personnes présentant une dépendance passent par une série d'étapes de motivation avant de se sevrer. Les étapes de changement sont les suivantes :

- La pré-contemplation : aucune pensée de sevrage ;
- La contemplation : le sujet pense au sevrage ;
- La détermination : prise de décision : le sujet planifie le sevrage ;
- L'action : le sujet est activement engagé dans le dans le changement ;
- Le maintien : le sujet a fait des changements mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute.

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve (38).

Figure 1 : Les étapes du comportement de Prochaska et Di Clemente (1992)

(Source : www.intervenir-addictions.fr)

VII. Intervention Brève

L'intervention brève est une stratégie d'entretien dont le but est d'informer le patient des risques encourus, de la nécessité de changer de comportement et de le motiver dans cette direction. Le concept de repérage précoce et d'intervention brève permet d'identifier les patients à risques et de leur en faire prendre conscience. Ses effets positifs dans le domaine de l'addiction ont été démontrés dans de multiples études (39–42). Cette thérapie, dérivée de la thérapie motivationnelle, est qualifiée de brève car demande un temps très succinct afin de pouvoir être dispensée lors des consultations courantes.

Plus que les simples messages de prévention et de prise en charge de soins, il s'agit d'aider la personne à développer ses ressources et à se construire un environnement plus favorable pour s'épanouir, d'où les quatre phases : renforcement des ressources de l'environnement, repérage, évaluation et accompagnement.

Selon le psychologue américain Bien (43), les critères d'efficacité d'une intervention brève se résument par :

- Feedback : informer le patient ;
- Responsibility : le responsabiliser ;
- Advice : dispenser un conseil professionnel ;
- Menu : décider d'une stratégie thérapeutique en accord avec le patient ;
- Empathy : avoir une attitude empathique avec une écoute active, sans jugement ;
- Self efficacy : renforcer et valoriser les capacités personnelles du patient.

Les critères permettant une bonne observance sont l'empathie et l'écoute active (43).

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude et période

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique dont le recueil d'informations a été effectué entre le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} janvier 2015.

II. Population étudiée

Il s'agit de patients qui ont consulté en CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) pour une consommation problématique de cannabis.

Les CSAPA de Carvin ; Lille ; Roubaix (La trame) ; Tourcoing et Villeneuve d'Ascq ont accepté de participer à l'étude.

Les critères d'inclusions étaient les suivants :

- Patients consultant pour une problématique d'addiction concernant prioritairement le cannabis.
- Patients âgés de 18 à 65 ans.

Les critères d'exclusions étaient les suivants :

- Demande de soins en rapport avec un autre produit que le cannabis.
- Patients poly consommateurs.
- Questionnaires partiellement remplis.

III. Elaboration du questionnaire

Certaines études (44–46) ont montré les difficultés à pouvoir différencier les usages dits « récréatifs » et les usages dits « problématiques » du cannabis. Afin de détourner ces difficultés, il nous a paru intéressant de cibler les personnes qui jugent elles-mêmes avoir des difficultés avec leur consommation et/ou ayant eu un retentissement social dû à leur consommation et répondants aux critères de dépendance. Nous avons inclus les personnes se présentant spontanément pour requérir des réponses vis-à-vis de leur consommation de cannabis. Le fait de s'adresser aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie permettait de mieux cibler la population.

L'analyse de l'INSERM d'Aquatias (47) tend à montrer qu'une sous-déclaration est plus importante, concernant les consommations de cannabis et leurs effets, quand la méthode de recueil de données implique une relation avec un tiers. Cette étude(47) a également montré que les informations recueillies à l'aide d'un entretien téléphonique ou d'un auto-questionnaire sont plus neutres et donc plus fiables. L'auto-questionnaire a permis de recueillir plus librement les réponses des patients par rapport à un questionnaire téléphonique et cela permettait plus facilement de dissocier ce questionnaire de la prise en charge de soins.

Dans la littérature, il n'a pas été trouvé de questionnaire standardisé et validé explorant les retentissements professionnels d'une consommation de substance psychoactive. C'est pourquoi un auto-questionnaire a été créé spécialement basé sur les données de la littérature (Annexe).

Des études (15,48) montrent différents effets du cannabis sur le milieu de travail comme le niveau d'engagement au travail avec notamment l'absentéisme répété de courte durée, des troubles de la concentration, le manque de productivité, des accidents, des fautes, des tensions dans l'équipe de travail. Ces conséquences ont fait l'objet dans notre questionnaire d'une question à choix multiples avec un espace de rédaction libre afin de noter toute autre conséquence non répertorié sur les choix précédents.

Des études (21,49–51) sur les consommations de cannabis ont montré qu'elles concernaient plus fréquemment les salariés ayant un emploi non stable et une situation professionnelle précaire. Nous avons donc interrogé les patients sur leur statut salarial en incluant les étudiants effectuant des stages en entreprises. A la fin du questionnaire un item de rédaction libre était présent afin de recueillir les impressions des patients sur leur comportement sous l'emprise de cannabis.

Par ailleurs, il a été démontré que la durée d'action du cannabis dans le sang était de courte durée avec une moyenne de quatre heures (15). Une consommation avant la prise de poste et sur le lieu de travail était donc recherchée ainsi que sa chronicité.

Un questionnaire d'évaluation du niveau de dépendance a également été mis en place. Il s'agit du questionnaire standardisé ALAC (Annexe), questionnaire d'auto-évaluation de consommation nocive de cannabis établi par le National Health Committee de Nouvelle Zélande en 1996. Ce questionnaire a pour objectif, à travers un questionnaire validé et standardisé (52), de recueillir un score reflétant le niveau de dépendance et les principales conséquences sociales de la consommation de cannabis. Un score supérieur ou égal à 3/11 est synonyme d'une consommation problématique.

Le facteur d'insertion sociale est connu depuis longtemps (2,21) comme un facteur protecteur de dépendance aux substances psychoactives. Considérant cela, un questionnaire complémentaire a été élaboré pour recueillir des informations médico-sociales (Annexe).

Ces informations complémentaires correspondent aux informations médico-sociales demandées systématiquement par le personnel soignant des CSAPA lors de toute prise en charge addictologique. Ce questionnaire a donc été complété par le personnel soignant lors de la prise en charge. Cette procédure permettait obtenir les informations en évitant une répétition lors du questionnaire. Le personnel des CSAPA sont des soignants formés en psychiatrie. Cela permettait aussi d'avoir un avis objectif d'une personne formée sur les comorbidités psychiatriques.

IV. Recueil de données

L'étude était présentée à l'ensemble des patients se présentant en CSAPA pour une problématique d'addiction au cannabis. Il leur était ensuite proposé, sur la base du volontariat, de remplir les questionnaires lors de la première consultation spécifique à ce problème d'addiction.

Les informations étaient récoltées, après lecture d'une lettre d'information et signature d'un consentement éclairé écrit de la part du patient. Le recueil s'est effectué grâce un auto-questionnaire rempli par le patient ainsi que par un questionnaire ALAC. Un recueil de certaines informations complémentaires médico-sociales était effectué par le professionnel de santé recevant le patient.

Chaque patient n'a été inclus qu'une seule fois.

Une adresse mail a été spécialement créée afin de pouvoir recueillir les rectifications, refus ou objections des patients.

Cette étude a préalablement fait l'objet d'une déclaration au Centre National d'Informatique et de Liberté sous le numéro 1726898 v 0 en date du 09/12/2013.

L'auto-questionnaire est composé de deux parties.

La première s'intéresse à la consommation du produit en lui-même, ainsi qu'aux habitudes de consommation et de mésusage des autres substances psychoactives. Pour cela, le patient est interrogé sur ses précédentes tentatives d'arrêt et ses principales motivations concernant la demande de soins. Les coaddictions sont ensuite recherchées ainsi que les traitements psychoactifs actuels.

La seconde partie interroge sur l'aspect professionnel et sur les retentissements sur cet aspect de la consommation de cannabis. Le statut salarial est recherché ainsi que le caractère sécuritaire du poste. Le patient est ensuite questionné sur des retentissements de sa consommation au poste de travail à travers une question à choix multiples ainsi qu'une rubrique libre. Les retentissements de type accident(s), de faute(s), de troubles de concentration, de problèmes relationnels, de manque de

productivité et d'absences répétées sont ainsi repris à travers les choix multiples. La perte d'emploi est recherchée. Ensuite les habitudes de consommation pendant ou avant la prise de poste sont recherchées.

Le patient est, par la suite, interrogé pour savoir si sa consommation a déjà été abordée lors d'une visite avec le médecin du travail.

Il est enfin demandé au patient de décrire son comportement sous l'emprise du cannabis dans une rubrique libre.

Un second questionnaire a également été mis en place. Il s'agit du questionnaire standardisé ALAC, questionnaire d'auto-évaluation de consommation nocive de cannabis établi par le National Health Committee de Nouvelle Zélande en 1996. Un score supérieur ou égal à 3/11 est synonyme d'une consommation problématique.

Enfin un questionnaire d'informations complémentaires d'ordre médico-administratives sur le patient était complété par le soignant qui accueillait le patient. Dans ce questionnaire complémentaire, le personnel soignant indiquait les informations telles que le sexe et la date de naissance du patient, ainsi que la situation familiale. L'objectif de la demande de soins ainsi que la présence de comorbidité(s) psychiatrique(s) connue(s) étaient recherchés avec ce questionnaire complémentaire.

