



UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**« SANTÉ, TRAVAIL, SUBSTANCES PSYCHOACTIVES »**  
**Étude observationnelle de 6 516 salariés du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2017 à 16 heures  
Au Pôle Recherche

**Par Erick Moreau**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Annie SOBASZEK**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Régis BORDET**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Docteur Bernard FONTAINE**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Sylvie DEHEUL**

---

## **Avertissement**

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



## Liste des abréviations

ATC	Système Anatomique, Thérapeutique et Chimique
BHE	Barrière Hémato-Encéphalique
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CES	Centres d'Examens de Santé
CETAF	Centre Technique d'Appui et de Formation
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CSP	Catégorie Socio Professionnelles
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorder
EPICES	Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IQR	Intervalle interquartiles
LSD	Acide Lysergique Diéthylamide
MDMA	Méthylène-Dioxy-Métamphétamine
OFTD	Office Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	L'Organisation Mondiale de la Santé
PCS	Professions et Catégories Sociales
THC	Tétrahydrocannabinol
SNC	Système Nerveux Central
SPA	Substances Psychoactives

# Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>Substances Psychoactives et Travail.....</b>	<b>1</b>
<b>I. Définition et épidémiologie .....</b>	<b>1</b>
<b>II. L'Alcool .....</b>	<b>8</b>
A. Présentation .....	8
B. Pharmacocinétique.....	8
C. Épidémiologie .....	9
D. Complications et maladies liées à l'alcool (6).....	10
1. Risques immédiats .....	10
2. Risques différés .....	11
<b>III. Le tabac .....</b>	<b>13</b>
A. Présentation .....	13
B. Pharmacocinétique.....	14
C. Épidémiologie .....	14
D. Complications et maladies liées au tabac (34) .....	15
1. Risques cancérigènes .....	15
2. Risques pulmonaires .....	15
3. Risques cardiovasculaires.....	15
4. Risques chez la femme enceinte .....	15
5. Autres risques .....	16
<b>IV. Le cannabis .....</b>	<b>16</b>
A. Présentation .....	16
B. Pharmacocinétique.....	17
C. Épidémiologie .....	17
D. Complications et maladies liées au cannabis (42, 43) .....	18
1. Risques immédiats .....	18
2. Risques différés .....	19
<b>V. Les médicaments psychotropes .....</b>	<b>20</b>
A. Principaux médicaments psychotropes.....	20

B.	Épidémiologie .....	21
C.	Effets indésirables des médicaments psychotropes (51).....	22
1.	Les anxiolytiques ou tranquillisants .....	22
2.	Les hypnotiques ou somnifères .....	23
3.	Les antidépresseurs .....	23
<b>VI.</b>	<b>Les autres substances psychoactives non médicamenteuses illicites .....</b>	<b>24</b>
A.	Cocaïne et crack.....	24
1.	Présentation.....	24
2.	Pharmacocinétique .....	24
3.	Épidémiologie .....	24
4.	Complications et maladies .....	25
B.	Héroïne .....	25
1.	Présentation.....	25
2.	Pharmacocinétique .....	25
3.	Épidémiologie .....	25
4.	Complications et maladies ().....	26
C.	Amphétamines et ecstasy.....	26
1.	Présentation.....	26
2.	Pharmacocinétique .....	26
3.	Épidémiologie .....	26
4.	Complications et maladies ().....	27
D.	LSD et champignons hallucinogènes .....	27
1.	Présentation.....	27
2.	Pharmacocinétique .....	27
3.	Épidémiologie .....	28
4.	Complications et maladies ().....	28
<b>VII.</b>	<b>Substances psychoactives en milieu professionnel .....</b>	<b>29</b>
<b>VIII.</b>	<b>Objectifs de l'étude .....</b>	<b>33</b>
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>.....</b>	<b>34</b>
<b>I.</b>	<b>Etude « Santé, Travail, Substances psychoactive.....</b>	<b>34</b>
A.	Conception de l'étude .....	34
B.	Méthodologie de l'étude .....	35
1.	Recrutement des centres Santé-Travail : .....	35
2.	Critères d'inclusion et d'exclusion des salariés.....	35
3.	Déroulement de l'étude .....	35
4.	Traitement des données .....	36
<b>II.</b>	<b>Auto-questionnaire (annexe 1).....</b>	<b>37</b>

A.	Situation personnelle .....	37
B.	Qualité de vie.....	38
C.	Situation professionnelle .....	38
1.	Emplois.....	39
2.	Situation professionnelle .....	42
D.	Les consommations de substances psychoactives .....	42
1.	Alcool : .....	42
2.	Cannabis :.....	43
3.	Tabac :.....	44
4.	Médicaments : .....	44
5.	Autres substances : .....	46
E.	Les motivations:.....	46
F.	Complications professionnelles des consommations. ....	47
<b>III.</b>	<b>Analyse statistique.....</b>	<b>48</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>.....</b>	<b>49</b>
<b>I.</b>	<b>Flow chart .....</b>	<b>49</b>
<b>II.</b>	<b>Analyse descriptive globale de la population.....</b>	<b>50</b>
A.	Caractéristiques socio-démographiques de la population .....	50
1.	Âge et sexe de la population .....	50
2.	Mode de vie .....	51
3.	Précarité.....	51
B.	Score de DUKE .....	52
C.	Situation professionnelle .....	54
D.	Consommations.....	58
1.	Consommation d'alcool .....	58
2.	Consommation de cannabis.....	61
3.	Consommations de tabac.....	64
4.	Consommations de médicaments psychotropes et non psychotropes .....	65
5.	Consommations d'autres substances psychoactives non médicamenteuses illicites.....	70
6.	Conséquences professionnelles des consommations : Arrêts et accidents de travail.....	71
<b>III.</b>	<b>Analyse des salariés polyconsommateurs .....</b>	<b>72</b>
<b>IV.</b>	<b>Analyse de facteurs prédictifs .....</b>	<b>76</b>
A.	Analyse des facteurs prédictifs de la consommation d'alcool.....	76
1.	Caractéristiques socio-démographiques.....	76
2.	Score de santé.....	76
3.	Situation professionnelle .....	78
4.	Consommations associées de substances psychoactives .....	79

B. Analyse des Facteurs prédictifs de la consommation pour le cannabis .....	80
1. Caractéristiques socio-démographiques .....	80
2. Score de santé .....	81
3. Situation professionnelle .....	82
4. Consommations .....	83
<b>Discussion.....</b>	<b>84</b>
<b>I. Résultats principaux .....</b>	<b>84</b>
A. Caractéristiques socioprofessionnelles .....	84
B. Consommations de substances psychoactives .....	87
1. Alcool .....	87
2. Cannabis.....	89
3. Psychotropes et antalgiques .....	91
4. Autres substances psychoactives non médicamenteuses .....	94
<b>II. Résultats secondaires.....</b>	<b>95</b>
A. Étude des consommations associées .....	95
B. Facteurs prédictifs .....	96
1. Pour les consommations problématiques d'alcool .....	96
2. Pour les consommations problématiques de cannabis .....	99
<b>III. Limites et points forts de l'étude.....</b>	<b>100</b>
A. Points forts de l'étude .....	100
B. Limite de l'étude.....	100
<b>IV. Perspectives.....</b>	<b>102</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>104</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>105</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>114</b>

## RESUME

**Contexte** : Les substances psychoactives consommées par les salariés peuvent entraîner des répercussions importantes sur le travail. Il existe peu de données en population salariée générale dans le Nord-Pas-de-Calais concernant la prévalence de consommation de ces substances et le lien entre ces consommations et le travail.

**Méthode** : Cette étude observationnelle, transversale, a été réalisée de septembre 2012 à juin 2013 dans le Nord-Pas-de-Calais, grâce à un questionnaire auto-administré anonyme, rempli par les salariés à l'issue de la visite médicale en médecine du travail.

Les comparaisons de deux groupes de patients ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi-deux pour les paramètres qualitatifs, à l'aide d'un test du U de Mann-Whitney pour les paramètres continus non gaussiens, médiane et intervalle interquartiles (IQR), et à l'aide d'un test de tendance pour les paramètres ordinaux. Le seuil de significativité retenu est de 0,05

### Résultats :

Au total, 6 516 questionnaires ont été recueillis, incluant 56,2% d'hommes et 43,8% de femmes, âgés en moyenne de 35 ans,  $\pm$  11,4. Les consommations régulières d'alcool concernaient 33,1% de la population. L'usage problématique d'alcool (DETA  $\geq$  2) touchait 12% des consommateurs, significativement plus d'hommes ( $p=0,001$ ), au statut social précaire [(IQR : 2 (1 à 4) vs 2 (1 à 3) ;  $p<0,001$ )], de cadres et d'ouvriers ( $p=0,0346$ ), les salariés avec de plus gros horaires de travail [(IQR : 40 (36 à 50) vs 40 (35 à 45) ;  $p<0,001$ )], déclarant un stress plus important ( $p<0,001$ ), des horaires instables ( $p=0,017$ ) ou une volonté de changer de travail ( $p<0,001$ ).

La consommation régulière de cannabis était de 4,1%, l'usage problématique de cannabis (CAST  $\geq$  2) touchait 54,6% des consommateurs, significativement plus

d'hommes ( $p=0,012$ ), au statut social précaire [(IQR : 3 (2 à 4) vs 2 (1 à 3) ;  $p<0.001$ )] et d'ouvriers ( $p = 0,0054$ ).

La consommation régulière de médicaments psychotropes et de médicaments antalgiques est de 9,1% et de 19,2% respectivement. 62,7% des consommateurs de médicaments psychotropes déclaraient un lien entre leurs consommations et le travail.

**Conclusion** : Cette étude permettra une sensibilisation des médecins du travail à l'existence d'une consommation significative de substances psychoactives et pourra faciliter le repérage des salariés consommateurs en difficulté.

## INTRODUCTION

Le travail est reconnu pour être un facteur protecteur vis à vis des consommations abusives ou dans le cadre d'une addiction (1). Parallèlement, la consommation de substances psychoactives, en particulier le cannabis (2), est en augmentation dans la population générale et tout particulièrement pour celle en âge d'exercer une profession (3,4).

Par ailleurs, la prévalence de la consommation de psychotropes en France en population générale, est l'une des plus élevée en Europe (5).

Ces substances psychoactives (SPA), qu'elles soient médicamenteuses ou non, peuvent provoquer des effets psychoactifs tels qu'une somnolence, des troubles de l'attention et de la concentration, des troubles de la mémoire à court terme, des difficultés à adapter son comportement face aux situations nouvelles. Les effets neurobiologiques de ces substances peuvent être à l'origine de troubles moteurs touchant l'équilibre, la marche, la dextérité ou d'effets visuels (6).

Ces substances peuvent donc entraîner des répercussions sur le travail, notamment avec une baisse des performances, une dégradation du climat social, de l'absentéisme voire des accidents du travail pouvant être mortels.

D'ailleurs, l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, l'alcool serait directement responsable de 15% des accidents du travail (7).

Face à ces risques, la réforme de la médecine du travail de juillet 2011 précise que les services de santé au travail doivent participer à la prévention des addictions au travail (8).

Ces sujets sont pris très au sérieux par les médecins du travail ; en effet, 92% estiment important de traiter les consommations d'alcool, 73% les consommations de cannabis et 71% les consommations de tabac (9).

Ceux-ci mettent également l'accent sur leurs besoins en terme de formations sur les addictions (10).

Les pouvoirs publics ont d'ailleurs intégré le problème des addictions pendant le travail dans le plan de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (11).

Même si des études se sont intéressées aux consommations de substances psychoactives, elles sont peu nombreuses et n'explorent pas réellement la composante professionnelle.

Les objectifs de notre étude sont dans un premier temps, après avoir réalisé une étude descriptive des caractéristiques socioprofessionnelles de la population, de déterminer la prévalence de la consommation de ces substances psychoactives dans notre population. Dans un deuxième temps, de déterminer les facteurs prédictifs d'une consommation problématique pour l'alcool et le cannabis.

# SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET TRAVAIL

## I. Définition et épidémiologie

Une substance psychoactive agit sur le système nerveux central et va modifier le fonctionnement psychique du sujet.

Leur usage expose à des risques et à des dangers pour la santé, et peut entraîner des conséquences sur la vie professionnelle.

Ces substances psychoactives sont l'alcool, le cannabis, la nicotine, les amphétamines et produits dérivés, les hallucinogènes, les opiacés, la caféine, les sédatifs, les hypnotiques et anxiolytiques, les solvants volatils...

Cet effet est soit recherché (dans le cas des « médicaments psychotropes » et « des drogues »), soit non recherché (effets secondaires de médicaments non psychotropes ou exposition professionnelle à un solvant par exemple).

Les conduites addictives ont été définies dans le « Diagnostic and Statistical manual of Mental disorder » (DSM).

La distinction entre l'abus de substances et la dépendance à une substance est apparue dans le DSM 3 en 1980 (12).

Le DSM 4 (13) définit l'abus à une substance comme suit (on parle d'abus si 3 ou plus de ces critères sont présents sur une période de 12 mois):

A. Un mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative est caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance,

exclusion temporaires ou définitives de l'école, négligence des tâches ménagères courantes).

- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'un véhicule) ;
- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance (arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication chronique).

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substances, les critères de la dépendance à une substance.

Le DSM 4 définit la dépendance à une substance comme suit (on parle de dépendance si 3 ou plus de ces critères sont présents sur une période de 12 mois):

- Tolérance manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication ou un effet désiré ou par une diminution des effets à dose consommée constante.
- Symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence, évités ou améliorés par une nouvelle prise de la substance.
- Prise de la substance en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu.
- Un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation.
- Beaucoup de temps passé à utiliser ou à se procurer la substance.
- Abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de l'usage de la substance.
- Continuer à utiliser la substance malgré la connaissance des risques pour la santé.

Le DSM 5 a permis d'élargir le périmètre du diagnostic et l'abaissement de son seuil d'entrée (2 critères suffisent pour parler de dépendance) (14) :

La différenciation entre l'abus et la dépendance d'une substance disparaît.

Il s'agit désormais des « troubles de l'usage de la substance » qui sont définis par onze items :

- La substance est souvent prise en quantité plus importante et pendant une période plus longue que prévue.
- Il y a un désir persistant ou des effets infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage de la substance.
- Beaucoup de temps est passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets.
- L'usage répété de la substance aboutit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (ex : absences répétées ou mauvaises performances au travail en rapport avec l'usage de la substance, absences répétées en rapport avec la substance, suspensions ou exclusion de l'école ; négligence des enfants ou du ménage).
- L'usage de la substance est poursuivi malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance
- D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisir sont arrêtées ou réduites à cause de l'usage de la substance.
- Usage répété de la substance dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux (ex : conduite automobile ou d'une machine malgré l'altération des capacités par la substance).
- L'usage de la substance est poursuivi malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents vraisemblablement provoqués ou aggravés par la substance.
- Tolérance, définie par l'un ou l'autre des signes suivants :
  - Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.
  - Effets notablement diminués lors de l'usage continu des mêmes quantités de substance.
- Sevrage se manifestant par l'un des signes suivants :
  - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.

- La même substance (ou une substance étroitement apparentée) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Existence d'un « craving », d'un désir fort ou d'une pulsion à consommer une substance.

Le DSM 5 permet d'inclure les conséquences négatives de l'utilisation de l'alcool et les conduites d'alcoolisation à risque.

Ces formes cliniques étaient jusque-là non retenues par le DSM 4 car les patients ne présentaient que 2 critères de dépendance et aucun critère d'abus.

Depuis 1970, le nombre de consommateurs de substances psychoactives aurait été multiplié par 10 ou 20 en France. Et bien souvent, les consommations se cumulent. (15)

Selon les données du baromètre santé publiées en 2014 par l'Office Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), une estimation des pratiques d'usage de substances psychoactives chez les adultes est maintenant disponible. (16)

Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2014

	<b>Expérimentateurs</b>	<b>Usagers dans l'année</b>	<b>Usagers réguliers</b>	<b>Usagers quotidiens</b>
<b>Alcool</b>	46,9 M	42,8 M	8,7 M	4,6 M
<b>Tabac</b>	38,2 M	16 M	13,3 M	13,3 M
<b>Cannabis</b>	17 M	4,6 M	1,4 M	700 000
<b>Cocaïne</b>	2,2 M	450 000	Non disponible	Non disponible
<b>Ecstasy</b>	1,7 M	400 000	Non disponible	Non disponible
<b>Héroïne</b>	600 000	Non disponible	Non disponible	Non disponible

L'OFDT définit les usagers de substances psychoactives selon les termes suivants :

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie. Cet indicateur permet principalement de mesurer la diffusion du produit dans la population
- Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.
- Usage régulier : au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien et consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois.
- Usage quotidien : consommation tous les jours.

Le nombre d'individus de 11-75 ans recensés en 2015 est d'environ 50,1 millions.

Cela nous permet d'avoir une idée du nombre d'usagers de substances psychoactives par rapport à la population française.

En ce qui concerne la consommation de médicaments psychotropes(17), en 2010, 18 % des 18-75 ans déclaraient avoir pris au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois (10 % ont consommé un anxiolytique au cours de l'année, 6 % un hypnotique, 6 % un antidépresseur, 0,7 % un régulateur de l'humeur et 0,9 % un neuroleptique).

Selon plusieurs études, le travail possède un effet global plutôt protecteur vis à vis de la consommation de substances psychoactives.

Néanmoins, il existe d'importantes disparités selon les professions.

Le baromètre santé 2014 étudie les différentes consommations de substances psychoactives en fonction des métiers.

Pour cela, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a utilisé le premier niveau de regroupement habituellement utilisé en France qui distingue six professions et catégories socio-professionnelles.

La répartition des emplois étant différente selon le sexe, il est préférable d'observer séparément les consommations chez les femmes et chez les hommes.

**Tableau 2: Consommation des SPA chez les hommes selon les professions et catégories sociales (PCS) en France en 2014 (en %)**

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

Pour les hommes, les groupes les plus consommateurs sont les employés et les ouvriers, alors que les cadres et les agriculteurs sont les moins consommateurs. Les autres catégories se situent entre ces deux groupes (1).

**Tableau 3: Consommation des SPA chez les femmes selon la PCS en France en 2014 (en %)**

	Tabac (quotidien)	Alcool			Médicaments psychotropes (année)	Cannabis (année)	Cocaïne (année)	Ecstasy/ Amphét amines (année)
		Quotidien	Ivresse répétée	API dans le mois				
Agriculteurs	21,0	7,4	0,0	4,7	13,1	2,8	1,0	0,0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	31,3	8,7	3,0	4,9	30,0	4,8	0,0	0,0
Cadres	17,7	2,5	6,9	9,0	14,0	6,7	0,6	0,3
Professions intermédiaires	22,7	2,4	5,3	7,3	25,2	6,1	0,4	0,3
Employés	29,8	3,0	3,4	8,3	19,6	4,5	0,5	0,3
Ouvriers	28,8	0,8	2,7	12,5	20,3	0,2	0,5	0,1

Chez les femmes, la différenciation est moins grande mais selon l'auteur, la faiblesse des effectifs doit inciter à la prudence pour l'interprétation des résultats des différentes catégories (1).

## II. L'Alcool

### A. Présentation

Il existe de nombreuses définitions sur les consommations à risque, nocives et sur la dépendance à l'alcool.

Une consommation d'alcool (18) est dite « à risque » ou « dangereuse » pour la santé lorsqu'elle correspond à un niveau et/ou un mode de consommation susceptible d'induire des pathologies si ces habitudes persistent.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini plus de 2 verres standard par jour chez les femmes, et 3 verres standard chez les hommes, soit respectivement 14 et 21 verres par semaine pour les consommations à risques.

La consommation d'alcool dite « nocive » ou « à problème » (18) est définie comme un mode de consommation dommageable pour la santé physique ou mentale.

L'OMS la définit comme une consommation moyenne régulière de plus de 40 g d'alcool par jour pour les femmes et de plus de 60 g pour les hommes.

Enfin la dépendance à l'alcool (18) peut être caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

Les individus sont en conséquence inégaux devant le risque alcool. En effet, celui-ci est dû à des facteurs extérieurs, environnementaux et socioculturels et à des facteurs individuels, notamment physiologiques (sexe, âge, antécédents, malnutrition, tolérance), psychosociologiques ou génétiques...

### B. Pharmacocinétique

La consommation d'alcool se fait dans la majorité des cas par voie digestive.

L'éthanol est ensuite absorbé par simple diffusion.

La diffusion est très lente dans l'estomac, la molécule est principalement absorbée au niveau de l'intestin grêle. (70 à 80%)

Lorsque l'alcool est ingéré à jeun, la concentration maximale est atteinte rapidement (en moyenne 30 minutes après la consommation) (19).

Lorsqu'il est lié à la nourriture, l'éthanol va rester plus longtemps dans l'estomac, il atteindra donc moins vite l'intestin grêle.

Le pic sera alors plus tardif et moins élevé (20).

La distribution de l'éthanol dans l'organisme est très rapide (demi-vie de distribution est de 8 minutes) jusqu'aux organes vascularisés comme le cerveau, le poumon et le foie (21).

L'alcool va être principalement éliminé par métabolisme hépatique (80%).

Les autres voies d'élimination sont l'air expiré, les urines et la sueur (22).

### **C. Épidémiologie**

Dans l'étude réalisée en 2014 par INPES (16), près de 9 personnes sur 10 (87%), parmi les 18-75 ans, déclarent avoir bu de l'alcool au moins une fois dans l'année.

Sur l'ensemble de la population de cette tranche d'âge, 38% déclarent avoir bu de l'alcool moins d'une fois par semaine, 39% au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement), et 10% des personnes interrogées déclarent boire quotidiennement de l'alcool.

Les consommations quotidiennes se rencontrent principalement chez les personnes de plus de 50 ans.

La consommation de boissons alcoolisées reste plus importante chez les hommes ; en effet, les buveurs quotidiens sont trois fois plus nombreux (15% contre 5% pour les femmes) et ils sont près de deux fois plus nombreux à en faire un usage hebdomadaire. (63% contre 36%)

Le test Audit C réalisé lors de cette étude et qui tient compte à la fois de la fréquence de consommation au cours des douze derniers mois, du nombre de verres bus un jour de consommation type et de la fréquence des épisodes de consommation ponctuelle de quantités importantes, permet de définir quatre types de buveurs : ainsi, 37% des 18-75 ans sont des buveurs sans risque occasionnel, 11% sont des buveurs sans risque régulier, 31% sont des buveurs à risque ponctuel et 8% sont à risque chronique.

Il faut également prendre en compte que ces chiffres sont probablement sous-évalués car les populations les plus précaires ne sont pas interrogées dans les enquêtes à population générale.

## **D. Complications et maladies liées à l'alcool (6)**

### **1. Risques immédiats**

Dans sa forme typique, l'intoxication alcoolique aiguë se déroule en 3 phases (6) :

- La phase d'excitation psychomotrice simple comporte essentiellement une perte du contrôle supérieur et une libération des tendances instinctives. L'attention, le temps de réaction, le jugement, le sens critique, la mémoire, l'adaptation au réel sont altérés à des degrés variables selon le taux d'alcoolémie et la sensibilité de la personne. L'humeur est très variable passant de la gaieté à la tristesse, voire à l'agressivité.
- La phase d'incoordination survient pour des taux d'alcoolémie plus élevés. Elle est caractérisée par une ataxie. Il existe un syndrome cérébelleux aigu associé à une confusion de degrés variables. D'autres troubles neurologiques peuvent être présents : syndrome vestibulaire, nausées, vomissements ainsi qu'un syndrome ophtalmologique.
- Le coma survient pour des taux d'alcoolémie très élevés, il s'agit d'un coma profond, sans signe neurologique de localisation avec hypotonie, abolition des réflexes ostéotendineux et de la sensibilité. Il peut exister une hypothermie importante et une hypotension artérielle. La respiration est stertoreuse avec encombrement des voies aériennes.

Les états d'ivresse entraînent des accidents (routiers, domestiques, professionnels), des violences à autrui, ainsi que des risques directement liés au niveau d'intoxication (comas) et des passages à l'acte suicidaire.

Ces différents risques rendent compte de 17 % des passages aux urgences, et, en 2011 en France, l'intoxication alcoolique aiguë était la cause d'1 admission aux urgences sur 100, soit 100 404 consultations.

Ainsi les consommateurs d'alcool « à risque » sont deux fois plus souvent victimes d'accidents impliquant des blessures et l'alcool est impliqué dans 14,3 % des accidents routiers (non mortels mais nécessitant l'hospitalisation d'au moins une victime), 40 % des accidents mortels, 40 % des suicides, 60 % des brûlures graves, 60 % des noyades et 20 % des accidents domestiques (24).

## 2. Risques différés

À plus long terme, sur le plan somatique, l'alcool est la cause directe de plus de 30 maladies (cirrhose alcoolique, syndrome de Korsakoff...) et contribue au développement de plus de 60 autres troubles (cancers, maladies cardiovasculaires...) (6).

- **Sur le plan digestif**

La lésion alcoolique la plus fréquente du foie est la stéatose hépatique ou surcharge graisseuse. Elle provoque une hépatomégalie et n'entraîne pas de signe spécifique.

Secondairement peut survenir une hépatite alcoolique qui est un ensemble de manifestations cliniques (Ictère, hypertension portale...) et biologique (cytolyse...) évolutives dues à un processus inflammatoire et nécrotique du foie d'origine alcoolique.

À un stade évolué, il s'agit de cirrhose du foie qui est un stade irréversible caractérisé par une fibrose étendue et une transformation de l'architecture du foie conduisant à des nodules de structure anormale (6).

Ainsi, en 2004, près de 15 % des décès liés à l'alcool étaient dus à la cirrhose hépatique (25).

L'alcoolisation entraîne également la survenue de pancréatite aiguë ou chronique.

Une relation positive entre certains types de cancers et la consommation d'alcool est jugée convaincante pour plusieurs localisations de cancers par le World Cancer Research Fund (WCRF) et l'American Institute for Cancer Research (AICR) Cette relation est jugée convaincante pour les cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'oesophage, du côlon-rectum (chez l'homme) et du sein (chez la femme).

Elle est jugée probable pour le cancer du foie et pour le cancer du côlon-rectum (chez la femme). La relation avec le risque de cancer du rein est peu probable. Pour d'autres localisations, les données scientifiques ne permettent pas de conclure (26).

- **Sur le plan neuropsychiatrique**

Des troubles cognitifs plus ou moins marqués, sont souvent retrouvés au cours de l'alcoolisation chronique. Elle provoque une atteinte de la mémoire à court terme, des capacités d'abstractions, de l'attention, de la concentration, des fonctions visuomotrices et des difficultés à adapter le comportement ou à conceptualiser une situation nouvelle (6).

Il existe de nombreuses encéphalopathies alcooliques dites carenciales (Encéphalopathie de Gayet-Wernicke, Syndrome de Korsakoff, atrophie cérébelleuse, atrophie cérébrale) le plus souvent dues à une carence en vitamine B1 avec des conséquences importantes sur l'autonomie de la personne (6).

L'alcool est, avec le diabète, le principal responsable des neuropathies sensitivomotrices chroniques périphériques de l'adulte qui touchent typiquement les membres inférieurs de façon distale et symétrique. À la phase d'état, il existe des troubles sensitifs subjectifs et objectifs, des troubles moteurs, une diminution ou une abolition des réflexes ostéotendineux et des troubles trophiques (6).

- **Sur le plan cardiovasculaire**

Toutes les études montrent une relation positive dose-dépendante entre consommation d'alcool et augmentation des pressions artérielles systoliques et diastoliques (6).

L'alcoolisation favorise également la survenue de troubles du rythme le plus souvent bénins mais pouvant parfois être plus graves notamment avec des troubles du rythme ventriculaire parfois responsables de mort subite (6).

L'alcool est par ailleurs un facteur de risque puissant de la myocardiopathie dilatée primitive qui peut générer une insuffisance cardiaque (6).

De manière générale, la consommation d'alcool va augmenter la mortalité cardiovasculaire globale (27).

Au total, l'alcool représente la 8ème cause de mortalité au niveau mondial et la 2nde cause de mort évitable, juste après le tabac (28).

En 2009 en France, 49 000 décès attribuables à l'alcool ont été recensés, dont 36 500 chez l'homme (représentant 13 % de la mortalité masculine totale) et 12 500 chez la femme. Ces chiffres de mortalité rendent compte de 20 % de la mortalité prématurée, survenant avant l'âge de 65 ans. Ainsi chez les patients souffrant de dépendance à l'alcool, l'espérance de vie est globalement réduite de 22 ans chez la femme et de 20 ans chez l'homme (29).

### **III. Le tabac**

#### **A. Présentation**

La consommation des différents produits du tabac a beaucoup évolué avec le temps et varie selon les pays.

Le tabac (30) peut être consommé sous forme de cigarettes industrielles, de tabac à rouler, de cigares et cigarillos ou fumé avec la pipe.

Le narguilé ou la chicha (dispositif qui permet à la fumée de traverser un flacon rempli d'eau parfumée) est un autre mode de consommation présenté comme plus convivial.

La fumée de tabac est un aérosol contenant un mélange de gaz et de particules solides qui entraîne la constitution de plus de 4 000 substances chimiques différentes dont plus d'une cinquantaine peuvent provoquer le cancer chez les animaux et l'homme.

Cette fumée de tabac va agir, soit directement, soit indirectement sur les différents organes du corps (muqueuse buccale, larynx, poumons, œsophage, artères...)

Les principaux composants identifiés dans la fumée de tabac sont la nicotine, les goudrons et les irritants (acétone, acide cyanhydrique...).

La fumée de cigarette contient également des métaux lourds comme le cadmium, mercure, plomb, chrome (31).

## **B. Pharmacocinétique**

Le tabac est le plus souvent fumé.

La nicotine va donc être inhalée puis être absorbée par la surface de l'épithélium alvéolaire.

La nicotidémie augmente rapidement lors de la consommation d'une cigarette et atteint son pic plasmatique à la fin de celle-ci.

La nicotine va ensuite atteindre le cerveau entre 9 et 19 secondes, puis elle est distribuée à l'ensemble du corps.

Elle est métabolisée principalement dans le foie et dans un moindre degré, au niveau des poumons et des reins.

La demi-vie d'élimination est relativement courte (2 à 3 heures). Ceci explique donc qu'un fumeur doit régulièrement consommer du tabac au cours de la journée afin de maintenir un niveau de nicotine relativement constant (32).

## **C. Épidémiologie**

Dans l'étude réalisée par l'INPES (16), parmi les 15-75 ans, 86% des hommes et 76% des femmes déclarent avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie.

L'usage quotidien de tabac concerne 29% des adultes (33% des hommes et 25% des femmes) et il diminue nettement avec l'âge.

Concernant les quantités consommées, 68% des fumeurs quotidiens déclarent fumer au moins 10 cigarettes par jour, les hommes un peu plus souvent que les femmes (72% contre 64%).

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers est de 13,5.

Le nombre annuel de décès attribués au tabagisme pour l'année 2004 a été estimé en France à 73 000, 8 décès liés au tabac sur 10 concernent les hommes (81 %). Ces décès représentent dans la classe d'âge des 35-69 ans 34 % de la mortalité masculine et 11 % de celle des femmes (33).

## **D. Complications et maladies liées au tabac (34)**

### **1. Risques cancérogènes**

De nombreux cancers sont favorisés par le tabac (35). Chez les fumeurs, le taux de mortalité par cancer, toutes localisations confondues, est multiplié par 2, et chez les gros fumeurs multiplié par 4.

Le cancer le plus fréquent reste le cancer du poumon qui dans 81% des cas est lié au tabagisme.

Le tabac favorise également de manière significative de nombreux autres cancers : cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, oesophage, estomac, foie, col de l'utérus et leucémie myéloïde (35).

Le groupe d'experts du CIRC a rajouté en 2009 les cancers du côlon, du rectum et de l'ovaire mucineux à la liste des cancers causés par le tabagisme. Les experts ont également conclu que le tabagisme peut aussi être une cause de cancer du sein.

### **2. Risques pulmonaires**

Le tabac constitue la première cause de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (bronchite et emphysème).

La bronchite chronique évolue chez la moitié des fumeurs vers une BPCO (36).

De plus, le risque d'infections bactériennes pulmonaires est augmenté chez le fumeur.

### **3. Risques cardiovasculaires**

Le tabac joue un rôle majeur dans le développement de l'athérome. Il va aggraver les autres facteurs de risques cardiovasculaires et entraîner un risque accru d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et d'artérite des membres inférieurs (34).

### **4. Risques chez la femme enceinte**

La fécondité aussi bien chez l'homme que chez la femme est affectée par le tabac avec une augmentation du délai de fécondation (34).

Le risque de grossesses extra-utérines, de fausses couches et d'avortements est augmenté (34).

Chez le fœtus, le retard de croissance est 2 à 3 fois plus fréquent et le nouveau-né présente un risque relatif de mort subite 4 fois supérieur lors de l'exposition au tabagisme après l'accouchement (34).

## 5. Autres risques

Les autres risques possibles sont ceux d'ostéoporose post-ménopausique accrue, des dessèchements de la peau, une accentuation des rides, des ongles et des cheveux cassants... (34)

# IV. Le cannabis

## A. Présentation

Le cannabis est issu du chanvre ou cannabis sativa. Il est consommé sous 3 formes :

- L'herbe ou marijuana qui inclut les fleurs et les feuilles du chanvre et de faible teneur en tétrahydrocannabinol (THC ; 6-8%). Il est fumé soit seul, soit avec du tabac.
- Le cannabis est la résine séchée, tamisée et agglomérée, coupée avec différentes substances et ayant une teneur en THC variable selon les variétés (entre 5 et 40%). Avant d'être fumée, la résine est chauffée, écrasée et mélangée avec du tabac.
- L'huile de cannabis est l'extrait liquide du cannabis qui peut contenir jusqu'à 70% de THC souvent mélangé aux feuilles pour augmenter leurs effets psychoactifs. L'huile est parfois ingérée.

Le principal cannabinoïde psychoactif est le  $\Delta^9$ - tétrahydrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC), c'est cette molécule qui est le plus souvent dosée lors de dépistage urinaire, sanguin, salivaire ou capillaire (37).

## B. Pharmacocinétique

L'administration du cannabis peut se faire de différentes manières (inhalation, absorption...).

L'absorption par inhalation est très rapide, le pic plasmatique maximum apparaît après 6 à 10 minutes (37).

L'absorption par voie orale est beaucoup plus faible après l'ingestion du cannabis. Le pic plasmatique est obtenu entre 60 et 120 minutes (38).

Le THC est une molécule fortement lipophile ; il se fixe dans les tissus hautement vascularisés comme le cerveau, le foie, le cœur et dans les tissus gras.

Dans ces tissus, les concentrations sont de 10 à 1000 fois celles du plasma ; la décroissance de la concentration plasmatique est très rapide.

Malgré la grande vascularisation du cerveau, la barrière hémato-encéphalique (BHE) semble limiter l'accès et l'accumulation du THC (39).

L'effet psychoactif apparaît lorsque le THC a franchi la BHE (en moyenne 10 minutes après le pic plasmatique).

Le THC stocké dans les graisses est libéré dans le sang très lentement. Ce mécanisme explique les phénomènes de relargage lors de stress ou de perte de poids.

Le métabolisme du cannabis est réalisé dans le foie à travers des mécanismes complexes.

L'élimination est lente et s'effectue par voie digestive (65 à 80%) ou rénale (20 à 35%) (38).

## C. Épidémiologie

Le cannabis est la première substance illicite consommée en France, en 2014 l'expérimentation du cannabis concernait environ 42% des adultes de 18 à 64 ans (16).

Cette expérimentation est davantage le fait des hommes que des femmes. (50% contre 33%).

L'usage actuel au cours des douze derniers mois concerne 11% des 18-64 ans (15% des hommes et 7% des femmes) tandis que la proportion d'usage régulier (au moins 10 fois au cours des trente derniers jours) atteint globalement 3%.

Le nombre d'individus ayant expérimenté le cannabis s'avère maximal entre 26 et 34 ans pour les deux sexes.

La consommation actuelle de cannabis concerne surtout les plus jeunes (28% pour les 18-25 ans). Elle diminue ensuite avec l'âge pour n'atteindre plus que 2% des 55-64 ans. (16).

Les études faites par l'OFDT et l'INPES soulignent que conduire sous l'influence du cannabis multiplie par 1,8 le risque d'être responsable d'un accident mortel de la route (40).

## **D. Complications et maladies liées au cannabis (42, 43)**

### **1. Risques immédiats**

- **Effets aigus cognitifs**

Après une prise aiguë, les mesures des fonctions cognitives montrent une altération des performances psychomotrices et cognitives, à l'exception des capacités d'abstractions et de vocabulaire (43).

Le cannabis entraîne une baisse de l'attention et de la mémoire à court terme (amnésie antérograde). À dose plus importante, il peut entraîner une somnolence, des troubles du langage et de la coordination motrice avec une augmentation du temps de réaction (43).

- **Effets aigus physiques**

Les effets physiques du cannabis sont peu intenses dans la phase aiguë, ils peuvent associer : larmoiement, conjonctivite, rougeur conjonctivale, sécheresse de la bouche, hypoglycémie, troubles digestifs, céphalée, hypoventilation, tachycardie, vasoconstriction périphérique, démarche ébrieuse, hypotension orthostatique (43).

- **Effets aigus psychiques**

Les effets dépendent de la personnalité du sujet, et du dosage du produit en THC.