Le questionnaire a fait l'objet de remaniements après avoir été soumis aux avis de 12 patients hospitalisés dans le service d'addictologie du CHRU de Lille et ayant des consommations de cannabis.

V. Analyses statistiques

La saisie des données s'est faite via le logiciel Excel 2010.

Les variables quantitatives sont décrites grâce au calcul des moyennes, des médianes, des écarts-type, et des pourcentages.

Pour les variables qualitatives la modalité « oui » a été choisie pour la transformation en résultats binaires afin de les présenter en pourcentages.

Les associations de variables ont été réalisées grâce à une analyse bivariée entre une variable quantitative (score ALAC) et des variables qualitatives grâce à un test de comparaison de moyen, plus précisément un test non paramétrique de Spearman.

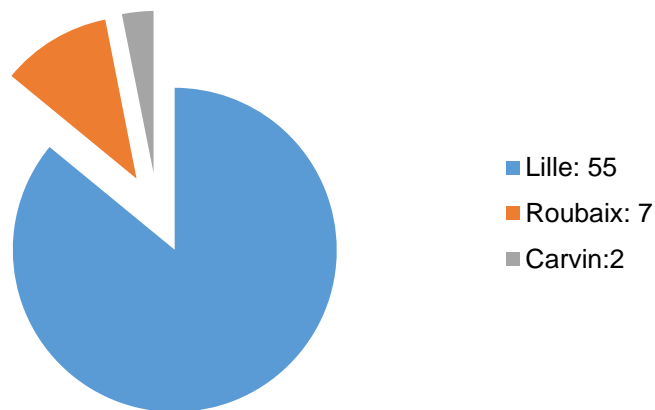
La significativité a été testée grâce à un test non paramétrique de Wilcoxon indépendant.

Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

RESULTATS

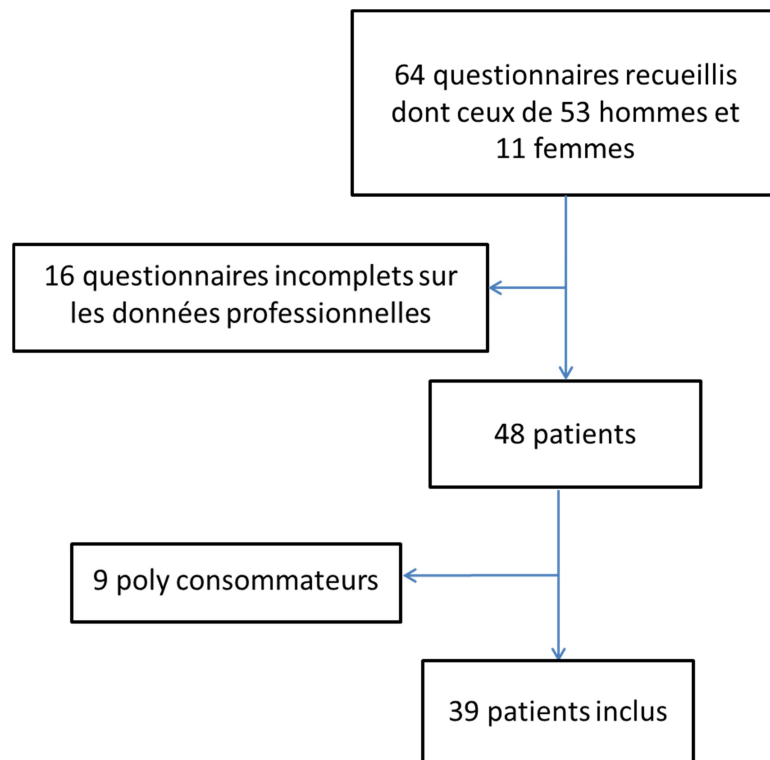
Au total, 64 questionnaires ont été recueillis. La répartition est la suivante :

Figure 2 : Répartition par centre



I. Flow Chart

Figure 3 : Flow chart



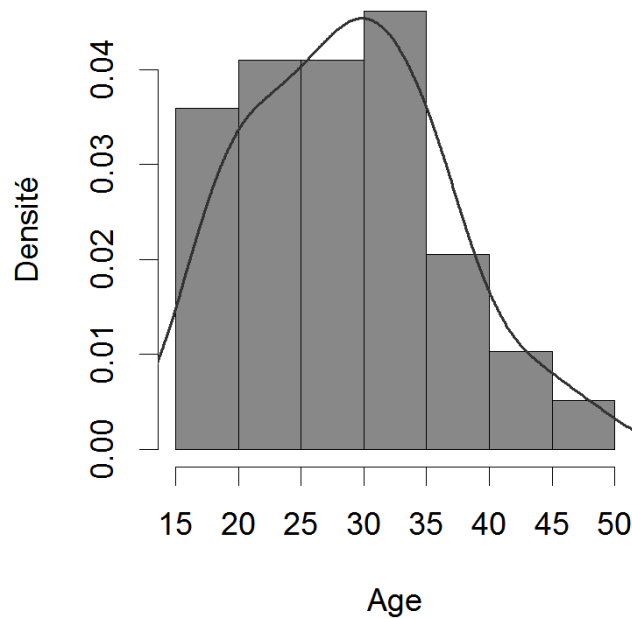
II. Analyses descriptives

A. Caractéristiques personnelles de la population étudiée

Un total de 39 questionnaires a été analysé.

L'âge moyen est de 28,7 ans (26,2-31,2).

Figure 4 : Pyramide des âges de la population incluse



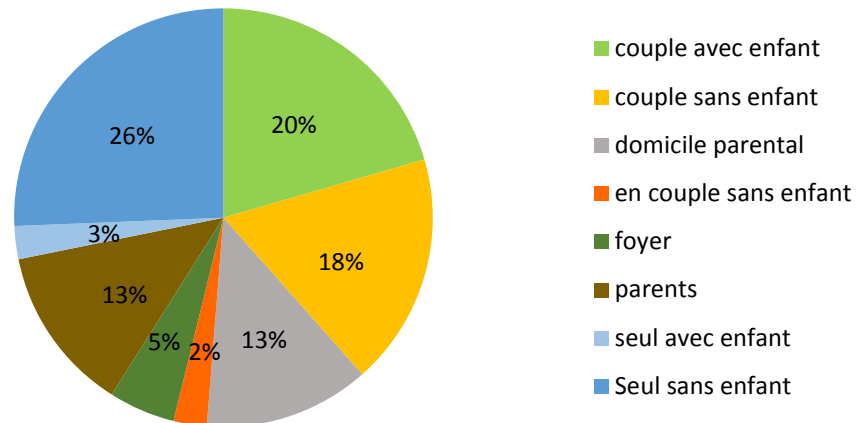
La majorité des patients sont des hommes (n=33 soit 84,6%).

Concernant leur situation familiale (figure 5):

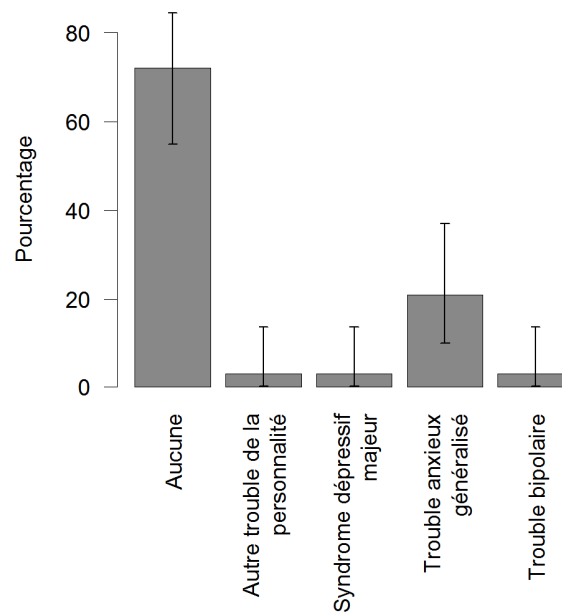
- 11 vivent seuls sans enfant à charge soit 28% ;
- 16 en couple (soit 41 %) dont huit avec des enfants à charge (soit 20,5%) ;
- Dix patients vivent encore au domicile parental soit 25,6% ;

- Deux patients se situent dans des situations précaires et vivent en foyer soit 5%.

Figure 5 : Situation familiale de la population étudiée

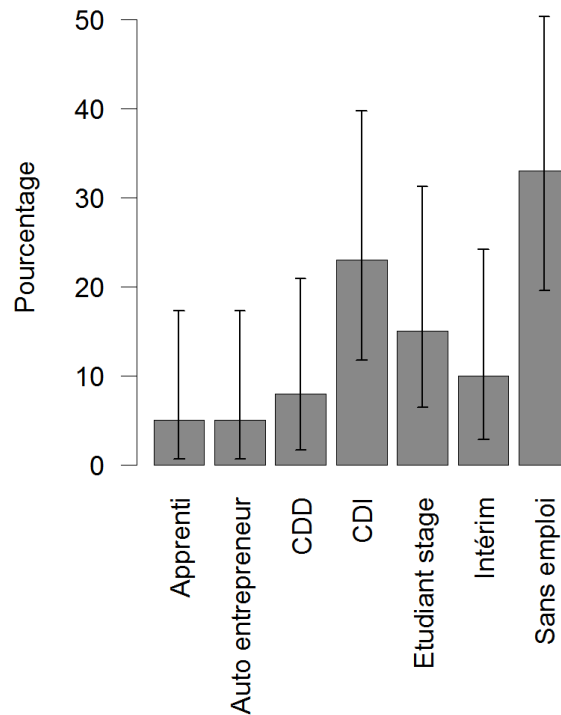


La plupart des patients ne présente pas de comorbidités psychiatriques. Il a été retrouvé pour quatre d'entre eux un trouble anxieux généralisé (soit 10% de la population), ainsi qu'un homme présentant un syndrome dépressif majeur, un présentant un trouble bipolaire et un présentant un autre trouble de la personnalité connu. Sur les six femmes en demande de soins concernant leur consommation de cannabis, quatre présentent un trouble anxieux généralisé.

Figure 6 : Comorbidités psychiatriques de la population incluse

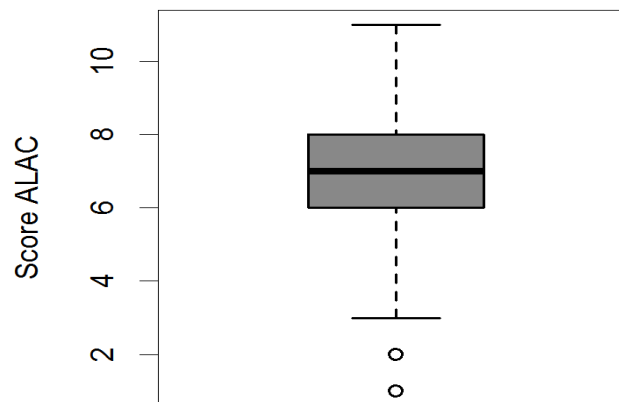
B. Caractéristiques professionnelles

Parmi les 39 patients, la majorité est insérée sur le plan professionnel (n=26 soit 66,6%). Trois d'entre eux disposent d'un CDD, neuf d'un CDI, quatre sont intérimaires, un en apprentissage, six en stage durant leurs études, deux gérants d'entreprise et une personne en congé individuel de formation. Ils sont 11 à se définir comme occupant un poste de sécurité soit 28%.

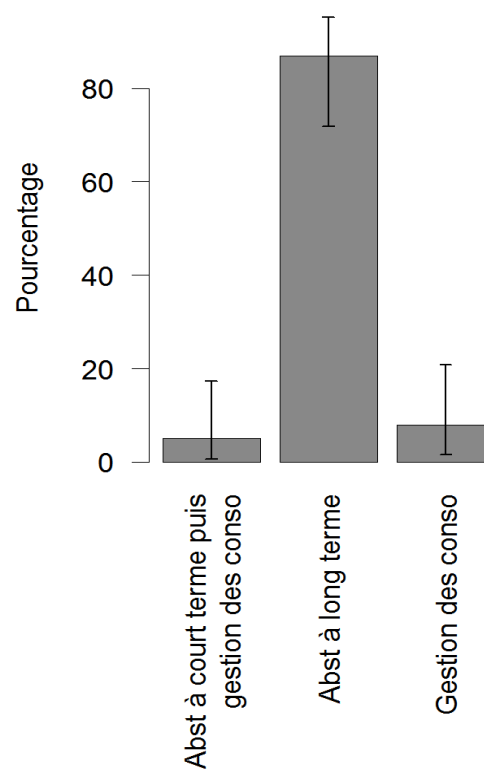
Figure 7 : Statut salarial de la population étudiée

C. Caractéristiques liées à la consommation

L'échelle de dépendance standardisée ALAC retrouve une dépendance moyenne de 6,7 sur 11 (5,9-7,5). Pour rappel, un score supérieur ou égal à 3/11 est synonyme d'une consommation problématique. Il faut noter que 3 patients présentent un score inférieur à 3, ce qui représente 7,6% de la population.

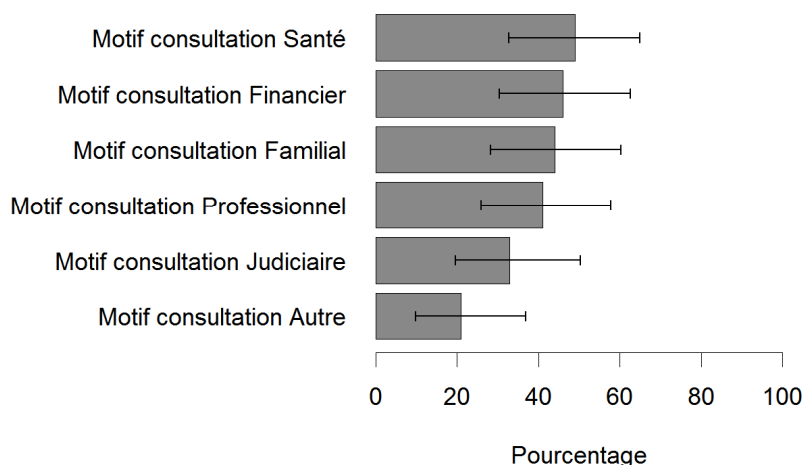
Figure 8 : Score ALAC de la population étudiée

Parmi ces 39 patients ayant consulté pour leur consommation problématique de cannabis, il faut souligner que cinq d'entre eux ne sont pas dans une démarche de sevrage total mais ont comme objectif à long terme la gestion de leur consommation.

Figure 9 : Objectifs de consommation de la population incluse

Les principaux motifs de consultation pour la consommation problématique de cannabis sont dans l'ordre d'importance les raisons de santé: 49% (32,7-64,9), suivies des raisons financières : 46%(30,4-62,6), viennent ensuite les motifs familiaux : 44%(28,2-60,2) puis seulement professionnels en 4^{ème} position avec 41%(25,9-57,8).

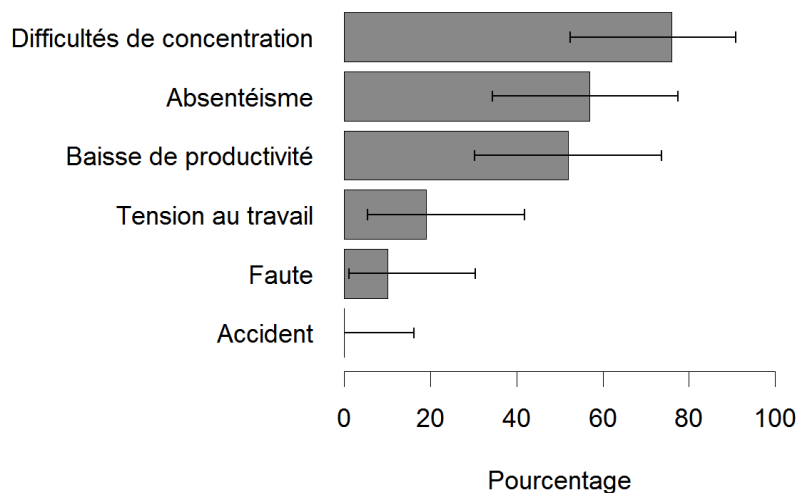
Figure 10 : Motifs de consultation de la population étudiée



Un tiers (n=13) de patients participant à l'enquête le font pour une raison judiciaire.

On remarque qu'il s'agit d'une première consultation pour la consommation de cannabis pour une majorité de patient (n=29 soit 74%). Seuls trois (7,6%) n'ont jamais fait de tentative de réduction ou de sevrage par eux-mêmes. Parmi les 36 (92%) ayant essayé, seul six (15%) ont réussi à effectuer une diminution de leur consommation sans pour autant arriver à une abstinence complète.

Chez la majorité des personnes interrogées il est retrouvé des difficultés professionnelles en lien avec la consommation de cannabis (n=21 soit 53,8%). Parmi celles-ci, les troubles de la concentration (n=16 soit 41%) sont les plus citées, suivis des absences répétées (n=12 soit 30,7%) et du manque de productivité (n=11 soit 28%). Enfin quatre (10%) d'entre eux décrivent l'existence de tensions dans l'équipe et deux (5%) l'apparition de fautes dues à leur consommation. Aucune autre répercussion professionnelle n'a été citée dans le champ libre créé à cet effet.

Figure 11 : Difficultés professionnelles rencontrées dans la population étudiée

Parmi les 21 personnes décrivant des difficultés professionnelles, la moitié d'entre elles décrivent une perte d'emploi ou d'opportunité dans leur vie professionnelle :

Tableau 1 : Perte d'emploi ou perte d'opportunité professionnelle due à la consommation

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
<i>Non</i>	28	72	[54,9 - 84,45]
<i>Oui</i>	11	28	[15,55 - 45,1]
<i>Total valides</i>	39	100	-

Trente patients (soit 77%) consomment du cannabis durant les horaires de travail et 13 (33%) décrivent cela comme un comportement habituel.

La consommation avant la prise de poste est retrouvée chez 34 des 39 patients (soit 87%) et parmi ces derniers, 18 (46%) décrivent cela comme un comportement habituel.

III. Analyses Bivariées

Nous avons recherché des liens entre le degré de dépendance (à travers le score ALAC) et les caractéristiques liées au mode de vie. Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre l'âge ou le sexe et le degré de dépendance.

Un lien significatif a été retrouvé entre le score ALAC et la situation maritale. Le score moyen de l'échelle ALAC est plus bas chez les patients en couple que ceux ne l'étant pas.

Tableau 2 : Situation d'être en couple de la population étudiée

	Non	Oui
<i>Effectif</i>	11	16
<i>Moyenne</i>	7,636	6,188
<i>Ecart type</i>	1,748	2,073
<i>Minimum</i>	4	1
<i>Médiane</i>	8	7
<i>Maximum</i>	9	9

Test non paramétrique de Wilcoxon indépendant : $p = 0,0394$

Un lien significatif a été retrouvé entre l'échelle de dépendance ALAC et les difficultés professionnelles en lien avec la consommation.