L'effet recherché par les consommateurs est une euphorie, mais celle-ci peut se substituer en dysphorie entraînant une dépression transitoire, des réactions d'anxiété et de panique, voire des crises de bouffées délirantes associées ou non à des hallucinations sans adhésion (43).

## 2. Risques différés

- **Effets chroniques cognitifs**

Les effets cognitifs sont très importants chez les fumeurs chroniques (43):

- Altération de la mémoire avec amnésie antérograde à court et à long terme : impossibilité de se rappeler d'une liste de mots ;
- Altération de la mémoire avec amnésie rétrograde, oubli de choses apprises avant la consommation de cannabis ;
- Diminution de la capacité attentionnelle et de la concentration ;
- Diminution de la poursuite visuelle et du seuil d'alerte (entraînant une diminution des réflexes et des problèmes de conduite automobile).

Si ces troubles cognitifs disparaissent généralement après quelques semaines d'abstinence, un usage régulier de cannabis peut altérer les performances intellectuelles à l'âge adulte et causer des troubles cognitifs irréversibles (44).

- **Effets chroniques psychiques**

La consommation chronique du cannabis peut entraîner une perte de motivation dans les activités quotidiennes (syndrome amotivationnel). Il peut également induire ou accélérer la survenue des pathologies psychiatriques: troubles anxieux et dépressifs ou, plus rarement, troubles psychotiques de type schizophrénique.

De façon générale, le cannabis est un facteur d'aggravation des pathologies psychiatriques, et vice-versa (45).

- **Effets chroniques physiques**

Sur le plan cardiovasculaire, le cannabis peut entraîner chez des patients plus âgés des extrasystoles auriculaires ou ventriculaires et d'autres arythmies plus persistantes comme la fibrillation auriculaire ou ventriculaire (46).

Il augmente également la fréquence des accidents vasculaires, en particulier dans l'heure qui suit la prise de cannabis (43).

Sur le plan pulmonaire, l'usage chronique augmente l'incidence de la toux et des crachats et provoque comme le tabac, des bronchopneumopathies chroniques obstructives (43).

Le cannabis augmente également le risque de cancer du poumon, en particulier chez les forts consommateurs (plus de 10 joints par jour) ou le risque est multiplié par 5.7 (47).

Sur le plan hépatique, l'usage quotidien de cannabis est un facteur de progression rapide de la fibrose hépatique en particulier dans les cas d'hépatite C ou d'autres hépatites chroniques (48).

## **V. Les médicaments psychotropes**

### **A. Principaux médicaments psychotropes**

Un médicament psychoactif est défini comme « une substance naturelle ou de synthèse dont l'objet est d'agir sur le système nerveux central afin d'y susciter des modifications de fonctionnement à but thérapeutique » (49).

Il existe 2 grands systèmes de classification des médicaments, le système américain (The American Hospital Formulary System Pharmacological/Therapeutic Classification scheme) et le système Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (51).

Pour la classification ATC, on peut définir les médicaments psychoactifs comme suit :

- Tétrazépam
- Dérivés des benzodiazépines
  - Clonazépam

- Psycholeptiques
  - Antipsychotiques
  - Anxiolytiques
  - Hypnotiques et Sédatifs
- Psychoanaleptiques
  - Antidépresseurs
  - Psychostimulants
  - Psycholeptiques et psychoanaleptiques en association
  - Médicaments contre la démence

Le médicament psychoactif est le plus souvent absorbé par voie orale, il va passer la barrière hémato-encéphalique pour déclencher ou modifier des réactions chimiques au niveau des synapses dans le cerveau.

## **B. Épidémiologie**

Les données de l'étude du baromètre santé 2014 concernant les médicaments psychotropes n'ayant pas été encore communiquées, les chiffres présentés sont donc issus de l'étude du baromètre santé 2010 (50). Selon celle-ci, 35,1% de la population de 18 à 64 ans déclarent avoir expérimenté les médicaments psychotropes et 17,5% de cette population ont consommé au cours de l'année écoulée.

Les femmes consomment davantage de médicaments psychotropes par rapport aux hommes : 42,8% versus 26,9% au cours de la vie, 21,4% versus 13,3% au cours de l'année écoulée, et ceci quelle que soit la tranche d'âge.

L'expérimentation de médicaments psychotropes apparaît en 3ème position chez les femmes (après celles de l'alcool et du tabac) et en 4ème position (après le cannabis) pour les hommes. L'expérimentation de médicaments psychotropes la plus basse est observée chez les jeunes de 18-25 ans (23,2%), nettement inférieure à celle de l'alcool (91,8%), du tabac (76,3%) et du cannabis (47,3%) (50).

Les prévalences au cours de l'année sont relativement élevées en particulier pour les anxiolytiques (10,4%), suivis par les somnifères (6,3%) et les

antidépresseurs (6,2%). La prévalence de consommation de thymorégulateurs au cours de l'année est de 0,7%, celle des neuroleptiques est de 0,9% (50).

Quelle que soit la classe des médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques), leur usage apparaît plus élevé chez les femmes, notamment pour les antidépresseurs et anxiolytiques; cet usage augmente avec l'âge puis diminue ou se stabilise au-delà de la tranche 55-64 ans (50).

## **C. Effets indésirables des médicaments psychotropes (51)**

### **1. Les anxiolytiques ou tranquillisants**

Les anxiolytiques sont des médicaments destinés à diminuer ou à supprimer l'anxiété, quelle qu'en soit l'origine.

Les effets indésirables des anxiolytiques dépendent de la classe à laquelle ils appartiennent.

Les anxiolytiques les plus consommés sont les benzodiazépines qui peuvent entraîner des effets de somnolence, des troubles mnésiques, plus rarement des réactions paradoxales (agitation, excitation, agressivité...) ainsi qu'une apparition d'une pharmacodépendance lors d'un traitement prolongé (51).

Lors d'un arrêt brutal, les benzodiazépines peuvent entraîner un syndrome de sevrage qui se manifeste par une insomnie, une irritabilité, des troubles de la coordination, des vertiges, une perte d'équilibre, des céphalées, des troubles digestifs et plus rarement des crises d'épilepsie et un état confusionnel (51).

Les autres molécules possédant des propriétés anxiolytiques sont :

- Les antihistaminiques : ils présentent l'avantage de ne pas induire de dépendance, mais ont des effets sédatifs marqués principalement en début de traitement.
- Les carbamates : utilisation limitée car risque de dépendance et risque léthal élevé en cas d'intoxication.
- Les agonistes 5HT1A : ils n'induisent pas de dépendance ni d'effet sédatif mais leur délai d'action est plus long.
- Les bêtabloquants : ils traitent surtout les symptômes somatiques d'anxiété.

## 2. Les hypnotiques ou somnifères

Les hypnotiques sont pour l'essentiel des molécules chimiquement apparentées aux benzodiazépines, ils possèdent en conséquence les mêmes effets indésirables (51).

## 3. Les antidépresseurs

Les 2 grandes familles d'antidépresseurs les plus connues sont (51):

- Les antidépresseurs tricycliques et apparentés :

Ils entraînent de nombreux effets indésirables sur le plan neuropsychique (troubles du sommeil, tremblements, inversion rapide de l'humeur, levée de l'inhibition majorant le risque de suicide et des syndromes confusionnels.).

Ils entraînent également une sécheresse buccale, une constipation, une mydriase, un risque de rétention urinaire, une hypotension, des troubles de la conduction, une diminution de la libido, une prise de poids...

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine :

Ce sont les antidépresseurs les plus utilisés actuellement car ils sont très efficaces et ont peu d'effets indésirables et une absence de toxicité cardiaque.

Il existe néanmoins quelques effets indésirables transitoires principalement digestifs.

## **VI. Les autres substances psychoactives non médicamenteuses illicites**

Dans cette partie seront traités la cocaïne et le crack (52), l'héroïne (53), l'amphétamine et l'ecstasy et les champignons hallucinogènes / LSD (52).

### **A. Cocaïne et crack**

#### **1. Présentation**

La cocaïne est obtenue à partir de feuilles de coca. Elle se présente essentiellement sous forme de poudre et est consommée essentiellement par voie nasale. Elle est plus rarement fumée ou injectée par voie intra veineuse.

Le crack est un dérivé de la cocaïne qui va être coupé à différents produits ; Il se présente sous forme de cristaux et il peut être fumé (52).

#### **2. Pharmacocinétique**

Lorsque la cocaïne est fumée, elle arrive en moins de 8 secondes au cerveau alors qu'elle met 3 minutes lorsqu'elle est sniffée.

La cocaïne est diffusée dans tous les tissus de l'organisme, puis est éliminée soit par métabolisme (hépatique ou plasmatique), soit par voie urinaire sous forme inchangée (54).

#### **3. Épidémiologie**

La cocaïne est le produit illicite le plus consommé en France après le cannabis. En 2014, son expérimentation concernait 5,6 % des 18-64 ans (16).

L'usage actuel comme l'expérimentation de la cocaïne concerne deux à trois fois plus les hommes que les femmes.

L'usage au cours de l'année concerne en premier lieu les 18-25 ans (3,1 %) et les 26-34 ans (2,2%) pour régresser ensuite et devenir pratiquement nul à partir de 55 ans.

#### **4. Complications et maladies**

Lorsqu'elle est sniffée, la cocaïne peut entraîner des traumatismes de la muqueuse nasale (perforation, ulcération..). Il existe également un risque infectieux (transmission du VIH de l'hépatite B ou de l'hépatite C lors du partage des pailles ou des seringues usagées, abcès...)

Le produit entraîne des risques sur le plan cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus du myocarde...), sur le plan neurologique (épilepsie, acouphènes..) et sur le plan psychiatrique (épisode psychotique aigu, troubles du comportement, attaque de panique...) (52).

### **B. Héroïne**

#### **1. Présentation**

Les opiacés sont des substances dérivées de l'opium. L'opium est peu utilisé, mais ses dérivés sont très répandus : l'héroïne, la morphine et dérivés morphiniques.

Pour cette étude, nous nous intéresserons particulièrement à l'héroïne qui est un dérivé semi-synthétique de la morphine obtenue par diacétylation.

Elle est 10 fois plus active que la morphine, elle peut être utilisée par voie nasale, fumée ou injectée (53).

#### **2. Pharmacocinétique**

L'héroïne est une préparation brute de la diamorphine. Après avoir été injectée, la morphine traverse la BHE en 20 secondes et près de 70% de la dose atteint le cerveau.

La demi-vie de la diamorphine est d'environ 3 minutes ; celle-ci est essentiellement excrétée dans les urines (55).

#### **3. Épidémiologie**

Le niveau d'expérimentation de l'héroïne en population générale en France est de 1,5% des 18-64 ans (16) (2,5% parmi les hommes contre 0,6% parmi les femmes) et l'usage actuel apparaît très rare (0,2%).

#### **4. Complications et maladies ()**

La dépendance à l'héroïne s'installe très rapidement.

À long terme, elle entraîne des troubles du comportement, une agitation psychomotrice ainsi qu'un syndrome déficitaire (apragmatisme, émoussement affectif) (53).

Le risque infectieux est important par transmission des seringues usagées (VIH, hépatite C) ; il existe également un risque d'endocardite, d'infections cutanées et de pneumopathies aiguës (53).

Les symptômes de sevrage apparaissent 6 à 10 heures après la dernière injection (anxiété croissante, irritabilité, insomnie, myalgies intenses, déshydratation...) (53).

### **C. Amphétamines et ecstasy**

#### **1. Présentation**

Les amphétamines et l'ecstasy (forme comprimé du MDMA (méthylène-dioxy-métamphétamine)) sont des drogues de synthèse.

Les amphétamines sont soit sous forme de poudre à sniffer, soit sous forme de comprimé. Elles peuvent être exceptionnellement injectées par voie intraveineuse (52).

#### **2. Pharmacocinétique**

Les amphétamines sont rapidement absorbées après administration orale ; le pic plasmatique est atteint en moyenne en 2,5 heures.

Les effets sur le système nerveux central (SNC) apparaissent généralement dans les 30 minutes et perdurent plusieurs heures.

L'élimination se fait le plus souvent par voie urinaire (56).

#### **3. Épidémiologie**

Les niveaux d'expérimentation pour les substances synthétiques telles que la MDMA/ ecstasy et des amphétamines sont respectivement de 4,3% et de 2,3% (16).

La proportion d'usagers actuels d'ecstasy est de 0,9% et de 0,3% pour les amphétamines.

Les tranches d'âge les plus concernées sont les 18-25 ans. (3,8% pour l'ecstasy et 1,1% pour les amphétamines).

#### **4. Complications et maladies ()**

Plusieurs heures après la prise d'amphétamines, il survient une phase de dépression très désagréable qui associe anxiété et asthénie. Sur le plan somatique, les amphétamines entraînent une tachycardie, une hypertension, une hyperthermie et des myoclonies.

En cas de consommation chronique, elles peuvent entraîner un syndrome délirant à thématique persécutive (52).

### **D. LSD et champignons hallucinogènes**

#### **1. Présentation**

Les substances hallucinogènes sont présentes dans certains végétaux (hallucinogènes naturels) ou elles sont produites chimiquement (hallucinogènes synthétiques) (52).

Les hallucinogènes naturels sont les plus consommés. Ils sont contenus dans les champignons dits « hallucinogènes ».

L'hallucinogène synthétique le plus courant est le LSD (Acide Lysergique Diéthylamide), il est consommé exclusivement par voie orale.

Il existe d'autres hallucinogènes synthétiques comme la kétamine et le GHB (gamma-hydroxy-butyrate).

#### **2. Pharmacocinétique**

Lorsque le LSD est pris oralement, ses effets apparaissent dans les 30 minutes et peuvent se prolonger entre 8 et 12 heures.

Le LSD est principalement métabolisé dans le foie et excrété dans les urines (57).

### **3. Épidémiologie**

En France métropolitaine, les champignons hallucinogènes sont globalement peu expérimentés en population adulte (4,8% des personnes âgées de 18 à 64 ans dont 6,8% chez les hommes et 2,8% chez les femmes). Comme pour les autres drogues, ce sont les jeunes adultes qui sont les plus concernés.

Les niveaux d'usage actuel de LSD sont de 0,3% (16).

### **4. Complications et maladies ()**

Ces hallucinogènes peuvent entraîner des troubles du comportement voire une dépersonnalisation.

Des effets non recherchés peuvent survenir : distorsions sensorielles à caractère effrayant, angoisse massive et comportement agressif.

Sur le plan somatique, la prise d'hallucinogènes provoque une tachycardie, une hypertension artérielle, des nausées et des vomissements (52).

## **VII. Substances psychoactives en milieu professionnel**

Les conduites addictives en milieu professionnel ont suscité peu d'études en France. (1)

Ces problématiques de consommations de substances psychoactives dans le cadre du travail ont été étudiées dans le cadre du baromètre santé de l'INPES 2010, mais uniquement pour l'alcool.

D'après les données de cette enquête, 18,9% des hommes et 10,3% des femmes, soit 16,4% des salariés qui ont un usage d'alcool au moins occasionnel, ont consommé de l'alcool durant leur temps de travail au moins une fois dans l'année. (58)

La proportion de ceux qui déclarent consommer pendant leur temps de travail au moins une fois par semaine, est beaucoup plus faible mais atteint 1,5% de l'ensemble des actifs occupés.

Ces résultats se complètent avec l'étude de 2006 de Ménard (59) qui a inclus 1000 actifs âgés de 18 ans ou plus et qui a retrouvé que 1 % consommait souvent pendant leur temps de travail.

Lorsque les salariés sont confrontés à des problèmes dans leur vie professionnelle, ils ont tendance à réagir en augmentant leurs consommations : C'était le cas en 2010 d'1 fumeur sur 3 et d'environ 1 fumeur de cannabis ou un consommateur d'alcool sur 10. (58)

Cette même étude montre que 24 % des actifs qui ont considéré que leurs conditions de travail s'étaient dégradées en 5 ans, ont pris des médicaments psychotropes dans l'année.

Une autre étude datant de 2007 s'est tout particulièrement intéressée à la notion de conduite dopante, elle a inclus 663 salariés non dépendants à la nicotine et à l'alcool.

Celle-ci a révélé que l'alcool était utilisé pour des motivations professionnelles par 7,5% de l'effectif, le tabac par 10,3% et le cannabis par 2,1%. (60)

Plusieurs études ont considéré l'hypothèse que la consommation de substances psychoactives permettait de surmonter un mal-être, elles se sont donc particulièrement intéressées au stress.

Les résultats de ces études apparaissent contradictoires car certaines enquêtes ne confirment pas l'hypothèse d'un effet du stress sur les consommations de substances psychoactives ou ne mettent en évidence qu'une relation limitée. (61)

Selon Hodgins DC (62), les emplois qui demandent beaucoup de responsabilités et où l'alcool est disponible entraînent plus de consommations d'alcool problématiques pour les hommes.

Ceci rejoint Marchand A. (63) qui a déterminé que les cadres supérieurs étaient plus à risque de consommations problématiques d'alcool.

Les données font apparaître un lien entre la surcharge de travail et l'insécurité d'emploi, et les consommations d'alcool et de drogues illicites avant et pendant la journée de travail. (Uniquement pour les drogues illicites dans ce dernier cas).

Par ailleurs, une étude de cohorte de jeunes adultes (64) fait clairement apparaître une association entre l'exposition à des facteurs de stress et le risque de dépendance à une substance psychoactive. La puissance de cette étude est un argument solide en faveur d'une relation causale entre facteurs de stress et consommations de substances psychoactives.

Une autre étude portant sur 2 106 travailleurs de la région toulousaine a montré qu'une précarité de l'emploi et un score élevé de stress étaient significativement associés à une consommation de boissons alcoolisées afin de se détendre ou d'être plus à l'aise au travail (65).

Cette étude peut également être complétée par celle de 2011 qui a démontré chez des salariés luxembourgeois que les risques de consommations de substances illicites et d'alcool étaient significativement plus importants lorsqu'ils occupaient un poste de sécurité. (66)

Plusieurs enquêtes menées récemment en France (67) ou en Nouvelle-Zélande (68) montrent que les horaires de travail, lorsqu'ils sont irréguliers, trop intenses ou de nuit apparaissent clairement liés à la consommation de substances psychoactives.

La question des relations au travail a également fait l'objet d'études au Canada, (63) en France (67) et en Amérique (69). Elle montre que les personnes confrontées dans le travail au harcèlement, à la discrimination et aux brimades, ont des niveaux de consommations très supérieurs au niveau moyen.

Des associations significatives entre les longues heures de travail et une consommation nocive d'alcool ont été démontrées dans une analyse secondaire concernant 76 136 employés dans les collectivités canadiennes (70).

Cette analyse a également conclu un lien entre l'insécurité de l'emploi et les consommations problématiques d'alcool.