Tableau 3 : Lien entre score d'ALAC et la rencontre de difficultés professionnelles

	Non	Oui
<i>Effectif</i>	18	21
<i>Moyenne</i>	5,5	7,81
<i>Ecart type</i>	2,572	1,436
<i>Minimum</i>	1	5
<i>Médiane</i>	6	8
<i>Maximum</i>	9	11

Test non paramétrique de Wilcoxon indépendant : $p = 0,0032$

Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre l'échelle de dépendance ALAC et la perte d'emploi ou d'opportunité professionnelle.

Tableau 4 : Lien entre score ALAC et la perte d'emploi ou perte d'opportunité professionnelle

	Non	Oui
<i>Effectif</i>	28	11
<i>Moyenne</i>	6,321	7,818
<i>Ecart type</i>	2,465	1,537
<i>Minimum</i>	1	5
<i>Médiane</i>	7	8
<i>Maximum</i>	9	11

Test non paramétrique de Wilcoxon indépendant : $p = 0,132$

DISCUSSION

I. Principaux résultats

Au total, nous avons donc une population de 39 personnes.

La population étudiée est principalement masculine (84,6%) avec un âge moyen de 28,7 ans. La majorité des patients inclus (41%) vivent en couple, dont la moitié avec des enfants à charge. Le reste des patients vivent soit seuls sans enfant à charge (28%) ou dépendent du domicile parental (25,6%). Une minorité (5%) se situe dans une situation précaire et sont hébergés en foyer.

La plupart des patients ne présente pas de comorbidités psychiatriques. Quatre patients souffrent de troubles anxieux généralisés et il a été retrouvé des cas isolés de syndrome dépressif, trouble bipolaire et trouble de la personnalité chez trois patients différents.

Les principaux motifs de consultation sont les raisons de santé, les raisons financières, les motifs familiaux. Les motifs professionnels interviennent en quatrième position cités par 41% de la population.

La population étudiée est majoritairement insérée dans la vie professionnelle avec deux tiers d'actifs.

Parmi les patients, ils sont onze (28%) à se définir comme occupant un poste de sécurité.

Des difficultés professionnelles en lien avec la consommation de cannabis sont retrouvées chez une majorité de patients (53,8%). Les principales sont les troubles de la concentration (41%), les absences répétées (30,7%), le manque de productivité (28%). De façon moins importante sont également citées l'existence de tensions dans l'équipe (10%) et la réalisation de fautes (5%).

Parmi les patients décrivant des difficultés professionnelles, onze (28%) décrivent une perte d'emploi ou d'opportunité dans leur vie professionnelle.

Nous retrouvons chez une majorité de la population étudiée (77%) une consommation durant le poste de travail, cela est décrit comme un comportement

habituel chez un tiers de la population (33%). Chez un plus grand nombre encore il est retrouvé une consommation avant la prise de poste (87%), cela est décrit comme habituel chez plus de la moitié de ces personnes (46%).

L'échelle de dépendance ALAC retrouve une dépendance moyenne de 6,7 sur 11.

On retrouve un lien significatif entre le score de dépendance standardisé ALAC et la situation maritale. L'existence d'une vie familiale est en lien avec un score ALAC faible.

Un lien significatif est également retrouvé entre le niveau de dépendance (score ALAC élevé) et des difficultés professionnelles.

II. Comparaison des résultats aux données de la littérature

Le faible nombre de questionnaires analysés ne permet pas d'étendre les conclusions à la population générale de personnes dépendantes au cannabis. Cependant, nous pouvons discuter de ces résultats.

La population étudiée est majoritairement insérée dans la vie professionnelle avec deux tiers d'actifs, comme cela a été retrouvé dans les études s'intéressant à la même population de Guillem (67% actifs ou étudiants) et d'Obradovic (68% actifs parmi les 23-25 ans et 78% parmi les 26-28 ans) (5,49).

Le score de dépendance standardisé ALAC retrouve une dépendance moyenne de 6,7 sur 11, ce qui prouve le statut de consommation problématique vis-à-vis de la substance. Cela correspond également à la description des usagers de cannabis vus en consultation spécialisée décrite dans l'étude de Guillem (5). Il est à noter que trois patients présentaient un score ALAC inférieur à trois, ne permettant pas de conclure sur une consommation problématique par ce questionnaire.

Les résultats retrouvent une majorité d'hommes (84,6%) dépendants au cannabis. La population étudiée est jeune (âge moyen de 28,7 ans) et n'est pas en situation de précarité sociale. Ces résultats sont concordants avec la majorité des études s'intéressant à la même population de personnes dépendantes au cannabis ou aux SPA, comme dans les études de Guillem (5) (âge moyen de 27,5 ans), de Tellier (51) et de Obradovic (49) (âge moyen de 21 ans et 2 mois). L'âge moyen inférieur à 30 ans est également retrouvé dans l'étude de Lhermitte (50) sur les travailleurs consommant du cannabis. Ces caractéristiques se retrouvent également dans les différentes études étudiant les salariés qui consomment du cannabis (8,17,20).

En ce qui concerne les comorbidités psychiatriques associées, la majorité des patients présentait des troubles anxieux, et des troubles de l'humeur. Ces comorbidités psychiatriques sont les mêmes que celles retrouvées dans l'étude de Guillem (5) s'intéressant aux usagers de cannabis vus en consultation spécialisée.

Les principaux motifs de consultation sont par ordre d'importance : les raisons de santé, les raisons financières, les motifs familiaux. Les motifs professionnels se situent en quatrième position des motifs de consultation avec seulement 41% de réponses. A notre connaissance ces données n'ont pas été explorées dans d'autres études afin de permettre une comparaison. Une étude de Beck (53) explore les motifs de non consommation de cannabis chez des personnes en ayant déjà consommé au cours de leur vie mais n'ayant pas eu d'usage au cours des 12 derniers mois. Le principal motif avancé dans cette étude est le désintérêt pour 78,8% des personnes interrogées. De façon moins fréquente viennent ensuite le fait de ne pas avoir aimé la fois précédente, l'absence d'opportunité de consommer, les raisons de santé, le caractère illicite, ne plus ressentir de plaisir, se trouver trop vieux, peur de la dépendance et décalage par rapport au milieu social.

Il est à noter le nombre important de patients consultant pour raison judiciaire (n=13 soit un tiers de la population étudiée). Ces personnes ne se situant pas dans une démarche volontaire de soins, les réponses sur leur consommation et ses répercussions ont pu être minimisées dans l'objectif de satisfaire plus vite leur obligation de soins ou parce que les patients se situent encore dans une phase de déni de ces conséquences. D'ailleurs deux des trois personnes présentant un score d'ALAC inférieur à trois, consultaient en raison d'un motif judiciaire.

Les résultats retrouvés (troubles de la concentration, absences répétées, manque de productivité, tensions dans l'équipe et fautes) correspondent aux données de la littérature existantes. La majorité des consommateurs sont des hommes et l'ensemble des catégories socioprofessionnelles sont concernées (5,7,20,44,), même si il existe des différences selon les secteurs d'activité. Comme dans l'étude de Guillem (5), la majorité des patients interrogés sont en situation de célibat sans enfant à charge.

La consommation quantitative de cannabis n'a pu être demandée de façon précise car les modes de consommation sont variables ainsi que la teneur en THC des différents produits (huile, résine, herbe...).

La majorité des patients de notre étude est insérée dans le milieu professionnel, cela est également retrouvé dans l'étude de Guillem et al (49).

Le type de poste exact et le secteur d'activité occupé selon un code standardisé type NAF, n'a pas pu être demandé. Les salariés n'ont que peu connaissance des codes standardisés, présents sur les documents officiels relatifs à leur emploi (type fiches de paie) et le fait de devoir fournir des documents officiels pour une première consultation liés à l'usage de produits illicites aurait pu entraver la démarche de soins.

La subjectivité de certaines réponses comme les répercussions professionnelles et le fait d'occuper un poste de sécurité doit également être signalée. Ces données étant très difficilement vérifiables, elles ne peuvent être élargies à la population générale. En effet, les consommateurs ont pu rencontrer des difficultés professionnelles telles que par exemple le manque de productivité ou la présence de tensions dans l'équipe et ne pas s'en être rendus compte puisqu'étant sous influence. De même, ils qualifient peut-être leurs postes de travail comme postes de sécurité, alors que ces postes ne sont pas considérés comme tels par l'employeur ou par leur médecin du travail.

Il n'existe pas de définition générale pour déterminer un poste de sécurité. Ces derniers se définissent comme décrits comme tels par l'employeur dans le règlement intérieur. D'autres pays ont prévu une définition de ces postes dits de sécurité. En Belgique, l'arrêté royale du 28 mai 2003 décrit les postes de sécurité comme tout poste de travail pour lequel il y a utilisation d'équipements, la conduite de véhicules à

moteur, grues..., ou machines mettant en action des installations ou appareils dangereux, ou encore le port d'armes, lorsque la sécurité ou la santé d'autres salariés de l'entreprise ou d'une autre pourraient être mise en danger (54). Au Luxembourg, les postes de sécurité sont ceux qui sont dangereux pour le salarié lui-même, ou qui sont sources de potentiels dangers pour d'autres travailleurs ou d'autres personnes (article L326-4 du code de travail Luxembourgeois).

En France, en pratique, un poste à risque est tout poste exposant le salarié à un risque de maladie professionnelle, à un risque spécifique d'accident professionnel sur le lieu de travail, à des agents physiques ou biologiques pouvant nuire à sa santé, ou à des agents cancérigènes. Un poste de sécurité peut être tout poste comportant une activité pouvant mettre gravement en danger la sécurité ou la santé d'autres salariés, ou d'autres personnes. Il s'agit aussi de tout poste contrôlant une installation dont la défaillance peut mettre gravement en danger la sécurité et la santé de salariés ou d'autres personnes. Cependant l'ébauche d'une définition réglementaire est apparue depuis peu avec la loi du 8 août 2016 et l'article 4624-2. – I. du Code du Travail instaurant que « Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé. » (55)

Face à ces difficultés de définition du poste de sécurité, nous avons choisi d'indiquer dans le questionnaire une liste non exhaustive d'éléments pouvant aider à sa caractérisation (poste de sécurité défini comme tel par l'entreprise, conduite de machines ou de véhicules, responsabilité envers d'autres personnes...).

Nous constatons que 28% (n=11) des 26 patients en activité de notre étude se sont définis comme occupant un poste de sécurité. Ce fort taux est également retrouvé dans la littérature. Dans l'enquête de B. Fontaine menée en 1995 sur 1976 salariés (8), 17,6% des salariés étaient contrôlés positifs au dépistage urinaire de cannabis et dans les postes de sécurité ce pourcentage atteignait les 40%. Le cannabis était la seconde substance psychoactive la plus fréquemment retrouvée dans les urines. Dans une autre étude menée en 2001 (56) sur 313 chauffeurs poids lourds qui étaient préalablement prévenus du dépistage lors de leur prochaine visite médicale, dix pour cent se sont désistés et le dépistage s'est révélé positif au cannabis pour 11% des chauffeurs vus en consultation. Dans l'étude de Lhermitte (50), 3,2 % des

conducteurs ayant eu un accident de travail se sont révélés positifs au cannabis ainsi que 5,7% des conducteurs ayant eu un accident de trajet domicile-travail. D'après cette même étude, le fait de conduire sous influence de cannabis multiplie par 1,8 le risque d'être responsable d'un accident.

Dans une autre étude de Mura effectuée sur 900 conducteurs (57), 10% des conducteurs étaient positifs au cannabis et le risque d'avoir un accident sous l'emprise du cannabis a été retrouvé comme étant multiplié par 2,5.

Les principales difficultés professionnelles retrouvées dans notre étude sont les troubles de la concentration, les absences répétées et les troubles relationnels. Ce sont les mêmes répercussions qui semblent ressortir de la synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel réalisée par l'OFDT en 2015 (9). Aucune autre répercussion professionnelle n'a été citée dans le champ libre créé à cet effet. Peut-être aurait-il fallu élargir les réponses à choix multiples dans le questionnaire mais nous n'avons pas d'autres éléments de conséquences professionnelles dans la littérature.

Des études (12,58,59) confirment que la consommation de cannabis affecte le maintien de l'attention et perturbe l'attention divisée et l'attention sélective. Ainsi les données indiquent que les consommateurs de cannabis sont facilement distraits et présentent des difficultés à sélectionner l'information pertinente et à filtrer les informations non pertinentes. D'autres études (2,48,60) montrent que cette consommation provoque un syndrome amotivationnel, une majoration des syndromes anxieux et dépressifs entraînant des absentéismes répétés de courte durée et des retard fréquents. L'étude de Hache retrouve également une diminution de la qualité du travail et de la production. Tous ces facteurs influencent les relations de travail que les salariés peuvent avoir avec leur hiérarchie mais aussi avec leurs collègues proches, particulièrement lors du travail en équipe. Une autre étude (13) retrouve de façon significative chez les expérimentateurs et les consommateurs réguliers de cannabis une diminution de l'implication au travail.

Notre étude retrouve également une part importante de consommation pendant ou avant le poste de travail, cela avait déjà été retrouvé dans d'autres études (8,9).

Onze patients (28%) de notre étude décrivent une perte d'emploi ou d'opportunité professionnelle en lien avec leur consommation de cannabis. Les données de la

littérature ne permettent pas de confirmer cette relation causale. Il est à noter cependant que dans différentes études (49,61) la consommation de cannabis chez les chômeurs est retrouvée plus importante que chez les actifs.

L'ensemble de ces conséquences de la consommation de cannabis au travail peut avoir des implications sur la santé publique et la sécurité. Le médecin du travail a alors toute sa place en tant que conseiller privilégié du salarié et de l'employeur afin d'axer l'entreprise sur la prévention et d'orienter vers le soin le salarié.

III. Perspectives

Notre étude a permis de montrer que :

- Il existe des difficultés professionnelles en lien avec consommation de cannabis telles que des troubles de la concentration, des absences répétées, un manque de productivité et des tensions dans l'équipe ;
- Beaucoup de consommateurs présentant un score d'ALAC supérieur ou égal à trois consomment pendant ou avant le travail ;
- Il existe un lien entre la présence de difficultés professionnelles et le score d'ALAC.

Pour répondre aux recommandations de bonne pratique émises par la SFA/SFMT, et pour respecter leur obligation réglementaire vis-à-vis de la loi du 20 juillet 2011, les médecins du travail doivent rechercher une consommation de cannabis. Si elle est présente, ils doivent rechercher de façon systématique le niveau de dépendance (exemple : échelle ALAC), les difficultés professionnelles en lien avec la consommation, et les habitudes de consommation avant ou pendant le travail.

Cela peut se faire via le principe des interventions brèves pour agir sur les stades de pré-contemplation, de contemplation et de maintenance décrits par Prochaska et Di Clemente.

Il pourrait être intéressant de développer ce genre d'étude et d'organiser des recueils plus systématisés des informations concernant la consommation de cannabis pour répondre aux objectifs du plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Pour promouvoir et renforcer un environnement professionnel favorable, le médecin du travail a toute sa place en tant que conseiller de l'entreprise vis-à-vis de sa démarche de prévention.

Lors du colloque singulier de la consultation médicale en Santé Travail, un repérage des consommations doit être réalisé. Il doit être accompagné d'une aide au repérage des signaux d'alerte, des pratiques à risques et des éléments délétères de l'environnement. Grâce à l'investigation systématique des consommations et de leurs déterminants professionnels, ces mesures participeraient à la mise en œuvre des actions de prévention et de réduction des dommages. Cela permettrait d'encourager la pratique de l'intervention brève et la prise en charge des soins grâce au travail avec les relais que sont les CSAPA. Cela sous-entend un prérequis indispensable : une formation au repérage précoce et à l'intervention brève des médecins du travail.

Ainsi, nous recommandons aux médecins du travail d'effectuer un test d'ALAC chez tous les salariés consommateurs de cannabis. Si ce dernier est supérieur ou égal à 3, une recherche des répercussions professionnelles telles que les troubles de la concentration, les absences ou retards répétés, les difficultés relationnelles doivent être recherchées. Une intervention brève sera ensuite débutée en rappelant au salarié le caractère illicite de la substance, le risque augmenté d'accidents de la route et les conséquences professionnelles que cette consommation peut engendrer. Cela correspond aux premières étapes de l'intervention brève que sont le feedback, la responsabilisation et le conseil. Les coordonnées du CSAPA du secteur du salarié pourront ainsi lui être remises afin qu'il puisse engager ses démarches de soins. Enfin, un engagement du salarié vers une démarche de soins pourra être contrôlé lors de son suivi en Santé au travail.

CONCLUSION

Même si la présence d'une activité professionnelle reste un facteur de protection contre les addictions de façon générale, la consommation de cannabis dans le monde du travail est de plus en plus fréquente.

Notre étude a confirmé que la dépendance au cannabis concernait les gens ayant une activité professionnelle et que l'ensemble des catégories socio-professionnelles étaient concernées y compris pour les postes dits de sécurité. Ces données se confirment par plusieurs études déjà réalisées.

Il est à noter que les répercussions professionnelles engendrées par la consommation de cannabis ne sont pas négligeables (troubles de la concentration, absences répétées, manque de productivité, existence de tensions dans l'équipe et fautes). Cela est en lien avec le score standardisé de dépendance ALAC.

Il paraît donc pertinent en consultation de Santé Travail d'interroger les consommateurs de cannabis sur leur niveau de dépendance via le questionnaire standardisé ALAC et sur les possibles répercussions professionnelles telles que la survenue d'un accident ou de fautes, des troubles de la concentration, des tensions dans l'équipe, une baisse de productivité ou des absences répétées.

De même, interroger tout consommateur de cannabis sur la prise de produit avant ou pendant le poste de travail semble primordial au vu des données sur les répercussions directes et indirectes.