Ceci rejoint l'étude de San José (71) portant sur 7 533 personnes qui a mis en évidence qu'une charge de travail importante augmentait le risque d'une consommation d'alcool.

Également, les employés qui perçoivent leur encadrement comme susceptible de repérer qu'ils ont consommé et de réagir à cette consommation, ont une consommation moindre (72).

D'autres facteurs comme l'ennui et l'insatisfaction au travail sont également souvent cités comme à risque de consommation.

Il ne faut pas oublier que la culture d'entreprise peut favoriser les consommations ; en effet, une enquête dans le Nord Pas-de-Calais (73) auprès de 2 409 apprentis âgés de 14 à 28 ans, indique que 8% des apprentis se sont vus proposer de l'alcool par leurs collègues au moins une fois par mois.

Selon le baromètre santé 2010 (58), 40% ont consommé entre collègues de l'alcool à la sortie du travail.

Les accidents du travail en lien avec les consommations de substances psychoactives sont très difficiles à mesurer.

Une étude cas-témoins de 2003 (74) a montré une différence significative entre la consommation de substances et le risque accru de se blesser au travail.

Une analyse secondaire (75) d'une enquête nationale australienne a estimé que les consommations avaient entraîné dans cette population 2,5 millions de jours perdus chaque année en raison de l'utilisation d'alcool et de drogues engendrant un coût de plus de 680 millions de dollars.

En 2006, un grand nombre de directeurs de ressources humaines et de dirigeants d'entreprise ont été interrogés dans le cadre d'une enquête sur les consommations de substances addictives en entreprise. 6 dirigeants sur 10 ont déjà connu un problème d'alcool et près de 4 sur 10 au cours des 12 derniers mois. Parmi les premiers, un peu plus d'1 sur 10 rapportent avoir déjà été confrontés à un accident de travail lié à une consommation d'alcool. (59)

## VIII. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de déterminer la prévalence de la consommation de substances psychoactives dans la population active.

Les objectifs secondaires comprennent :

- Une étude descriptive des polyconsommateurs
- Une recherche des facteurs prédictifs d'une consommation à risque pour l'alcool.
- Une recherche des facteurs prédictifs d'une consommation à risque pour le cannabis.

La décision de rechercher les facteurs prédictifs uniquement pour l'alcool et le cannabis est relative au fait que seules ces substances ont fait l'objet d'un questionnaire de repérage de consommations nocives.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Etude « Santé, Travail, Substances psychoactive**

Cette étude est donc une étude épidémiologique, observationnelle, transversale et multicentrique.

L'étude « Santé, travail, substances psychoactives » a été élaborée dans l'optique de pouvoir décrire des consommations de substances psychoactives, de déterminer les prévalences d'usage, d'usage problématiques et d'étudier les interactions entre la santé et le travail dans la population salariée du Nord-Pas-de-Calais.

#### **A. Conception de l'étude**

Cette étude a été conçue par une équipe multidisciplinaire universitaire experte dans le domaine de la pharmacodépendance (Pr Bordet), de l'addictologie (Pr Cottencin), de la sociologie (Mr Plancke) et de la médecine du travail (Pr Frimat, Dr Fontaine).

L'option retenue était celle de la passation d'un auto-questionnaire, renseignant différents champs socio-démographique, professionnel ou concernant les consommations, auprès des salariés consultant en centres Santé-Travail de la région, grâce à la collaboration des équipes des services interentreprises de la région.

## **B. Méthodologie de l'étude**

### **1. Recrutement des centres Santé-Travail :**

Après une information des médecins des centres, 98 médecins volontaires ont été recrutés. Finalement 81 médecins du Nord-Pas-de-Calais ont participé dont 26 médecins du Pas-de-Calais. Pour les services inter-entreprises du Nord, l'inclusion a été réalisée de septembre 2012 à mars 2013. Celle-ci a été réalisée de mars 2013 à juin 2013 pour les services inter-entreprises du Pas- de-Calais.

Chaque médecin travaillant devait recueillir cent questionnaires et les médecins travaillant à temps partiel devaient en recueillir 50.

Les centres de médecine du travail ont ensuite été prévenus par l'intermédiaire de courrier envoyé aux directeurs. L'accord du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a également été sollicité

### **2. Critères d'inclusion et d'exclusion des salariés**

Tous les salariés qui passaient la visite médicale étaient inclus, à l'exception des salariés consultant pour une visite de pré-reprise et une visite réalisée à la demande de l'employeur.

La participation à l'étude était strictement volontaire.

### **3. Déroulement de l'étude**

L'étude s'est déroulée dans le département du Nord de septembre 2012 à mars 2013, puis dans le département du Pas-de-Calais de mars à juin 2013.

Après une information du salarié, celui-ci acceptait ou non de participer et de remplir le questionnaire en salle d'attente. Il était bien expliqué que cette participation n'était pas obligatoire et qu'elle n'influçait pas les conclusions de la visite de médecine du travail. En effet après remplissage le questionnaire était glissé dans une enveloppe déposée dans une urne cadenassée. Pour rassurer les salarié le remplissage était proposé à l'issue de la consultation médicale.

A partir du début de l'étude, tous les salariés présentant les critères d'inclusion étaient sollicités, les inclusions étaient consécutives jusqu'à l'obtention du nombre adéquat de questionnaires.

#### **4. Traitement des données**

A la fin de l'étude, les questionnaires étaient recueillis pour être traités et enregistrés au centre d'addictovigilance de Lille.

Après une identification des pochettes de questionnaires, les questionnaires étaient enregistrés dans une base de données, conçue spécifiquement, grâce au logiciel CS online. Cet enregistrement a été effectué par 5 personnes formées à un codage uniformisé. Une relecture a été effectuée pour tous les questionnaires. Un data manager contrôlait la qualité des données enregistrées et notamment des incohérences relevées. Un 3<sup>ème</sup> contrôle des données a été réalisé sur 400 questionnaires tirés au hasard. Le taux d'erreur de saisie était inférieur à 1%.

Une évaluation des incohérences a été réalisée avec corrections des questionnaires concernés, le cas échéant.

Une évaluation du taux de remplissage des questionnaires a ensuite été réalisée. Le questionnaire comprend différentes sections dédiées notamment aux données socio—démographiques, aux données de santé, aux données professionnelles, aux consommations d'alcool, de tabac, de cannabis, de médicaments. Il a été demandé au data manager de décompter le nombre de questionnaire comprenant plus de 50% de réponses consacrées à chacune des 3 premières sections ou comportant au moins une réponse concernant le sexe et l'âge pour les données socio-démographiques, ou comportant au moins une réponse aux questions concernant l'emploi, les catégorie socioprofessionnelles (CSP) et le stress au travail. Pour la section consacrée aux données professionnelles une requête a également exploré l'existence d'un remplissage aux questions concernant l'emploi ou la CSP ou le stress. Concernant les consommations plusieurs requêtes ont été effectuées pour illustrer le taux de remplissage aux questions concernant l'existence d'une consommation d'alcool, ou de cannabis ou de médicaments psychotropes ou

antalgiques. Les dernières requêtes étaient consacrées au décompte des questionnaires comportant au moins 50% de réponses à différentes sections combinées.

D'après l'analyse de ces 14 requêtes le taux de remplissage des différentes sections était supérieur à 85%. Deux sections étaient remplies à plus de 85%, 3 à plus de 90% et 9 à plus de 95%. Après exclusion des questionnaires complètement vides (N=25), l'ensemble de ces questionnaires a été conservé et traité.

## **II. Auto-questionnaire (annexe 1)**

L'auto-questionnaire a été conçu pour décrire les différentes consommations de substances psychoactives en prenant en considération la situation personnelle et professionnelle des salariés.

Cet auto-questionnaire comporte six parties.

### **A. Situation personnelle**

La situation personnelle a été explorée par 15 questions et s'attache à décrire les données sociodémographiques et la précarité (Q1 à Q15 du questionnaire).

Les données personnelles renseignent l'âge, le sexe, le mode de vie, (seul, en couple ou en collectivité) et le nombre d'enfants à charge.

La précarité a été définie par l'utilisation du score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) (76).

Celui-ci comporte 11 questions et a été établi en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance maladie, du Cetaf (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES) et de l'école de santé publique de Nancy.

Ces questions ont été établies à partir d'un questionnaire de 42 questions prenant en compte plusieurs dimensions de la précarité (emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événement de vie, santé perçue.)

Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régressions multiples ont permis de sélectionner parmi 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet.

La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient.

Chaque coefficient est ajouté à la constante 75,14 si la réponse à la question est oui. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité) (Annexe 2).

Un score supérieur à 30 est considéré comme le seuil de précarité selon le score EPICES.

Dans le cadre d'un repérage de première intention, les personnes ayant au moins un score de 4 réponses défavorables au score peuvent être considérées comme vulnérables (77).

## **B. Qualité de vie**

La santé ressentie et déclarée a été évaluée par le questionnaire de DUKE (78, 79) (annexe 3).

Dix dimensions de la santé sont explorées : la santé physique, la santé mentale, la santé sociale, la santé générale, la santé perçue, l'estime de soi, l'anxiété, la dépression, la douleur et l'incapacité grâce à 17 questions (questions 16 à 32 du questionnaire).

Chaque question comporte 3 réponses possibles qui sont cotées de 0 à 2.

Chaque dimension est calculée à partir des questions qui la composent selon cette cotation.

Nous obtenons ainsi, pour chaque sujet, un score compris entre 0 et 100, 100 étant le score optimal de qualité de vie.

Pour les scores d'anxiété, de dépression, de douleur et d'incapacité où le rapport est inversé (un score élevé correspond alors à une situation dégradée).

## **C. Situation professionnelle**

La situation professionnelle a été renseignée au travers de 12 questions (questions 33 à 44 du questionnaire).

## 1. Emplois

La question 33 était une question ouverte, demandant aux salariés : « Quel emploi occupez-vous ? ».

La grande diversité des métiers renseignés nous a obligés à utiliser la classification PCS 2003 niveau 2 de INSEE afin de les regrouper et ainsi permettre de les analyser (annexe 4) (80).

Afin de classer au mieux les métiers par catégories socioprofessionnelles, nous avons suivi la marche à suivre conseillée à la page 9 de la brochure PCS- ESE 2003 éditée par l'INSEE et la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) :

- Première étape : déterminer le premier chiffre du code au groupe socioprofessionnel en situant la position de l'emploi considéré (ouvriers, employés, professions intermédiaires (PI) ou cadres).
- Deuxième étape : poursuivre en cherchant à classer le métier selon le domaine de l'emploi considéré, second chiffre du code ou catégorie socioprofessionnelle.

Comme nous n'avons pas suffisamment d'informations pour affiner la classification de l'INSEE, nous avons volontairement décidé de nous arrêter au niveau 2 de la classification de l'INSEE (2 chiffres).

Dans le but de classer au mieux les salariés, nous nous sommes aidés de la catégorie socioprofessionnelle déclarée à la question 34 du questionnaire car un même métier pouvait être classé dans des catégories différentes.

Par exemple, un cuisinier de restaurant ou de collectivité peut être classé :

- Dans la catégorie 56 (service aux particuliers) s'il a renseigné qu'il était salarié.
- Dans la catégorie 61 (ouvrier qualifié) s'il a renseigné qu'il était ouvrier.
- Dans la catégorie 48 (agent de maîtrise, contremaître) s'il a renseigné qu'il était profession intermédiaire.

- Dans la catégorie 36 (cadre d'entreprise) s'il a renseigné qu'il était cadre.

Il est également important de relever que certains emplois de production, de conduite d'engins, de manutention, de magasinage ou de nettoyage, même s'ils sont classés comme salariés à la question 34, seront néanmoins classés dans le groupe des ouvriers dans la nomenclature.

Certains métiers pouvaient être classés en tant qu'ouvriers qualifiés ou ouvriers non qualifiés. Comme nous n'avons pas les informations nécessaires pour leur classement, nous avons décidé de les mettre dans la catégorie « ouvriers qualifiés » lorsqu'ils avaient un CDI. Les autres ont donc été classés en ouvriers non qualifiés.

Nous n'avons pas la possibilité de différencier les fonctionnaires des salariés.

Les personnes qui ont été classées dans la catégorie socioprofessionnelle « fonction publique » ont donc des métiers qui se retrouvent le plus souvent dans la fonction publique sans forcément y appartenir par rapport à la classification de l'INSEE.

Les métiers qui ont été le plus souvent retrouvés sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 4: CSP et principaux métiers associés**

Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	Professeurs, maîtres de conférence, médecins, pharmaciens, artistes.
Cadres d'entreprise	Directeurs, ingénieurs, développeurs, responsables, cadres commerciaux, cadres administratifs, juristes.
PI de l'enseignement, de la santé et de la fonction publique	Infirmiers, puéricultrices, sages-femmes, kinésithérapeutes, éducateurs spécialisés, préparateurs en pharmacie.
PI administratives et commerciales	Chargés de clientèle, responsables commerciaux, technico-commerciaux, secrétaires de niveau supérieur.

Techniciens	Techniciens d'étude, techniciens des travaux, techniciens d'installation et de maintenance, dessinateur en bâtiment.
Contremaîtres, agents de maîtrise	Chefs de chantier, conducteurs de travaux, agents de maîtrise, responsables.
Employés de la fonction publique	Aides soignantes, auxiliaires de puériculture, aides médico-psychologiques, agents de sécurité, agents de surveillance, ambulanciers, convoyeurs de fonds.
Employés administratifs	Secrétaires, Agents d'accueil, Comptables, assistants.
Employés de commerce	Vendeurs, employés commerciaux, hôtesse de caisse, employés de libre service.
Personnels des services directs aux particuliers	Femmes de ménage, coiffeurs, assistantes maternelles, aides à domicile, serveurs, employés de la restauration, employés de l'hôtellerie.
Ouvriers qualifiés	Chefs d'équipe, chauffeurs, électriciens, menuisiers, chaudronniers, soudeurs, pilotes d'installation, mécaniciens, jardiniers, maçons, couvreurs, plombiers, caristes, peintres.
Ouvriers non qualifiés	Manutentionnaires, déménageurs, ouvriers non qualifiés en bâtiment, trieurs, emballeurs, nettoyeurs, apprentis.

## **2. Situation professionnelle**

Diverses questions relatives à la situation professionnelle du salarié ont été posées pour caractériser le travail, notamment en terme de contrat de travail (CDI, CDD, apprenti ou intérim), du nombre d'heures de travail hebdomadaires (question ouverte), de la responsabilité (encadrement du personnel, poste de sécurité), de la latitude décisionnelle (réponses allant de « n'a pas du tout de liberté de décider de comment effectuer son travail » à « décide totalement de comment effectuer son travail ») et du souhait de garder son travail.

Toutes ces données pouvaient en effet constituer des facteurs de risque de stress ou de consommation.

Nous avons également estimé le stress perçu au travail à l'aide d'une échelle graduée de 0 (stress ressenti nul) à 10 (stress maximal).

## **D. Les consommations de substances psychoactives**

L'étude a porté sur les consommations d'alcool, de drogues (cannabis, cocaïne, crack, ecstasy, MDMA, amphétamines, héroïne, opiacés, LSD ou autres), de médicaments (psychotropes et antalgiques) et du tabac.

Pour chacune de ces substances, les fréquences des consommations ont été caractérisées.

La temporalité des consommations par rapport au travail (avant, pendant, après le travail) a été demandée.

Le questionnaire comportait une question concernant le lien que le salarié faisait entre la consommation et son travail (pas du tout, un peu, moyennement, tout-à-fait) pour l'alcool, le cannabis et les médicaments

Pour l'alcool et le cannabis, un score permettant d'établir des consommations à risque ou non a été calculé.

### **1. Alcool :**

Afin d'évaluer de façon globale la consommation d'alcool et le lien, plusieurs questions ont été posées. La première concerne la fréquence des consommations lors des 12 derniers mois avec comme modalité de réponse « non, jamais ; au moins une fois par mois ; une à plusieurs fois par semaine ; tous les jours » (Q45 du questionnaire)

En cas de consommation déclarée, la gravité était évaluée grâce au questionnaire DETA (81). Il se compose de 4 questions sur le besoin de diminuer les consommations, les remarques de l'entourage par rapport aux consommations, l'impression de boire trop et le besoin d'alcool dès le matin pour être en forme (Q46 à 49 du questionnaire).

Ce score varie de 0 (pas de consommation problématique) à 4 (consommation très problématique) en fonction des réponses positives en rapport avec la consommation.

Un score DETA supérieur ou égal à 2 correspond à une probabilité élevée d'usage nocif ou d'alcoolodépendance.(annexe 5)

Il possède une valeur prédictive positive de 72.3% pour l'abus et la dépendance liée à l'alcool.

Les autres questions (questions 50, 51 et 53 du questionnaire) renseignent à quel moment de la journée ils consomment (avant, pendant ou après le travail).

Pour les personnes déclarant une consommation pendant le travail, afin de différencier les consommations conviviales par rapport aux consommations solitaires, une question portait sur la consommation en solitaire ou avec des collègues (Q52 du questionnaire).

Enfin une dernière question a défini le lien que le salarié établissait entre la consommation d'alcool et son travail (Q54 du questionnaire).

## **2. Cannabis :**

La première question porte sur la fréquence des consommations lors des 12 derniers mois (Q55 du questionnaire).

Pour les personnes ayant déjà consommé au moins une fois, l'âge de la première consommation est demandé (Q56 du questionnaire).

Pour ceux qui ont consommé du cannabis lors des 12 derniers mois, nous avons évalué la gravité de ces consommations à l'aide du questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (82).

Il comprend 6 questions relatives à la consommation du cannabis au cours des 12 derniers mois et les conséquences médico-sociales de cette consommation (Q57 à 62 du questionnaire).

Le score de 0 à 6 permet de caractériser la gravité de cette consommation (annexe 6).

Un score inférieur à 2 n'est pas en faveur d'une consommation problématique.

Un score égal à 2 amène le sujet à s'interroger sérieusement sur les conséquences de sa consommation.

Un score supérieur à 3 doit amener le sujet à se faire aider.

Plus ce score est important et plus l'usage du cannabis est problématique.

Dans le cadre de notre étude, nous avons retenu un usage problématique lié au cannabis quand le score  $CAST \geq 2$  (82).

Il a également été demandé aux sujets à quel moment de la journée ils consommaient du cannabis (avant et pendant ou après le travail) (question 79 du questionnaire).

La dernière question a défini le lien que le salarié établissait entre la consommation de cannabis et son travail (Q63 du questionnaire).

### **3. Tabac :**

Afin de quantifier la consommation, nous avons demandé aux personnes fumant quotidiennement le nombre de cigarettes consommées par jour (Q64 du questionnaire).

Pour les fumeurs, nous avons différencié les consommateurs qui ne souhaitaient pas arrêter des consommateurs qui ont essayé mais qui n'ont pas réussi (Q65 du questionnaire).