Il pourrait être intéressant de poursuivre ce type d'étude afin d'identifier au mieux les indicateurs professionnels d'alerte.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cannabis : évolution de l'usage au cours de la vie parmi les 18-44 ans - OFDT [Internet]. [cité 18 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/cannabis-evolution-de-l-usage-au-cours-de-la-vie-parmi-les-18-44-ans/>
2. Demaret I, Born M, Lemaître A. Chapitre 8. Les effets sociaux du cannabis. *PSY-Émotion Interv Santé*. 1 oct 2010;171-93.
3. N° 1432 tome VI - Avis sur le projet de loi de finances pour 2014 (n°1395) [Internet]. [cité 19 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/plf2014/a1432-tVI.asp>
4. Barnwell SS, Earleywine M, Wilcox R. Cannabis, motivation, and life satisfaction in an internet sample. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 12 janv 2006;1(1):2.
5. Guillem E, Pelissolo A, Vorspan F, Bouchez-Arbabzadeh S, Lépine J-P. Facteurs sociodémographiques, conduites addictives et comorbidité psychiatrique des usagers de cannabis vus en consultation spécialisée. *L'Encéphale*. juin 2009;35(3):226-33.
6. Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc J-L. Profil de consommation de substances psychoactives dans le milieu du travail : résultats de l'enquête «Mode de Vie et Travail ». *Thérapie*. mars 2011;66(2):155-65.
7. Fontaine A. Des usagers de drogues qui travaillent ou des salariés qui se droguent ? *VST - Vie Soc Trait*. 27 oct 2008;n° 98(2):42-51.
8. Fontaine B, Toxicomanies et Travail GR. Substances psychoactives et travail. Approche épidémiologique. *Ann Toxicol Anal*. 2002;14(1):10-4.
9. Synthèse revue de littérature addictions en milieu professionnel - OFDT [Internet]. [cité 7 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/?CID=801>
10. Walocha D, Villegier P, Chevalier C, Dumont D, Druet-Cabanac M. Cannabis et travail : Prévalence des différents usages. *Alcoologie Addictologie*. 2008;30(2):147-54.
11. Lutz G. Pratiques addictives en milieu de travail : impasses du concept et nouvelles perspectives. *Psychotropes*. 2015;21(1):13.
12. Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *Lancet*. 14 nov 1998;352(9140):1611-6.
13. Hyggen C. Does smoking cannabis affect work commitment? *Addiction*. 2012;107(7):1309-1315.
14. Nisse C, Deveaux M. Addiction et milieu professionnel. *Ann Toxicol Anal*. 2002;14(1):1-2.
15. Macdonald S, Hall W, Roman P, Stockwell T, Coghlan M, Nesvaag S. Testing for cannabis in the work-place: a review of the evidence. *Addiction*. 1 mars 2010;105(3):408-16.
16. Nézet L. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. 2015 [cité 7 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.ateliersantevilleparis19.fr/wp-content/uploads/2013/07/Tendance-100-escapad-2014.pdf>

17. 6ème édition - 2015 - OFDT [Internet]. [cité 20 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/6eme-edition-2015/>
18. Orset C, Sarazin M, Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatareviews12503274006800015](http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/reviews/12503274006800015) [Internet]. 15 févr 2008 [cité 2 déc 2014]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/73889/resultatrecherche/1>
19. Labat L, Fontaine B, Delzenne C, Doublet A, Marek MC, Tellier D, et al. Prevalence of psychoactive substances in truck drivers in the Nord-Pas-de-Calais region (France). *Forensic Sci Int*. 30 janv 2008;174(2-3):90-4.
20. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat J-L, Bonnet F. [Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: a national survey]. *Ann Fr Anesthésie Réanimation*. mai 2005;24(5):471-9.
21. Beck F, Guignard R, Richard J-B. [Epidemiological news in cannabis]. *Rev Prat*. déc 2013;63(10):1420-4.
22. Frone MR. Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessments of alcohol and illicit drug use. *J Appl Psychol*. 2008;93(1):199-206.
23. Reed PL, Storr CL, Anthony JC. Drug Dependence Enviromics: Job Strain in the Work Environment and Risk of Becoming Drug-Dependent. *Am J Epidemiol*. 3 janv 2006;163(5):404-11.
24. Mossé P, Anne-Laure S. Données socio-économiques, in: Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. HAL; 2013 [cité 26 juill 2016]. Disponible sur: <http://econpapers.repec.org/paper/haljournal/halshs-01228610.htm>
25. [RPC_addictions_Travail_Mars_2013.pdf](http://www.chu-rouen.fr/sfmt/autres/RPC_addictions_Travail_Mars_2013.pdf) [Internet]. [cité 22 juill 2016]. Disponible sur: http://www.chu-rouen.fr/sfmt/autres/RPC_addictions_Travail_Mars_2013.pdf
26. Code du travail - Article L4622-2. Code du travail.
27. Haute Autorité de Santé - Le dossier médical en santé au travail [Internet]. [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: [about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fportail%2Fjcms%2Fc_757826%2Ffr%2Fle-dossier-medical-en-sante-au-travail](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_757826/fr/le-dossier-medical-en-sante-au-travail)
28. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 [Internet]. [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/priorite-2013-2017>
29. Arrêté du 24 février 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.
30. Code du travail - Article L4121-1. Code du travail.
31. Code du travail - Article L4122-1. Code du travail.
32. Code de la santé publique - Article L3421-1. Code de la santé publique.

33. Code de la santé publique - Article L3421-4. Code de la santé publique.
34. Spitzer RL, Md KK, Williams JBW. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Am Psychiatr Assoc. 1980;
35. Annexe_Critères DSM-IV_Abus_dépendance_Sevrage - annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf
36. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 1679 p.
37. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry. août 2013;170(8):834-51.
38. Outil_Modèle Prochaska et DiClemente - outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf [Internet]. [cité 20 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
39. Bertholet N, Daepfen J, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: Systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 9 mai 2005;165(9):986-95.
40. Cottencin O, Doutrelugne Y, Goudemand M, Consoli SM. Addictions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte. L'Encéphale. juin 2009;35(3):214-9.
41. Couzigou P, Vergniol J, Kowo M, Terrebonne E, Foucher J, Castera L, et al. Intervention brève en alcoologie. Presse Médicale. juill 2009;38(7-8):1126-33.
42. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ. 9 janv 2013;346:e8501.
43. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction. mars 1993;88(3):315-36.
44. Hammersley R, Jenkins R, Reid M. Cannabis use and Social Identity. 11 juill 2009 [cité 5 juin 2013];9(2). Disponible sur: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/16066350109141745>
45. Pommier F. Dépendance vis-à-vis des drogues illicites. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesin16-09801 [Internet]. [cité 16 oct 2014]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/11938/resultatrecherche/1>
46. Costes Jm , Beck F, S Legleye S, Palle C. [Epidemiology of cannabis use]. Rev Prat. janv 2005;55(1):17-22.
47. Aquatias S, Arditti J, Bailly I, Biecheler M-B, Bouaboula M, Coqus J-C, et al. Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? [Internet]. 2001 [cité 5 juin 2013]. Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1324>

48. Hache P. Pratiques addictives en milieu de travail : prévention collective. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues17758785v73i3S1775878512000550](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues17758785v73i3S1775878512000550) [Internet]. 22 mai 2012 [cité 13 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/715948>
49. OBRADOVIC I. Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005. St-Denis OFDT [Internet]. 2006 [cité 26 juill 2016]; Disponible sur: <http://www.reseauprosante.fr/files/santepublique/Consultations-cannabis-Enquete-sur-les-personnes-accueillies-en-2005.pdf>
50. Lhermitte M, Frimat P, Labat L, Haguenoer J-M. [Use of illicit substances in the workplace]. *Ann Pharm Fr.* janv 2012;70(1):3-14.
51. La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales (novembre 1999) - Série Statistiques - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 26 juill 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/la-prise-en-charge-des-toxicomanes-dans-les-structures-sanitaires-et-sociales>
52. Obradovic I. Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents [Internet]. OFDT; 2013. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxiot9.pdf>
53. Beck F, Legleye S, Spilka S. Consommation et surconsommation de cannabis : apports et limites de l'épidémiologie. *Psychotropes.* 2007;13(1):9-31.
54. Poste de sécurité - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale [Internet]. [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://www.emploi.belgique.be/detailA_Z.aspx?id=1358
55. Code du travail - Article L4624-2. Code du travail.
56. FRIMAT P, NAKACHE R. Conduites addictives en entreprises. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues1250327400670002203](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues1250327400670002203) [Internet]. 15 févr 2008 [cité 16 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/73734>
57. Mura P, Kintz P, Ludes B, Gaulier JM, Marquet P, Martin-Dupont S, et al. Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and 900 control subjects: results of a French collaborative study. *Forensic Sci Int.* 23 avr 2003;133(1-2):79-85.
58. Hermel G, Trichard-Salembier A, Université du droit et de la santé (Lille). Etude de la perception visuo-spatiale lors de tâches professionnelles et influence de la consommation de cannabis. S.l.: s.n.; 2014.
59. Solowij N. Do cognitive impairments recover following cessation of cannabis use ? *Life Sci.* 5 mai 1995;56(23):2119-26.
60. Fontaine A, Fontana C. Usages de drogues (licites, illicites) et adaptation sociale. *Psychotropes.* 1 juin 2004;Vol. 10(2):7-18.
61. Cannabis, données essentielles, Costes JM, OFDT, 2007 [Internet]. [cité 5 juin 2013]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cdecomp.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Recommandations de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Médecine du Travail

Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel

- Il est recommandé d'engager les médecins du travail à évaluer leurs connaissances et leur pratique professionnelle concernant les usages de SPA et si besoin, de se former plus avant.
- Il est recommandé aux médecins du travail d'inclure dans leur analyse non seulement le repérage des usages de SPA et de leurs conséquences sur le travail, mais aussi de prévenir les facteurs professionnels susceptibles d'initier, favoriser ou renforcer ces conduites de consommation.
- Il est recommandé aux médecins du travail d'agir comme des cliniciens du travail, des scientifiques en quête de déterminants collectifs objectifs qui interagissent avec des comportements individuels de consommation observés. Face à la complexité des nouvelles maladies mentales du travail, il est rappelé que l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail construite en expertise collective est aujourd'hui un bon moyen pour déployer une véritable démarche de prévention primaire et secondaire sur les mésusages professionnels de SPA.
- Il est recommandé d'interroger régulièrement le salarié sur l'ensemble des substances, y compris les médicaments psychotropes, face à la fréquence des polyconsommations. Dès lors qu'une consommation de SPA est identifiée, il faut envisager la possibilité de consommations associées.