### **4. Médicaments :**

Nous avons exploré les consommations de médicaments pouvant faire l'objet d'abus ou de pharmacodépendance.

Les médicaments psychoactifs auxquels nous nous sommes intéressés sont répartis en 2 grandes classes, à savoir les médicaments psychotropes et les médicaments antalgiques.

#### ***a) Médicaments psychotropes***

Nous avons demandé initialement aux salariés s'ils avaient consommé des médicaments psychotropes lors des 12 derniers mois (Q66 du questionnaire).

Lorsque la réponse était positive, on leur demandait de citer le nom ou le type de médicament (question ouverte).

Des possibilités de réponses étaient offertes aux salariés comme anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques mais également des intitulés plus génériques comme « somnifères » et « calmants ».

Dans le cas où le salarié ne se souvenait pas du nom du médicament, il pouvait essayer de le décrire.

Plusieurs lignes étaient à leur disposition pour lister l'ensemble des médicaments (Q67 à 69 du questionnaire).

Concernant l'enregistrement dans la base de données, les médicaments psychotropes étaient codés en chiffre par un médecin pharmacologue puis regroupés en classes ATC pour l'analyse.

Enfin, nous avons demandé aux salariés si cette consommation était en lien avec leur travail (Q70 du questionnaire).

### ***b) Médicaments antalgiques***

Nous avons demandé initialement aux salariés s'ils avaient consommé des médicaments antalgiques lors des 12 derniers mois (Q71 du questionnaire).

Lorsque la réponse était positive, Il leur était demandé de préciser l'indication du traitement (question ouverte)

Des exemples d'étiologie leur étaient proposés comme le mal de dos et la migraine, la fibromyalgie...

Les réponses ont été classées dans différents groupes :

- Migraine
- Traumatique
- Douleurs dentaires
- Douleurs rachidiennes
- Douleurs du membre supérieur
- Douleurs du membre inférieur
- Arthrose
- Douleurs d'origine infectieuse
- Douleurs digestive/gynécologique/urologique

- Douleurs d'origine cardiovasculaires
- Douleurs inflammatoires sans localisation précisée
- Douleurs post-chirurgicale
- Fibromyalgie

Tout comme les médicaments psychotropes, le salarié devait donner le nom des antalgiques utilisés ou à défaut décrire le type de médicament.

Ceux-ci ont été chiffrés par un médecin pharmacologue en palier 1, 2, 3 et autres antalgiques classés par classes ATC.

Enfin, nous avons demandé aux salariés si cette consommation était en lien avec leur travail (Q76 du questionnaire).

Deux questions recherchaient la prise de traitements substitutifs (Q77 du questionnaire) et la prise de traitements addictolytiques durant le dernier mois.

#### **5. Autres substances :**

La consommation de substances psychoactives, plus rares, comme la cocaïne, « le crack », l'ecstasy, le MDMA, les amphétamines, l'héroïne, les opioïdes, le LSD ou d'autres drogues (deux questions ouvertes) a été explorée.

La fréquence des consommations et le lien temporel avec le travail (avant, pendant ou après le travail) a été recherchée (Q79 à 86 du questionnaire).

#### **E. Les motivations:**

Lorsque les salariés avaient émis un lien entre leur consommation et le travail, il leur était demandé de préciser leurs motivations à consommer (Q87 à 90).

Pour les consommations d'alcool, de cannabis, de médicaments et d'autres substances, 7 types de motivation leur étaient proposés (« se stimuler », « prendre confiance en soi », « gérer le stress », « gérer les problèmes au travail », « faciliter le contact avec son entourage professionnel », « se calmer » et « tenir le coup, les cadences »).

Plusieurs réponses étaient donc possibles pour un même salarié.

## **F. Complications professionnelles des consommations.**

Quatre questions (Q91 à 94) ont été posées aux salariés afin de permettre de quantifier le nombre d'arrêts, d'accidents de travail et de rechercher un lien avec la consommation de substances psychoactives.

### III. Analyse statistique

Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquence et de pourcentage. Les paramètres numériques non gaussiens ont été décrits en termes de médiane et d'intervalle interquartiles. La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les comparaisons de deux groupes de patients (Consommations problématiques d'alcool (Oui/non) ou de cannabis (Oui/non)) ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi-deux pour les paramètres qualitatifs, à l'aide d'un test du U de Mann-Whitney pour les paramètres continus non gaussiens, médiane et intervalle interquartiles (IQR), et à l'aide d'un test de tendance pour les paramètres ordinaux.

Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique du CHRU de Lille. Le niveau de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

## RESULTATS

### I. Flow chart

Initialement, 7 250 questionnaires ont été distribués dans les différents services inter-entreprises de la région Nord-Pas-de-Calais.

Au total, 6 541 questionnaires ont été récupérés. Parmi eux, 25 ne comportaient aucune réponse, ils ont donc été exclus de l'étude.

L'effectif global analysé dans l'étude est de 6 516 salariés.

Figure 1 : Flow chart.

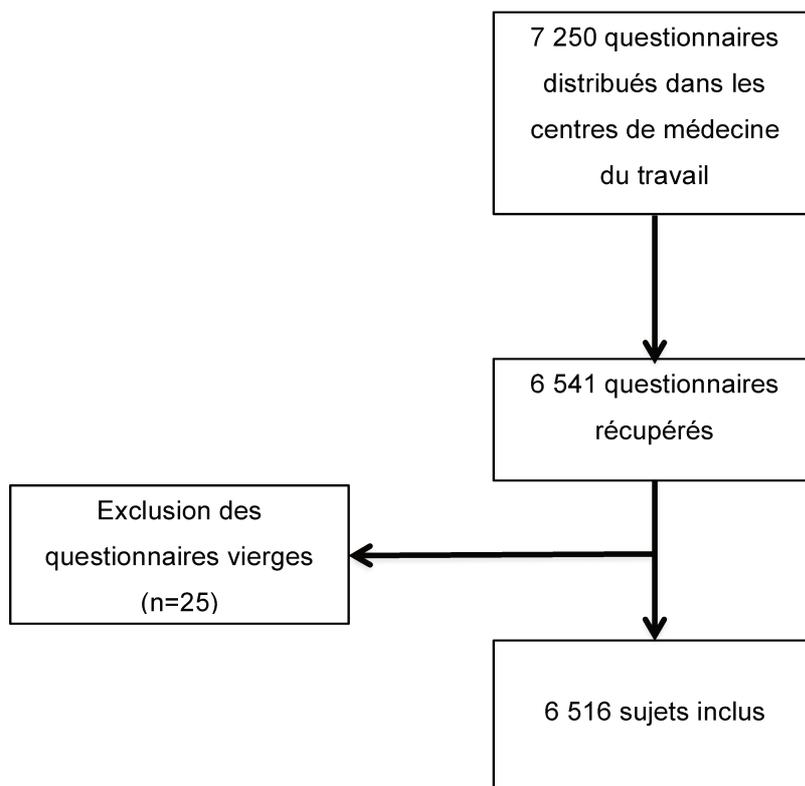


Figure 1 : Flow chart.

## II. Analyse descriptive globale de la population

### A. Caractéristiques socio-démographiques de la population

#### 1. Âge et sexe de la population

Notre effectif est composé de 56,2% d'hommes (n=3626) et de 43,8% de femmes (n=2828).

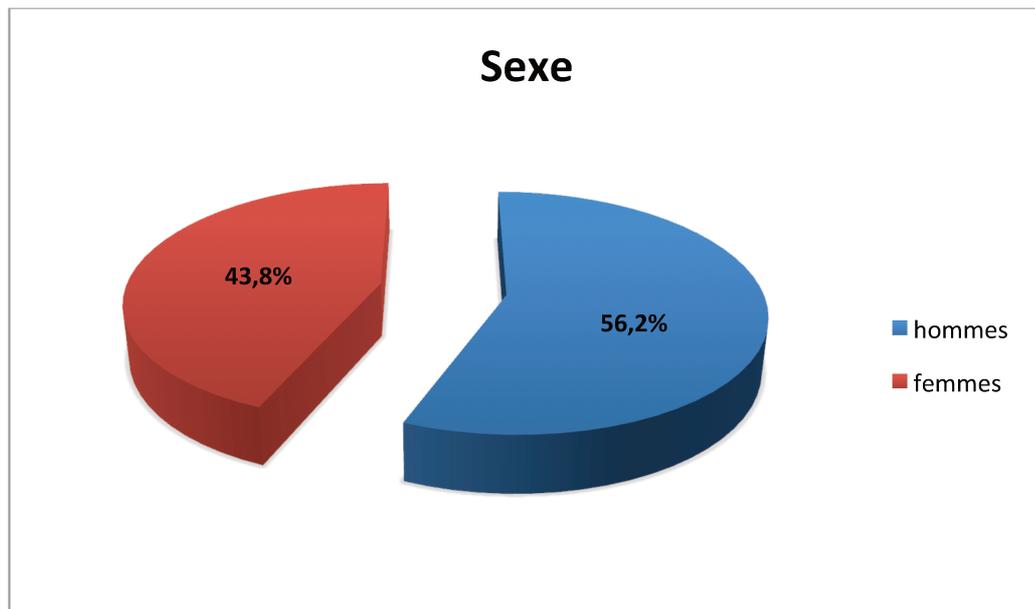
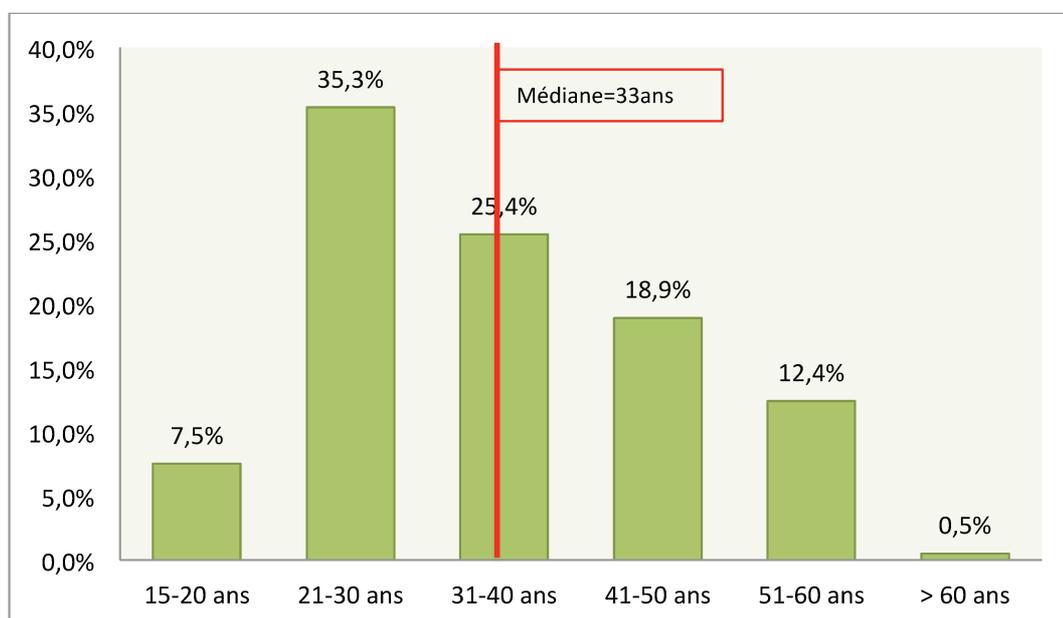


Figure 2 : Répartition des salariés selon le sexe.

L'âge est compris entre 15 et 72 ans. La moyenne d'âge de notre effectif est de 34,99 ans  $\pm$  11,44 ans (médiane : 33 ans).



**Figure 3 : Tranches d'âge de l'effectif**

## 2. Mode de vie

L'effectif comprend 26% de personnes vivant seules (n=1681), 65,6% de personnes vivant en couple (n=4226), 2% de personnes vivant en collectivité (n=129). Pour 6,3% (n=409) de l'effectif, la situation était différente.

Les salariés vivent pour 80,4% avec leurs parents (n=319), 9,3% vivent en colocation (n=37) et 7,1% vivent avec un autre membre de leur famille que leurs parents (n=28).

50,5% de ces personnes vivent avec des enfants (n=3212).

## 3. Précarité

En ce qui concerne les indices de précarité définis par le score EPICES, nous remarquons que 33,4% des salariés déclarent rencontrer de réelles difficultés financières à faire face à leurs besoins (n=2119) et que 13% ne possèdent pas d'assurance maladie complémentaire (n=830).

Si nous considérons le score EPICES simplifié (annexe 2), au moins 22,1% (n=1293) de l'effectif vivent dans en état de précarité sociale et financière.

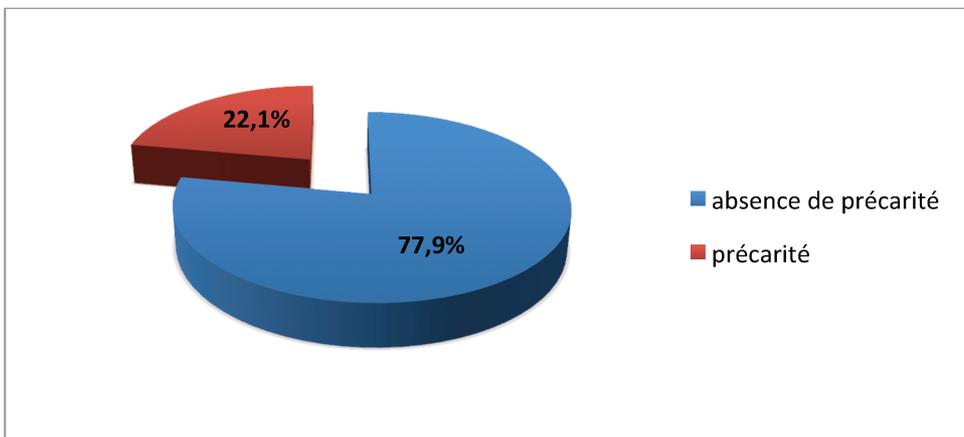


Figure 4 : Score EPICES simplifié

### B. Score de DUKE

Les scores de santé physique, mentale et sociale des salariés du Nord Pas-de-Calais, dont le score optimal en terme de santé est de 100, sont relativement bons.

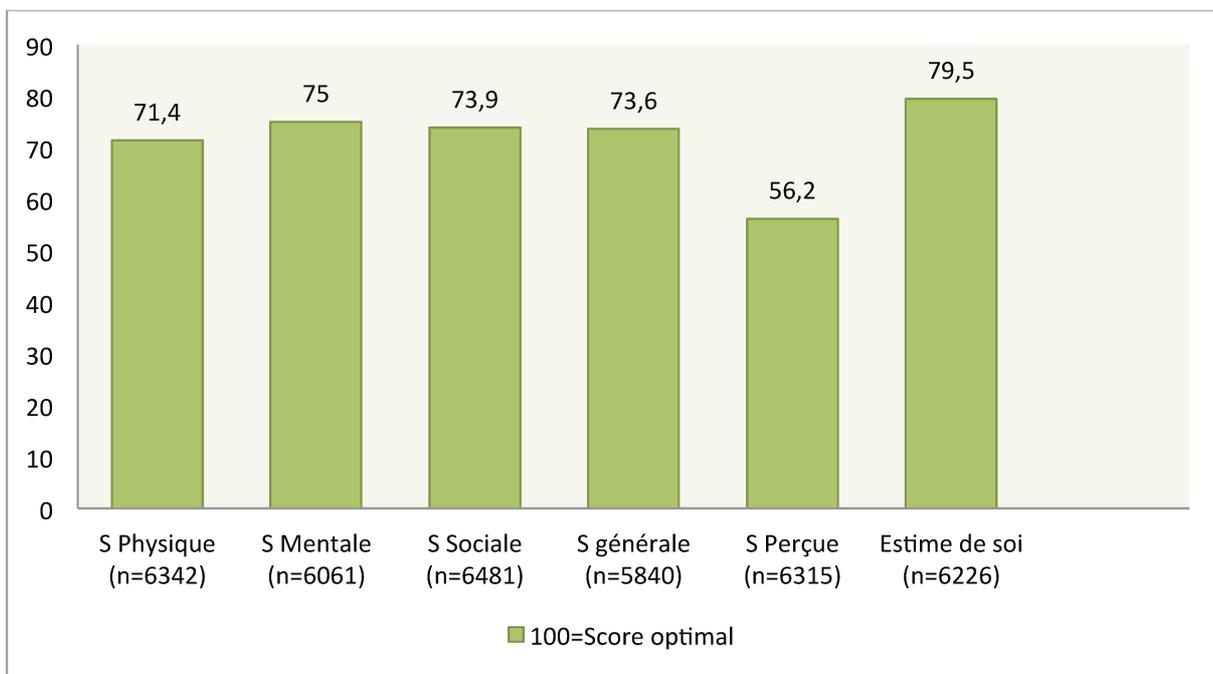
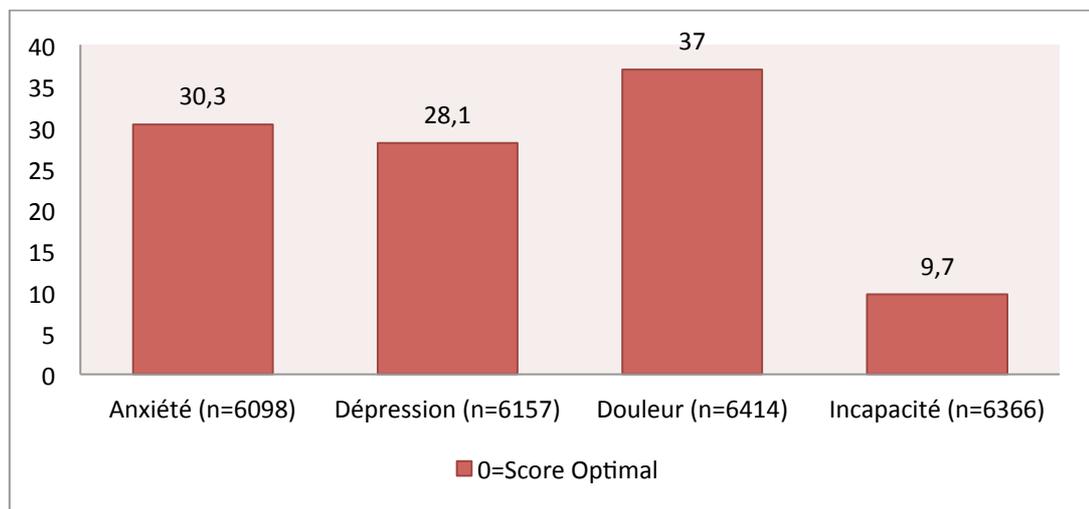


Figure 5 : Profil de santé de DUKE (1/2)

Ensuite, lorsque nous nous intéressons aux autres scores de DUKE, nous constatons des scores assez homogènes pour l'anxiété et la dépression.

Concernant le score d'anxiété et de dépression, dont le score optimal de santé est de 0, ceux-ci sont assez homogènes.



**Figure 6 : Profil de santé de DUKE (2/2)**

### C. Situation professionnelle

Notre effectif est constitué de 13,3% de cadres (n=836), 16% de professions intermédiaires (PI) (n=1003), 39,5% d'employés (n=2476) et 27,6% d'ouvriers (n=1727). Les 3,5% (n=226) restant ne peuvent pas être classés en raison de réponses illisibles.

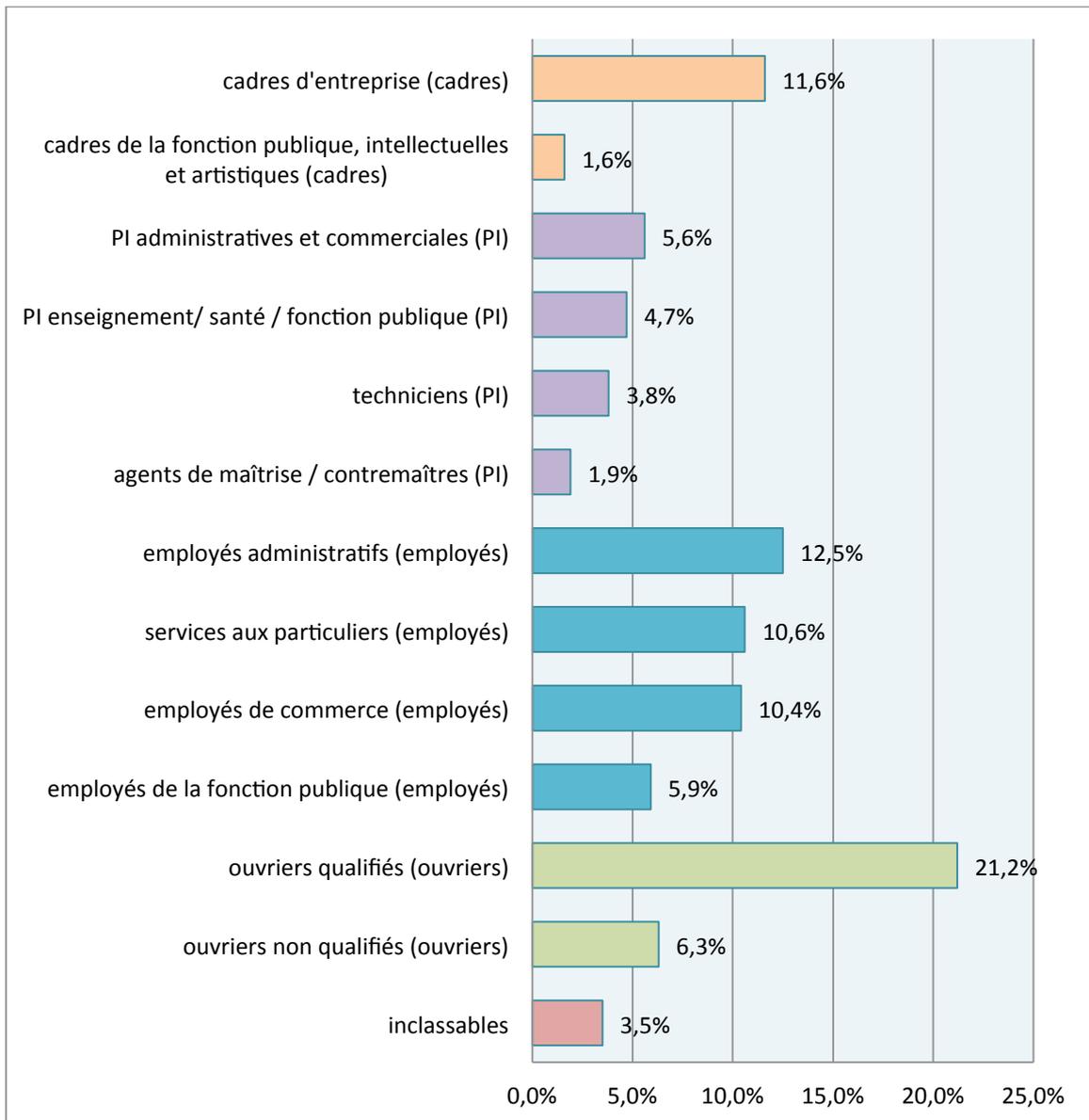
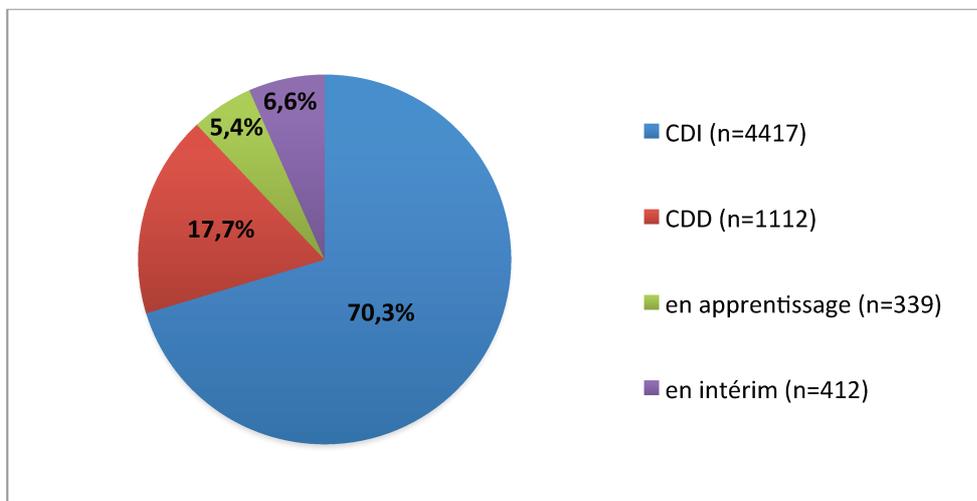


Figure 7 : Catégories socioprofessionnelles

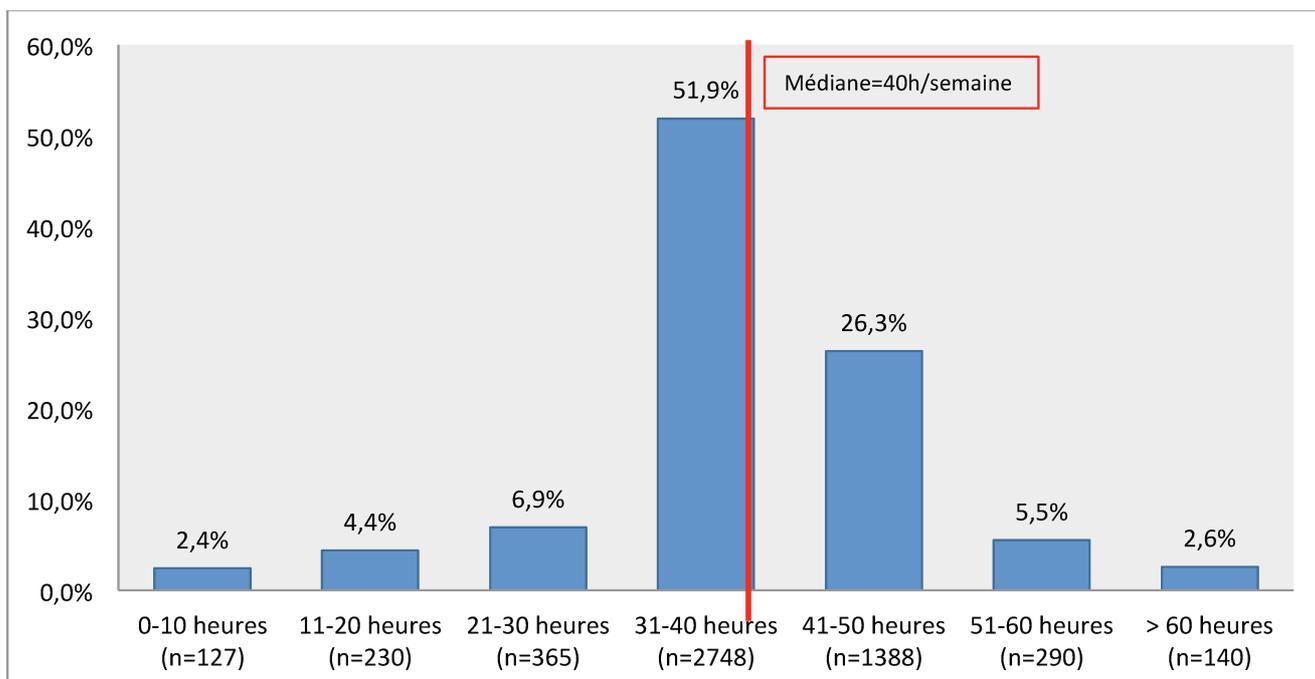
Dans cet effectif, 29,7% des personnes ont un contrat précaire, comme un CDD, un contrat d'apprentissage ou en intérim.



**Figure 8 : Contrat de travail**

Le volume horaire déclaré par les salariés comprenant les horaires travaillés sur le lieu du travail ainsi que les heures de travail réalisées à domicile vont de 1 à 99 heures par semaine.

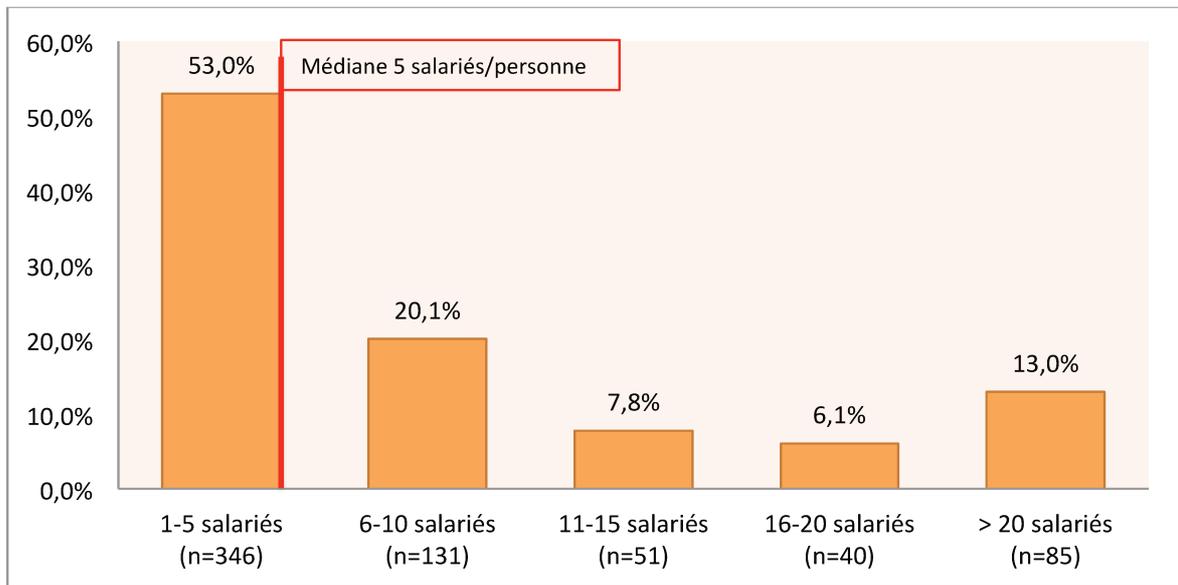
En moyenne, une personne travaille 39,45 heures par semaine ± 11,32 heures.



**Figure 9 : Heures de travail hebdomadaires**

Pour les personnes qui travaillent à temps partiel, celui-ci a été imposé dans 59,4% des cas (n=1130).

Concernant l'encadrement du personnel, il concerne 17,7% des salariés qui encadrent 13 personnes en moyenne. (n=1055).

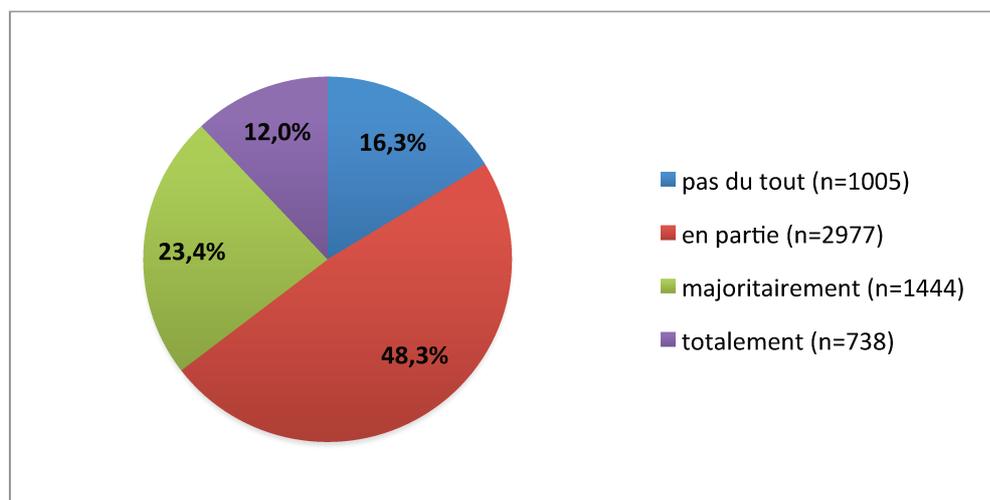


**Figure 10 : Nombre de salariés par encadrant.**

Seuls 10,7% estiment occuper un poste de sécurité (n=649).

Concernant la stabilité des horaires, 33,1% ont des horaires stables (n=1972), 29% ont des horaires qualifiés « d'assez stables » (n=1723), 26,6% ont des horaires variables (n=2581) et 11,3% ont des horaires instables (n=675).

88% des personnes interrogées n'ont pas une latitude décisionnelle totale.

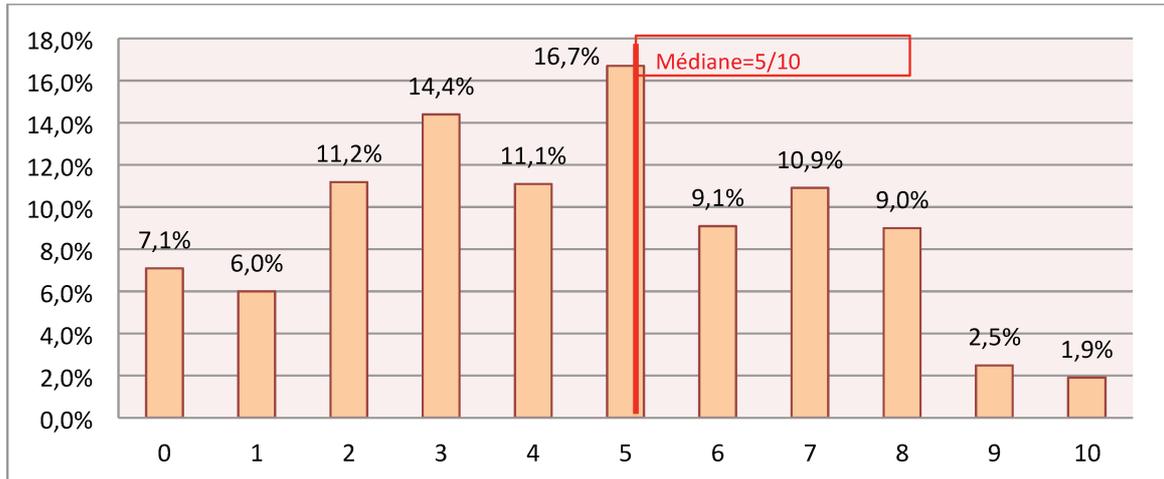


**Figure 11 : Liberté décisionnelle au travail**

61,3% ne souhaitent pas changer de travail même s'ils en avaient la possibilité (n=3719).

Nous avons demandé aux salariés de qualifier leur stress au travail sur une échelle graduée de 0 à 10. Presque la moitié des participants (49,7%) déclaraient un stress strictement inférieur à 5 (n=3092), 16,7% avaient un stress à 5 (n=1041) et 33,5% un stress strictement supérieur à 5 (n=2085).

La moyenne pour l'échelle de stress est de  $4,45 \pm 2,52$  (médiane : 5)

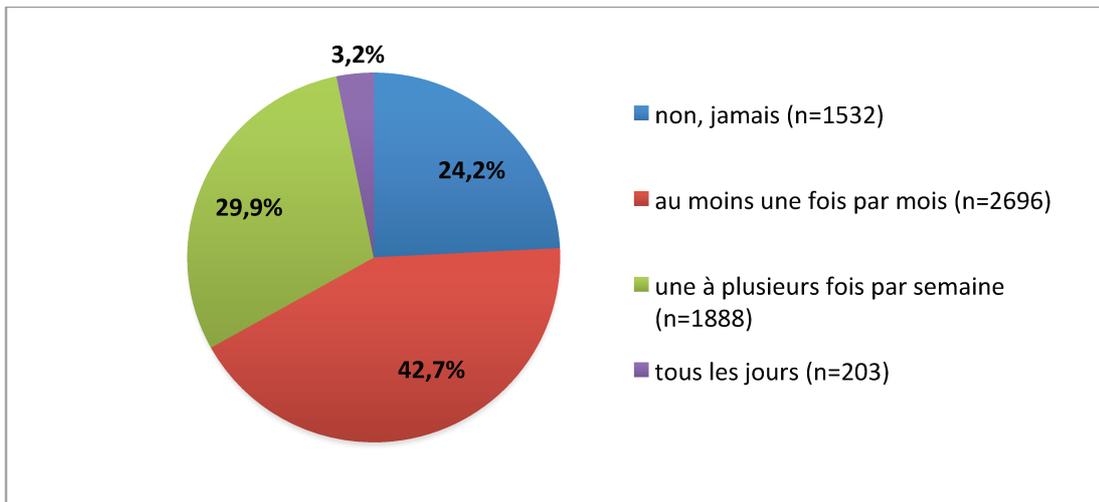


**Figure 12 : Echelle de stress au travail**

## D. Consommations

### 1. Consommation d'alcool

75,8% des salariés ont déclaré une consommation d'alcool au moins mensuelle dans l'année écoulée.