- Il est recommandé d'utiliser des questionnaires validés en santé au travail ; le repérage clinique et l'entretien individuel qui l'accompagne doivent toujours précéder les autres formes de dépistage.
- Les questionnaires AUDIT et FACE sont recommandés dans une approche de repérage précoce du mésusage d'alcool.
- Il est recommandé que les médecins du travail soient en capacité de proposer systématiquement à tout salarié, quels que soient notamment son âge et son poste de travail, une évaluation clinique de sa consommation de SPA (Recommandation HAS sur le contenu du Dossier Médical en Santé Travail). Dans le cas de l'alcool, le salarié doit être informé de son niveau de risque et, le cas échéant, doit pouvoir bénéficier d'une intervention brève sur le mode motivationnel visant à réduire sa consommation ou, au minimum, se voir remettre une documentation (Recommandation de la commission d'audition pour l'HAS 2007). Cette évaluation devra être renouvelée régulièrement. Pour les autres SPA, des études de validité des interventions brèves sont recommandées.
- Le repérage de la consommation de SPA peut-être confié par le médecin du travail à un(e) infirmier(ère) en santé au travail, dans le cadre d'un protocole. Il est recommandé que l'infirmier(ère) qui participe à cette action soit préalablement formé(e) à l'addictologie et notamment aux techniques de repérage précoce avec intervention brève, formations qui devraient être intégrées aux cursus de formation initiale et continue.
- Le caractère licite ou illicite de la substance consommée ne doit pas guider l'évaluation.
- Toute demande par l'employeur d'une visite médicale auprès du médecin du travail d'un salarié qu'il suspecte de troubles liés à la consommation de SPA doit être motivée par écrit avec une description précise des circonstances de survenue et du comportement observé.

- Il est recommandé que la décision d'aptitude prononcée par le médecin du travail suite au repérage d'un mésusage de SPA prenne en compte le niveau de risque que cette consommation induit en milieu du travail, pour le salarié ou pour son entourage. Elle doit donc d'abord être guidée par la connaissance du poste du travail (en pluridisciplinarité, le cas échéant). Le maintien au poste doit être privilégié. Comme pour tout autre risque, cette décision d'aptitude doit être prise en toute indépendance. Une orientation vers un accompagnement thérapeutique ou médico-social pourra éventuellement être proposée ; elle est obligatoire en cas de découverte de pathologie avérée.
- A la date de la rédaction de ces recommandations (2012), les méthodes validées pour les SPA (alcool, cannabis, cocaïne, opiacés, phencyclidine, benzodiazépines, amphétamines, méthamphétamines et traitements de substitution aux opiacés) reposent sur le prélèvement de sang (sang total ou sérum) ou d'urine. Insuffisamment fiables, les tests salivaires ne peuvent pas être recommandés.
- Le coût d'un dépistage ne se limitant pas à une tarification des actes d'analyse, des études devraient être menées en s'appuyant sur une méthodologie rigoureuse incluant les effets potentiels des dépistages, leur fiabilité (faux positifs ou vrais négatifs), etc.
- Il est recommandé que le médecin du travail se rapproche des biologistes pour l'interprétation des résultats.
- Lorsque le traitement d'un test biologique de dépistage de consommation de SPA nécessite de recourir à un prestataire extérieur au service médical de santé au travail, il est recommandé de s'assurer de la confidentialité de l'examen à tous les niveaux de l'acheminement de l'échantillon biologique jusqu'à la transmission des résultats.
- Il est recommandé d'informer les salariés de l'entreprise, par tout moyen approprié, que toutes les informations et confidences recueillies par le médecin du travail, tout ce qu'il observe lors de l'examen clinique ainsi que tous les résultats des tests de dépistage et des examens complémentaires

qu'il prescrit (y compris ceux en rapport avec l'identification de SPA) sont couverts par le secret médical. De ce fait, les salariés ne peuvent faire l'objet d'une sanction disciplinaire en cas de positivité de la recherche de SPA.

- Hors réglementations spécifiques instaurant une médecine d'aptitude dans certaines entreprises, le dépistage biologique ne peut être systématique, même pour les postes à risques ou de sûreté ou de sécurité, y compris ceux répertoriés dans une liste élaborée par l'employeur. La décision de la pratiquer appartient au médecin du travail. La prescription de tests biologiques doit respecter le principe de consentement éclairé, qui ne doit être recueilli qu'après avoir expliqué la raison des examens demandés et leurs conséquences éventuelles selon les résultats. Le test de dépistage doit ensuite être effectué selon des protocoles respectant la personne.
- Toute participation de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail à la réalisation d'un dépistage organisé par l'employeur sur le lieu de travail est exclue. Le dépistage de SPA décidé par l'employeur doit être réalisé par lui-même ou par une personne qu'il aura désignée.
- Hors réglementation spécifique, il appartient au seul médecin du travail de décider, en toute indépendance, de la nécessité ou non de proposer un test biologique et de le prescrire. La prescription de cet examen complémentaire peut se faire au cours de toute visite médicale à l'occasion d'un signe d'appel susceptible d'évoquer une consommation de SPA, dès lors que le médecin considère que cette consommation interfère avec le poste de travail défini ou met en jeu la santé du salarié et/ou de son entourage. Il n'existe pas de raisons médicales justifiant une approche différente, y compris en visite d'embauche.
- Lorsque le médecin du travail constate dans une entreprise l'existence d'un risque au travail lié à des consommations de SPA mettant en danger la santé et la sécurité des salariés, il doit en informer l'employeur par écrit.
- Le dépistage biologique doit être perçu comme un outil d'aide à la décision. Illustré par le résultat positif d'un test de dépistage, l'aspect biologique ne peut

en aucun cas être le seul pris en compte pour limiter l'aptitude à un poste de travail.

- L'entretien clinique est fondamental et complémentaire du test biologique. Il est recommandé de rechercher systématiquement le « faux positif » (en particulier la consommation de médicaments dans le dépistage des substances illicites). En cas de discordance bioclinique, il est recommandé d'effectuer de nouvelles investigations.
- La conduite recommandée vis-à-vis du salarié dépisté positif à l'issue d'une recherche de SPA est d'évaluer le risque avec lui et de délivrer une information sur les risques de consommation de SPA. Le maintien au poste de travail doit être privilégié. La décision sera prise en fonction de l'expertise clinique, des contraintes du poste de travail et de l'environnement professionnel, en respectant le secret médical et le principe des libertés individuelles et en prenant compte le rôle intégrateur du travail. Comme pour tout autre risque, cette décision d'aptitude doit être prise en toute indépendance. Une orientation vers un accompagnement thérapeutique ou médico-social pourra éventuellement être proposée ; elle est obligatoire en cas de découverte de pathologie avérée.
- Il est recommandé que le médecin du travail, qui conseille l'employeur dans l'organisation des secours dans l'entreprise, propose par écrit des modalités de gestion des événements en matière de troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs. Le protocole d'organisation des secours établi par l'employeur doit notamment prévoir les dispositions suivantes pour des troubles du comportement en phase aiguë : ne pas laisser le salarié seul ; toujours solliciter un avis médical ; aucun raccompagnement sans autorisation médicale préalable, en prévoyant deux personnes s'il est effectué par l'entreprise ; établir un rapport écrit sur les faits et les modalités de gestion de l'évènement ; prévoir les modalités de gestion de la post-crise par l'encadrement ainsi que la sollicitation du médecin du travail.
- Il est recommandé d'appliquer aux troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA une prise en compte type « post-

crise » immédiate et à distance, comme pour tout autre trouble du comportement. Il est recommandé qu'une visite occasionnelle à la demande de l'employeur soit organisée dans les jours qui suivent l'événement et au mieux avant le retour au poste de travail. Le médecin du travail jugera de la nécessité d'un suivi médical et réévaluera la situation au travail dans le but d'un maintien dans l'emploi. Il participera avec l'équipe de travail, l'employeur et les instances représentatives du personnel à l'analyse de l'existence de risques favorisant la consommation de SPA. Il est recommandé de gérer la situation avec l'équipe de travail et si nécessaire, de renforcer la prévention.

- Le médecin du travail doit participer de manière active à l'information et à la formation sur la prévention des risques susceptibles d'être générés dans l'environnement professionnel par la consommation et le mésusage de SPA de la part d'un membre de l'entreprise. Il doit aussi communiquer sur les déterminants en lien avec le travail susceptible de favoriser ou générer une consommation de SPA. Il doit s'écarter de toute logique répressive, tout en rappelant les responsabilités de chacun des acteurs de l'entreprise dans ce domaine.

Annexe 2 : Questionnaire patient

Conséquences sur l'insertion professionnelle d'une consommation de cannabis.