**Figure 13 : Consommation d'alcool des 12 derniers mois**

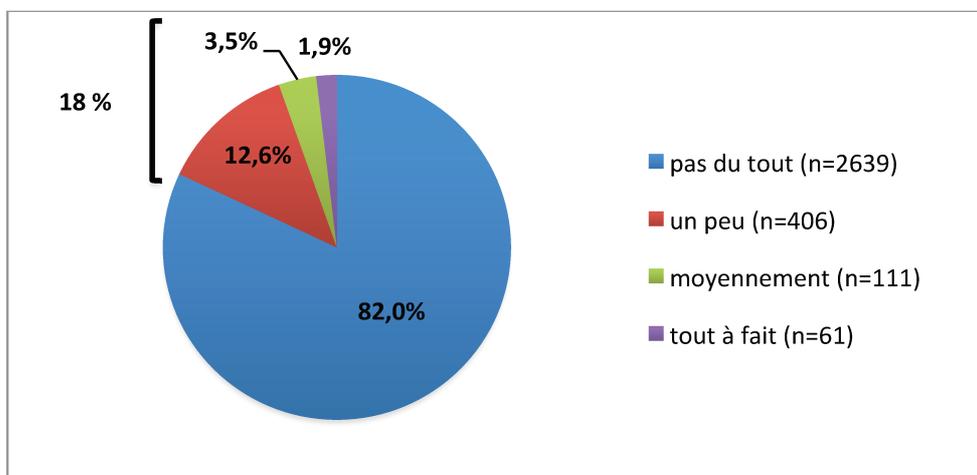
Lien entre les consommations et le travail :

Les consommations ont lieu le plus souvent après le travail dans 40,3% des cas (n=1951).

Soixante-dix-sept personnes (1,6%) consomment avant de se rendre au travail et 7% consomment pendant leur temps de travail (n=333).

Parmi eux, 92,1% consomment avec leurs collègues (n=351), seules 7,9% des personnes ont des consommations solitaires (n=30).

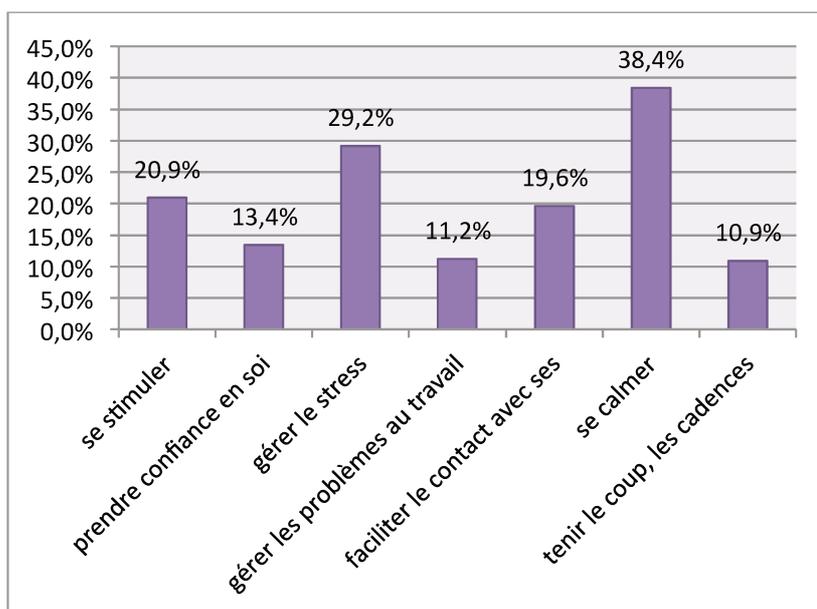
Parmi les consommateurs, 18% ont signalé un lien entre leurs consommations et leur travail.



**Figure 14 : Lien entre les consommations d'alcool et le travail**

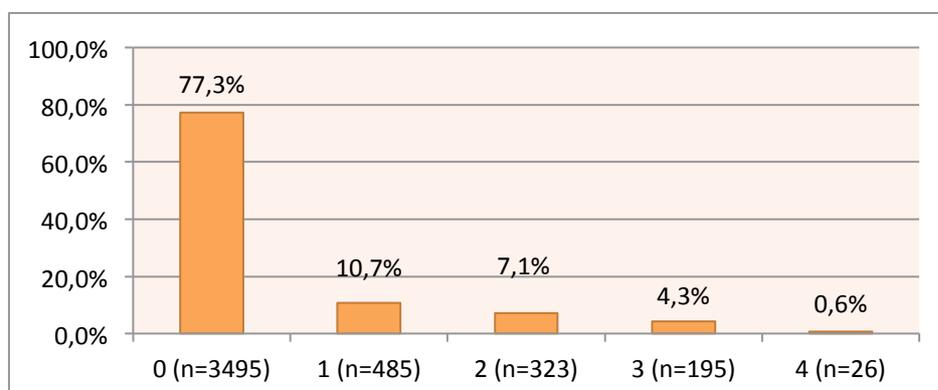
Les motivations de la consommation rapportées par les salariés, indiquent qu'ils utilisent le plus souvent l'alcool pour « se calmer » (224 personnes) et pour « gérer le stress » (171 personnes).

Concernant les motivations déclarées par les salariés, plusieurs réponses étaient possibles pour un même salarié. Les motivations de la consommation rapportée le plus fréquemment était une utilisation pour « se calmer » (38,4%, n=224 personnes) et pour « gérer le stress » (29,2%, n=171 personnes). Dans 20,9% des cas, la consommation était réalisée à visée stimulante.



**Figure 15 : Motivations des consommations d'alcool en lien avec le travail**

Les consommations d'alcool que l'on a qualifiées de problématiques (score DETA  $\geq 2$ ) concernent 544 personnes (12%) parmi les consommateurs.



**Figure 16 : Score DETA des consommateurs**

Les réponses positives au score DETA les plus souvent rencontrées concernent le ressenti du besoin de diminuer la consommation de boissons alcoolisées pour 16,1% des personnes interrogées (n=763) et « l'impression de boire trop » pour 15,1% d'entre elles (n=719).

8,1% des consommateurs ont déjà eu des remarques de leur entourage au sujet de leurs consommations (n=374) et seuls 1,1% consomment dès le matin pour se sentir en forme (n=50).

Parmi tous ces consommateurs, seules 19 personnes ont bénéficié d'un traitement de type REVIA®, AOTAL® et ESPERAL®.

## 2. Consommation de cannabis

Pour ce qui est du cannabis, les premières consommations ont lieu entre 16 et 20 ans, néanmoins, 7 personnes en ont déjà consommé alors qu'elles n'avaient pas encore atteint l'âge de 12 ans.

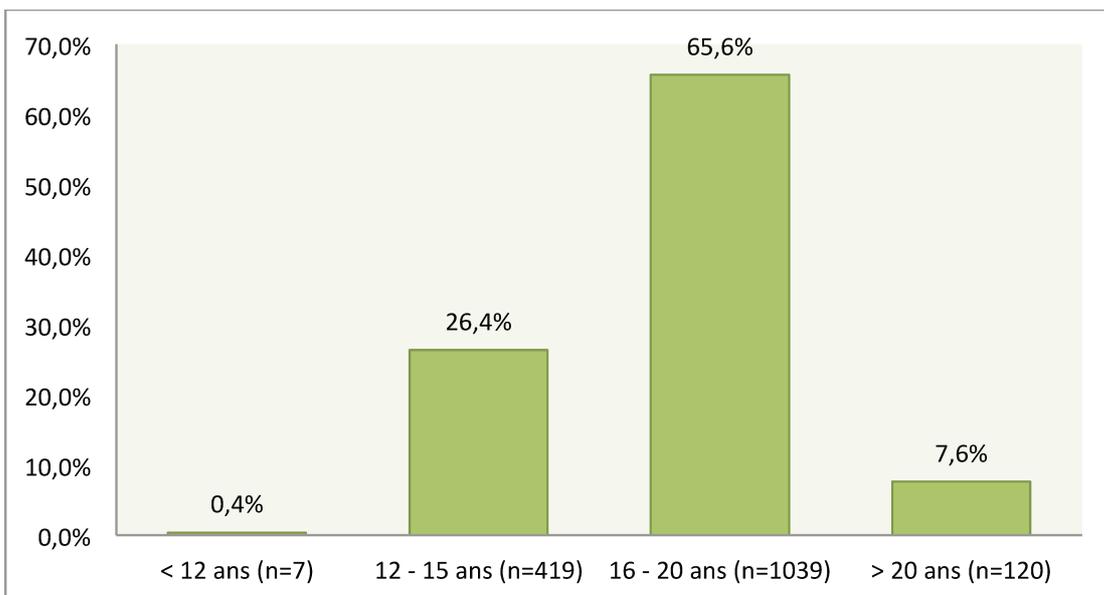


Figure 17: Age de la première consommation de cannabis

Six mille deux cent soixante-seize salariés ont complété la question concernant la consommation de cannabis. 588 déclarent consommer au moins une fois par mois (9,3%)

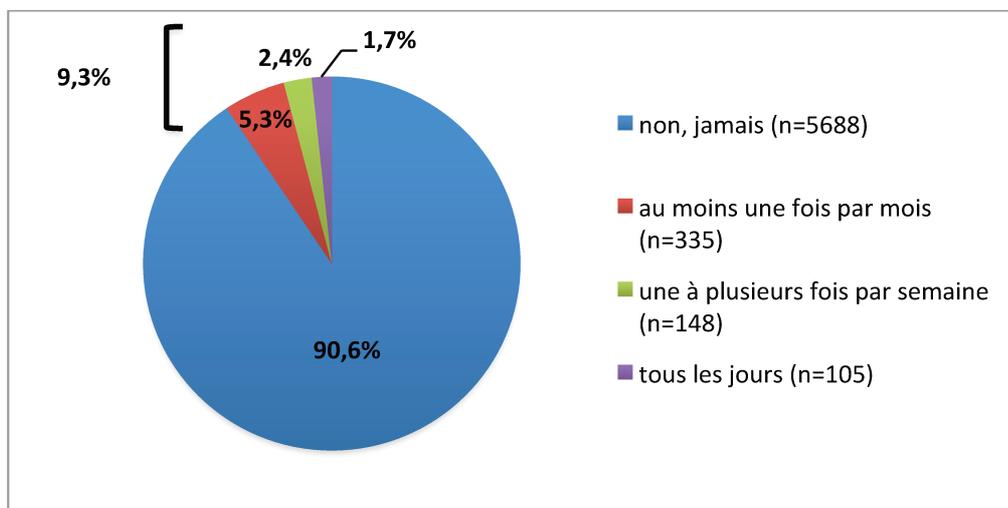
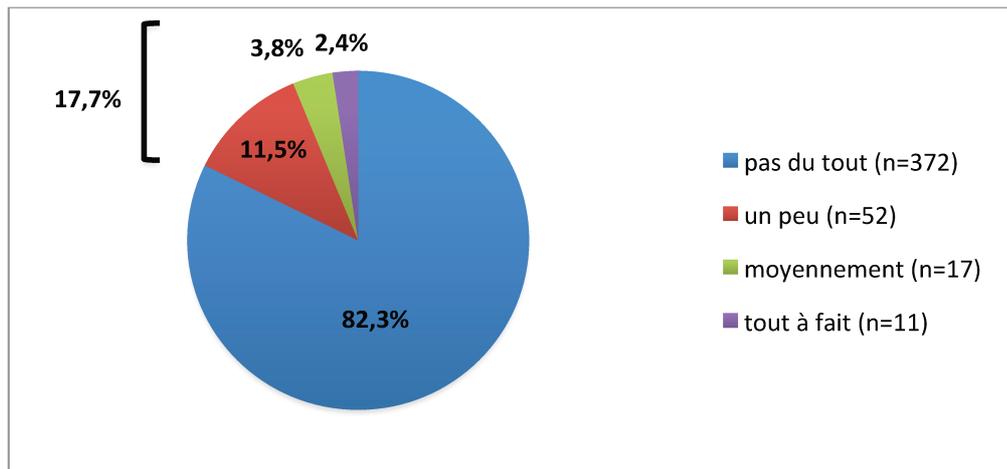


Figure 18 : Fréquence déclarée de la consommations de cannabis des 12 derniers mois

Tout comme l'alcool, les consommations de cannabis ont lieu le plus souvent après le travail pour 74,3% des consommateurs (n=335).

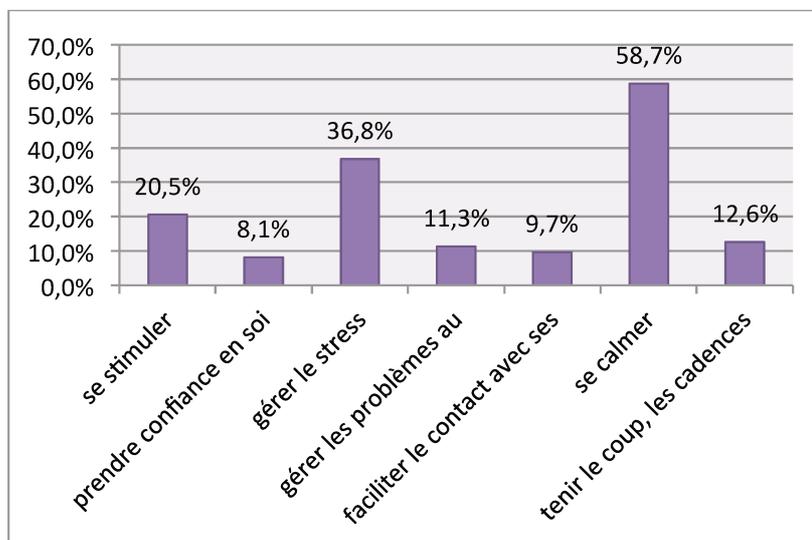
Quatre-vingt-douze consommateurs (20,3%) de notre effectif en auraient pris avant ou durant le travail.

17,7% des utilisateurs de cannabis ont déclaré un lien entre leurs consommations et le travail.



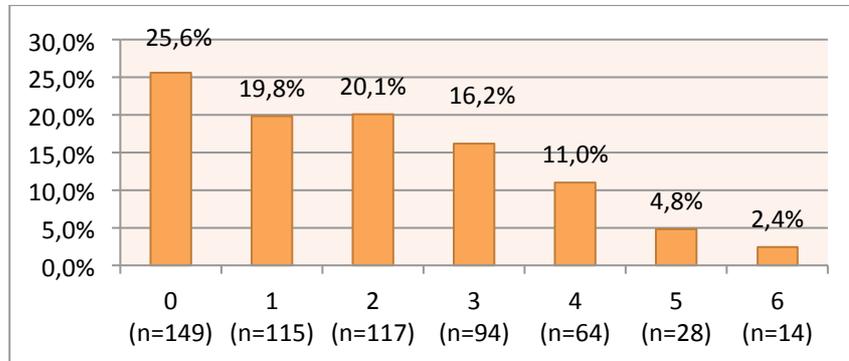
**Figure 19 : Lien entre les consommations de cannabis et le travail**

Dans le questionnaire de l'étude, plusieurs réponses décrivant les motivations étaient possibles pour un même salarié. Les motivations de la consommation rapportée le plus fréquemment étaient une utilisation pour « se calmer » (58,7%, n=148 personnes) et pour « gérer le stress » (36,8%, n=93 personnes). Dans 20,5% des cas, la consommation était réalisée à visée stimulante.



**Figure 20 : Motivations des consommations de cannabis en lien avec le travail**

Les consommations que nous avons définies comme problématiques de cannabis, avec un score de CAST  $\geq 2$ , concernent 54,6% de personnes parmi les consommateurs (n=317).



**Figure 21 : score CAST des consommateurs de cannabis**

Les réponses positives les plus souvent rapportées aux items proposés dans le questionnaire CAST sont la consommation solitaire de cannabis (62,4%, n=371) et la consommation du cannabis avant midi (45,6%, n=271).

Les problèmes de mémoire, les remarques de l'entourage et la tentative de réduire ou d'arrêter la consommation sont de 26,9% (n=160), de 24,7% (n=146) et de 23,1% (n=136).

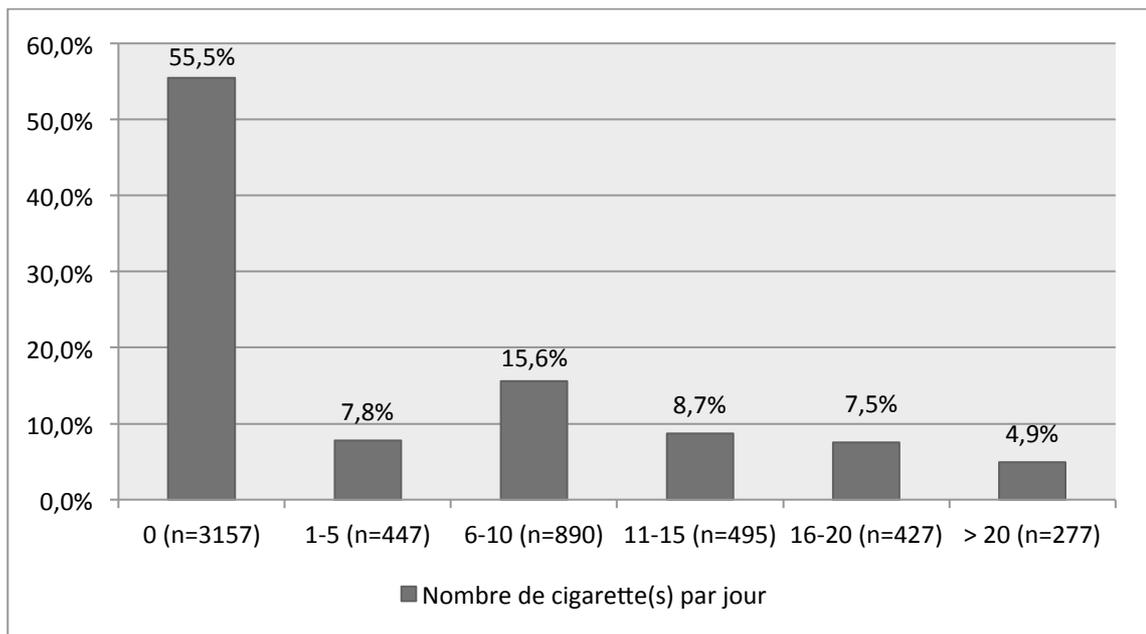
Enfin, Les complications liées à la consommation, comme les conflits, les rixes ou les accidents ne concernent que 8,2% des consommateurs (n=48).

### 3. Consommations de tabac

44,5% de notre effectif présentent un tabagisme quotidien (n=2 536).

Dans 21,1% de l'effectif, les salariés consomment plus de 10 cigarettes par jour.

Parmi ces consommateurs, 35,9% n'ont jamais envisagé de diminuer ou d'arrêter leur tabagisme (n=873) alors que les 64,1% (n=1556) restants ont essayé sans y parvenir (n=1556).



**Figure 22 : Consommations de cigarettes par jour**

#### 4. Consommations de médicaments psychotropes et non psychotropes

Concernant la prise de médicaments psychotropes, 16% de l'effectif a consommé au moins une fois des psychotropes au cours des 12 derniers mois.