1. N° d'inclusion :

2. Est-ce la première fois que vous consultez pour un problème lié au cannabis ?

Oui Non

3. Quel est la raison pour laquelle vous souhaitez arrêter ? (plusieurs réponses possibles)

Raisons de santé Obligation judiciaire
 Raisons familiale Raisons professionnelles
 Raisons financières Autre. Précisez :

4. Avez-vous déjà essayé de diminuer ou d'arrêter votre consommation seul ?

Oui j'ai essayé et j'ai réussi Oui, j'ai essayé et je n'ai pas réussi
 Non, je n'ai jamais essayé

5. Quelle quantité consommez-vous ?

6. Y-a-t-il d'autre(s) consommation(s) problématique(s) ?

Oui Non

Si oui, pour quel(s) produit(s) ?

Alcool Héroïne
 Anxiolytiques (médicaments contre les angoisses)
 Subutex, méthadone
 Autre. Précisez :

7. Prenez-vous un des traitements suivants (sans consommation problématique) ?

Subutex Méthadone

Anxiolytique (médicaments contre les angoisses)

Antidépresseur

8. Quel est votre statut salarial ?

Salarié CDD (contrat à durée déterminée) Salarié CDI (contrat à durée indéterminé)

Intérimaire

Apprentissage

Etudiants ayant déjà effectué des stages en entreprises ou des activités rémunérées durant les vacances

Etudiants n'ayant jamais effectué des stages en entreprises ou des activités rémunérées durant les vacances

En recherche d'un emploi

Autre. Précisez :

9. Occupez-vous un poste de sécurité (poste défini comme tel par votre entreprise, conduite de machines ou de véhicules, travail en hauteur, responsabilité envers d'autres personnes...) ?

Oui

Non

10. Votre consommation de cannabis vous-a-t-elle déjà posé problème sur le milieu de travail ou durant vos activités rémunérées ou vos études ?

Oui

Non

Si oui, de quel(s) type(s) de problème(s) s'agit-il ?

Accident

Troubles de la concentration

Faute

Tension dans l'équipe

Manque de productivité

Absences répétées :

Autre : Précisez

11. Votre consommation de cannabis vous-a-t-elle amené à perdre un emploi (licenciement ou refus de prendre un contrat) ou à rater vos examens ?

Oui Non

12. Vous est-il déjà arrivé de consommer du cannabis pendant vos heures de travail ou de cours?

Oui Non

Si oui, est-ce un comportement habituel ?

Oui Non

13. Vous est-il déjà arrivé de consommer dans les 2 heures avant de prendre un poste de travail ou de vous rendre à un cours?

Oui Non

Si oui, est-ce un comportement habituel ?

Oui Non

14. Avez-vous déjà parlé de votre consommation de cannabis à votre médecin du travail ?

Oui Non

15. Comment décrivez- vous votre comportement sous l'emprise du cannabis ?

Annexe 3 : questionnaire complémentaire rempli par le personnel soignant

1. N° d'inclusion :

2. sexe du patient : Un homme Une femme

3. Date de naissance : / /

4. Situation familiale :

Je vis seul(e) sans enfant à charge Je vis seul(e) avec enfant(s) à charge

Je vis en couple sans enfant à charge Je vis en couple avec enfant(s) à charge

Je vis en colocation Je suis hébergé par des amis

Je vis au domicile parental Autre. Précisez :

5. Objectif de la demande par rapport au cannabis :

Abstinence à long terme Gestion des consommations

Abstinence à court terme puis gestion des consommations
Ne sait pas

6. Comorbidités psychiatriques :

Syndrome dépressif majeur

Trouble bipolaire

Troubles anxieux généralisés

Psychose

Autre trouble de la personnalité connu

7. Echelle de gravité ALAC :

Annexe 4 : questionnaire ALAC

1. Votre entourage s'est-il plaint de votre consommation de cannabis ?
 oui non
2. Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?
 oui non
3. Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage de cannabis ?
 oui non
4. Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans « joint » ?
 oui non
5. Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?
 oui non
6. Vous êtes-vous déjà senti€ préoccupé€ par les effets de votre usage de cannabis ?
 oui non
7. Avez-vous plus de difficultés à étudier, à intégrer des informations nouvelles ?
 oui non
8. Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?
 oui non
9. Aimez-vous « planer », « être défoncé (e) » (stoned), dès le matin ?
 oui non
10. Etes-vous de plus en plus souvent « défoncé(e) » ?
 oui non
11. Avez-vous ressenti « le manque », des maux de têtes, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ?
 oui non

Trois réponses affirmatives indiquent un usage problématique de cannabis.

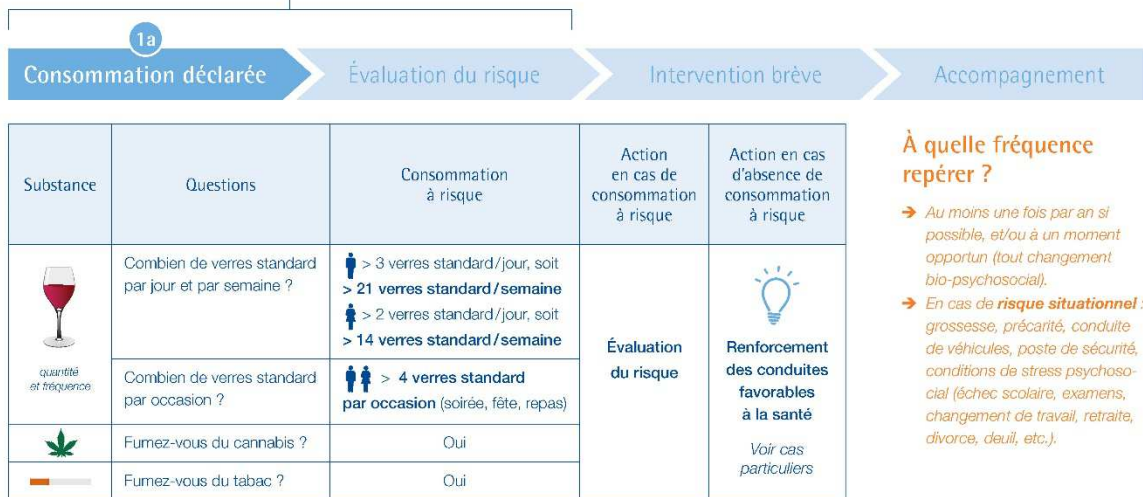
Annexe 5 : Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève de la HAS

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel** : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'Inpes et de la Fédération Addiction.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total : hommes (H) / femmes (F)
 Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 ; **renforcement des conduites favorables à la santé**
 Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 : **intervention brève**
 Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture expresse, ivresse aiguë) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse

inpes.fr



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
 10 cl de vin à 12° ; 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alco-pops-prémix]), 7 cl de vin cuit à 18° ;
 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages



- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.



Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : **intervention brève.**
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une **consultation d'addictologie.**



Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
 « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI OUI

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.
 Si oui :

- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »



REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur.**
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation.**
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



AUTEUR : Nom : Marechal

Prénom : Laura

Date de Soutenance : Vendredi 6 Janvier 2017 à 14h

Titre de la Thèse : Evaluation des répercussions professionnelles d'une consommation de cannabis : enquête auprès de consommateurs de cannabis en demande de soins

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine

DES : Médecine du travail

Mots-clés : cannabis, travail, addictions, répercussions professionnelles

Résumé :

Contexte La dépendance au cannabis est responsable d'une désinsertion sociale connue. Des consommateurs travaillent cependant. Peu d'études portent sur les conséquences des consommations sur le travail. Le but de notre étude est de rechercher les répercussions des consommations de cannabis, chez les personnes dépendantes, sur le travail lui-même.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique dont le recueil d'informations s'est effectué entre le 1er janvier 2014 et le 1er janvier 2015 par les patients se présentant en CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) concernant une consommation de cannabis. La majorité du recueil s'est effectuée grâce un auto-questionnaire composé de deux parties. La première s'intéressait à la consommation du produit en lui-même, ainsi qu'aux habitudes de consommation et de mésusage des autres substances psychoactives. La seconde partie portait sur l'aspect professionnel et sur les retentissements sur cet aspect de la consommation de cannabis. Ce recueil était complété d'un questionnaire standardisé d'évaluation du niveau de dépendance ALAC et d'un questionnaire d'informations médico-sociales rempli par le personnel soignant des CSAPA. Les associations de variables ont été réalisées grâce à un test de comparaison de moyen non paramétrique de Spearman. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

Résultats : Au total, 64 questionnaires ont été recueillis dont 39 répondaient à nos critères d'inclusion. L'âge moyen était de 28 ans et les patients étaient majoritairement masculins. La majorité des patients (66,6%) était insérée sur le plan professionnel. Le score ALAC de dépendance moyen était de 6,7/11. Vingt-et-un patients (53,8%) ont rencontré des difficultés professionnelles en lien avec leur consommation. Trente-quatre patients (87%) ont signalé avoir consommé avant la prise de poste et trente (77%) durant les heures de travail. Il a été retrouvé un lien significatif entre le score ALAC et les difficultés professionnelles rapportées.

Conclusion : Lors des visites en santé travail, la consommation de cannabis devrait être systématiquement recherchée. Chez les salariés consommateurs, un test d'ALAC et la recherche de difficultés professionnelles devraient être plus systématisés. Cela pourrait servir de point de départ à une intervention brève telle que recommandée par la Société Française d'Alcoologie.

Composition du Jury :

Président : Pr P. FRIMAT

Assesseurs : Pr O. COTTENCIN, Pr S. FANTONI-QUINTON, Dr A. SALEMBIER-TRICHARD