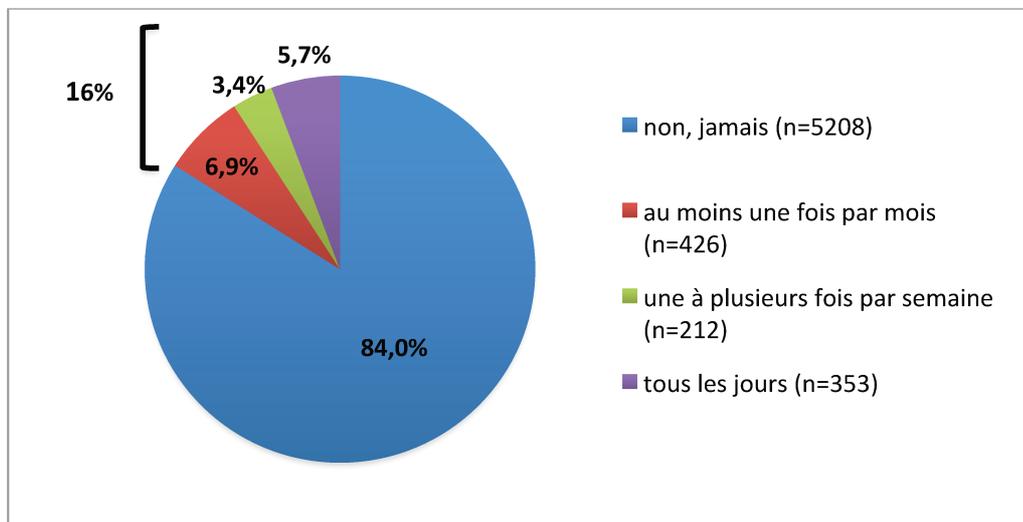


Figure 23 : Prise de médicaments psychotropes dans les 12 derniers mois

Les médicaments les plus consommés sont les anxiolytiques (34,4%) suivis des antidépresseurs (23,8%) et des hypnotiques (19,9%).

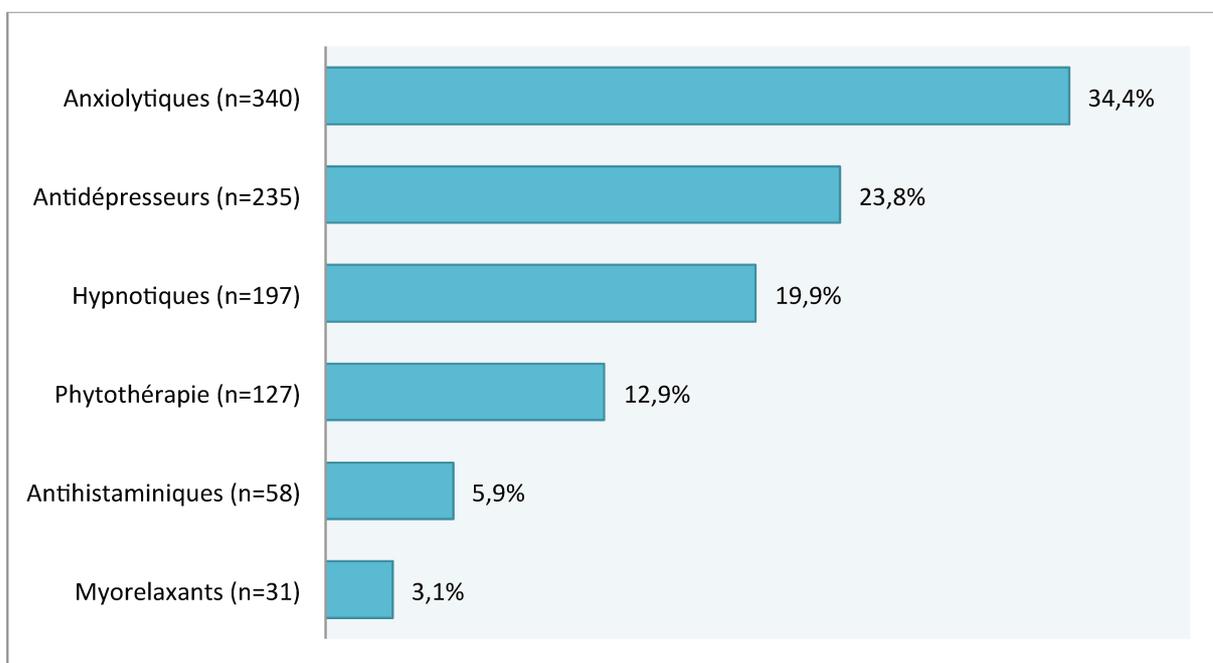
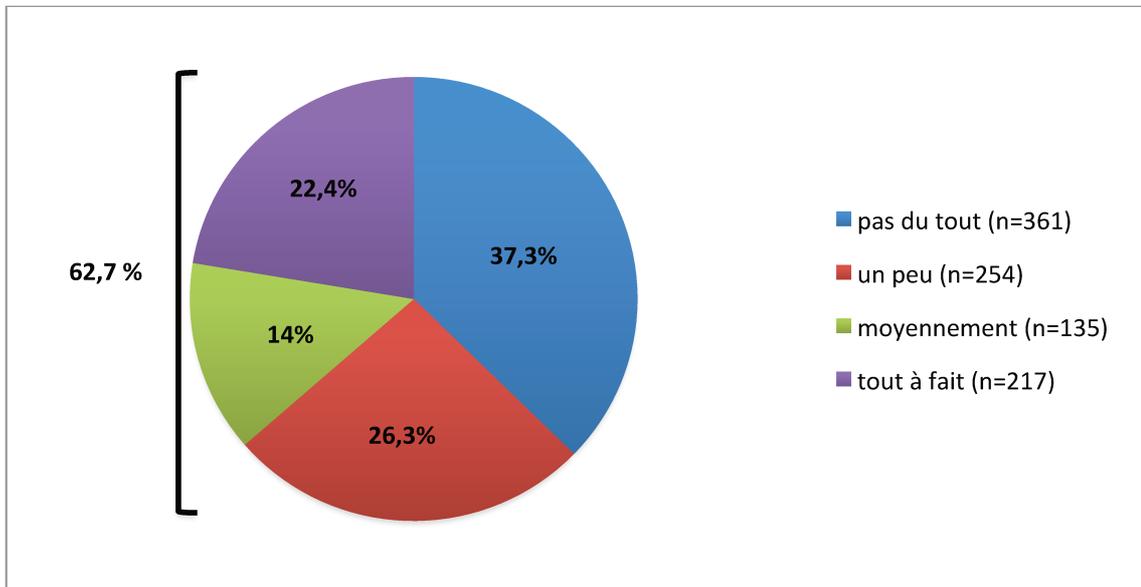


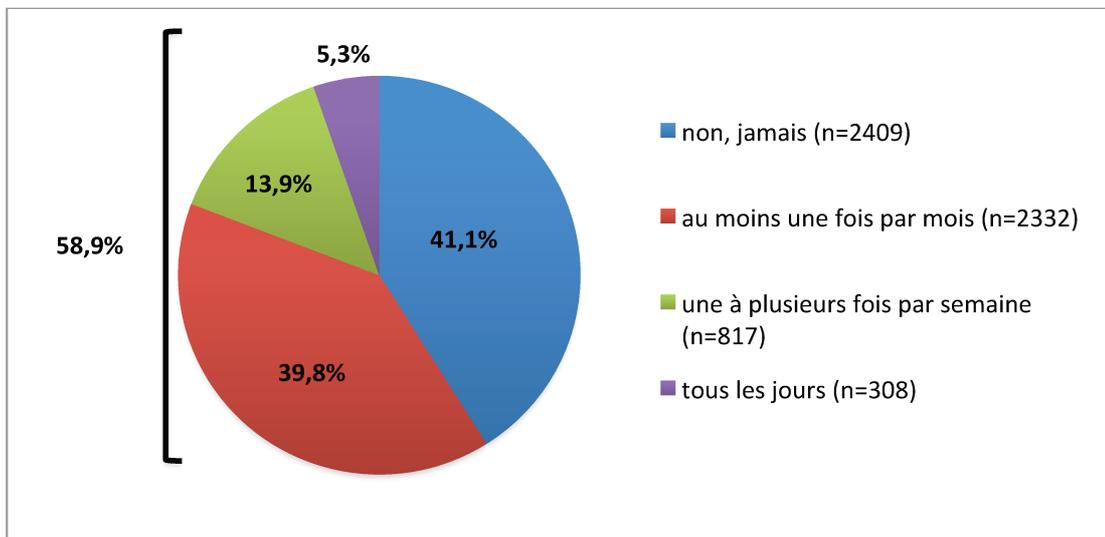
Figure 24 : Type de psychotropes consommés

Pour 62,7% de ces consommateurs, il existe un lien entre leurs consommations et le travail. Ce lien était faible (26,3%), modéré (14%) ou très clair (22,4%).



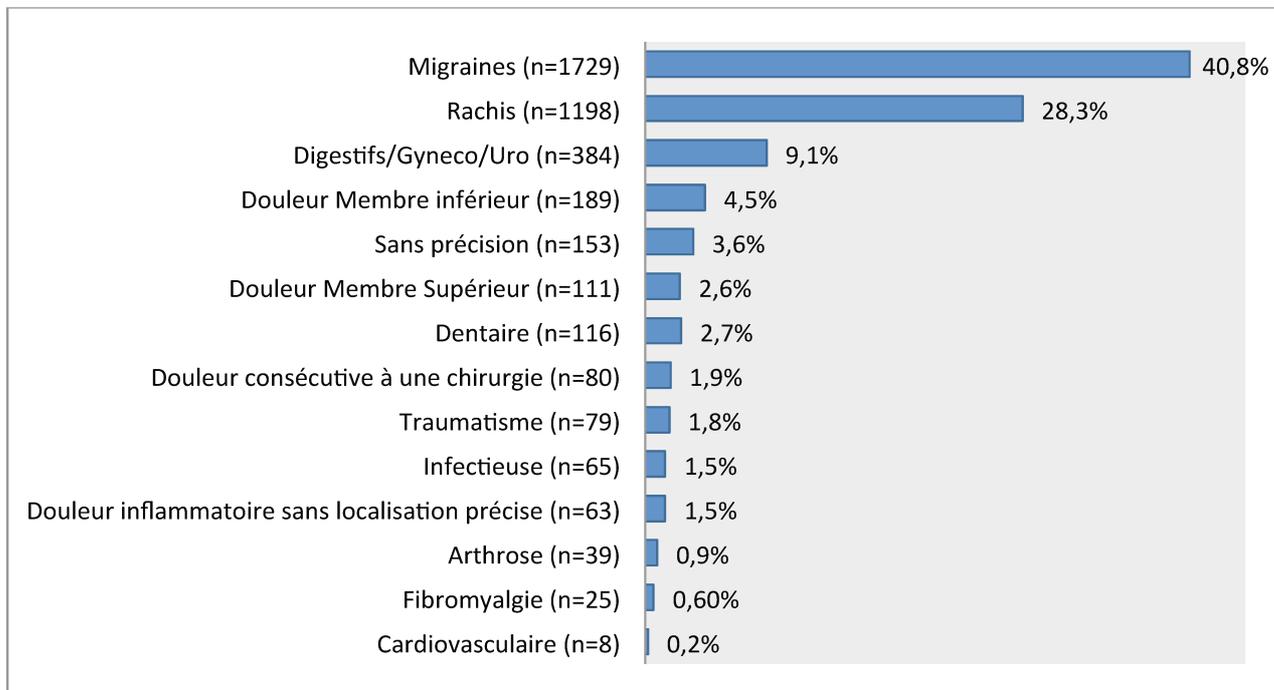
**Figure 25 : Lien entre la prise de médicaments psychotropes et le travail**

En ce qui concerne les médicaments contre la douleur, 58,9% de notre effectif en ont consommé au moins une fois dans l'année.



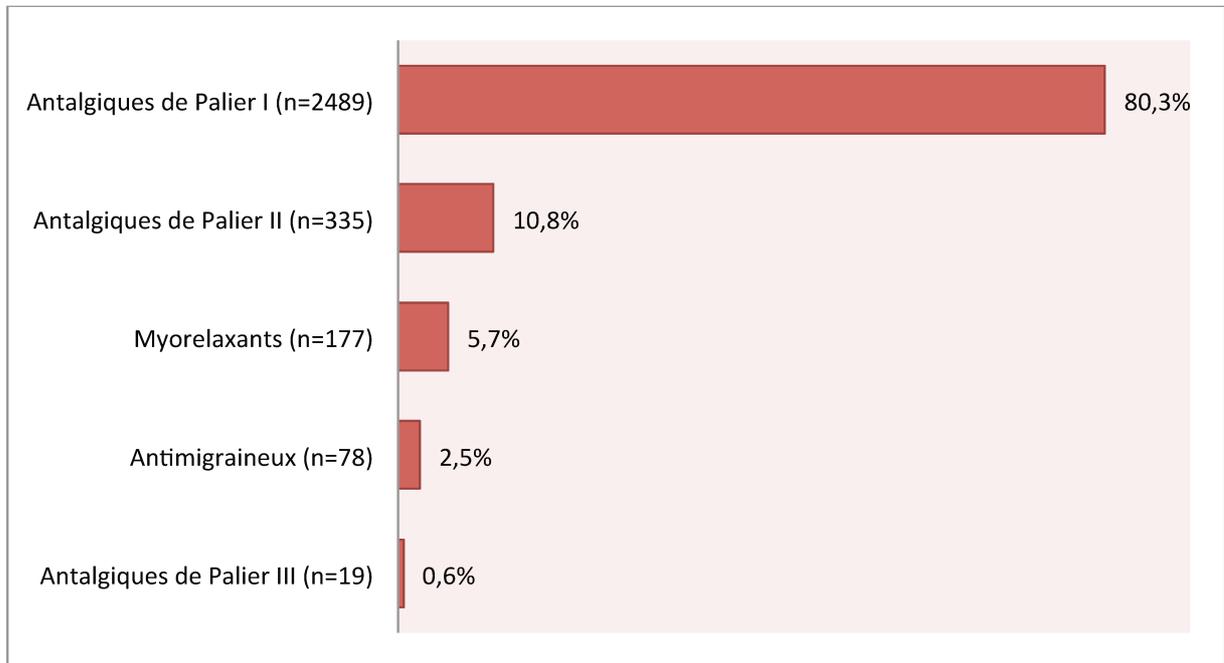
**Figure 26 : Prise d'antalgiques dans les 12 derniers mois**

Les principales raisons de la prise d'antalgiques concernent les douleurs rachidiennes et céphalées.



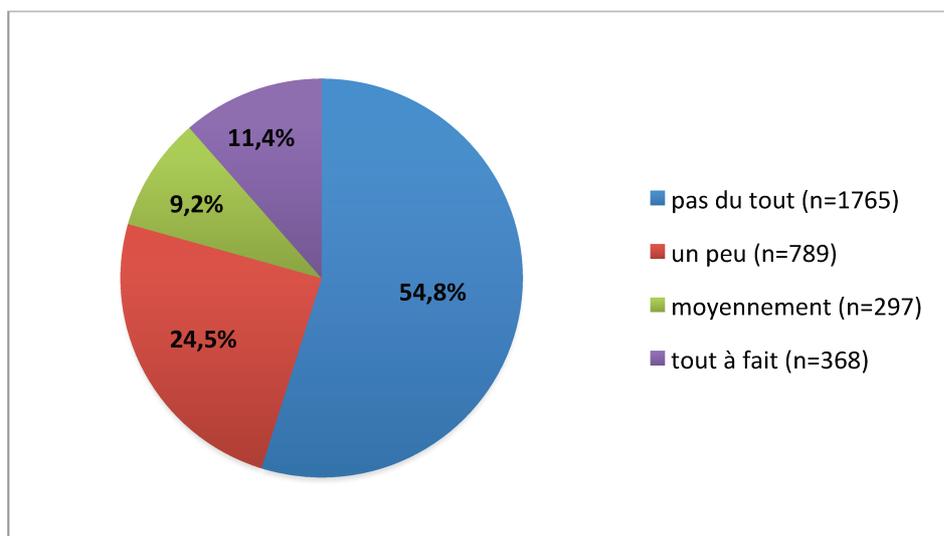
**Figure 27 : Types de douleurs**

Les antalgiques les plus consommés sont les antalgiques de palier I (80,3%) suivis des antalgiques de palier II (10,8%) et des myorelaxants (5,7%).



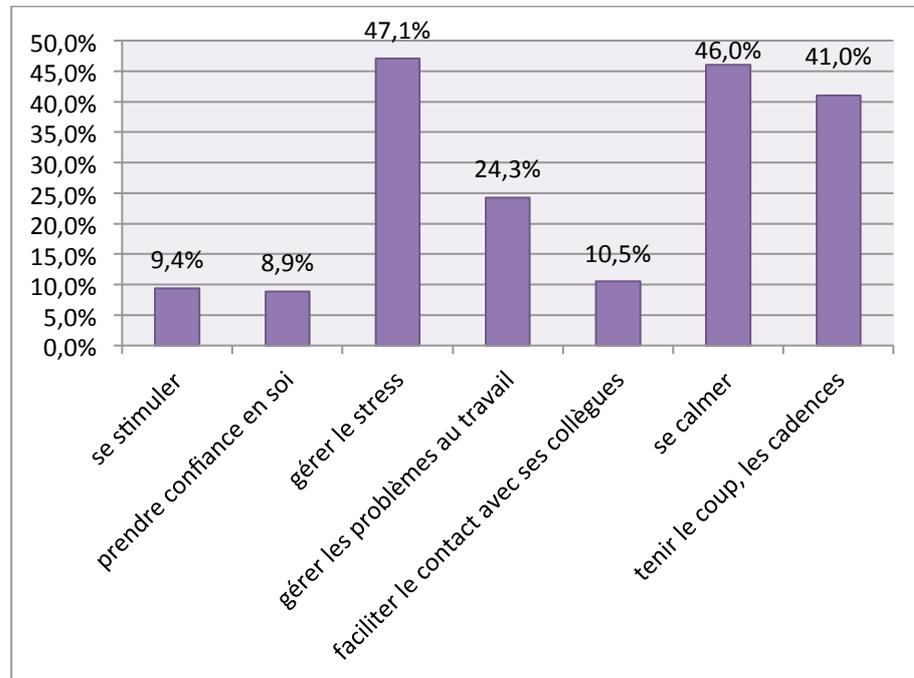
**Figure 28 : Type d'antalgiques consommés**

45,2% des consommateurs déclarent qu'il existe un lien entre leur prise d'antalgiques et le travail (un peu, moyennement ou tout à fait).



**Figure 29 : Lien déclaré entre la prise d'antalgiques et le travail**

Les motivations de la consommation des médicaments psychotropes ou antalgiques concernent le plus souvent la « gestion du stress » (47,1%), « l'apaisement des tensions » (46%) et l'aide « pour tenir le coup, les cadences » (41%).



**Figure 30 : Motivations déclarées de prise de médicaments en lien avec le travail**

### 5. Consommations d'autres substances psychoactives non médicamenteuses illicites

Il existe peu de consommations d'autres substances psychoactives non médicamenteuses déclarées par les salariés de notre effectif.

Pour un souci de lisibilité, seul le nombre de personnes consommatrices est indiqué sur le diagramme.

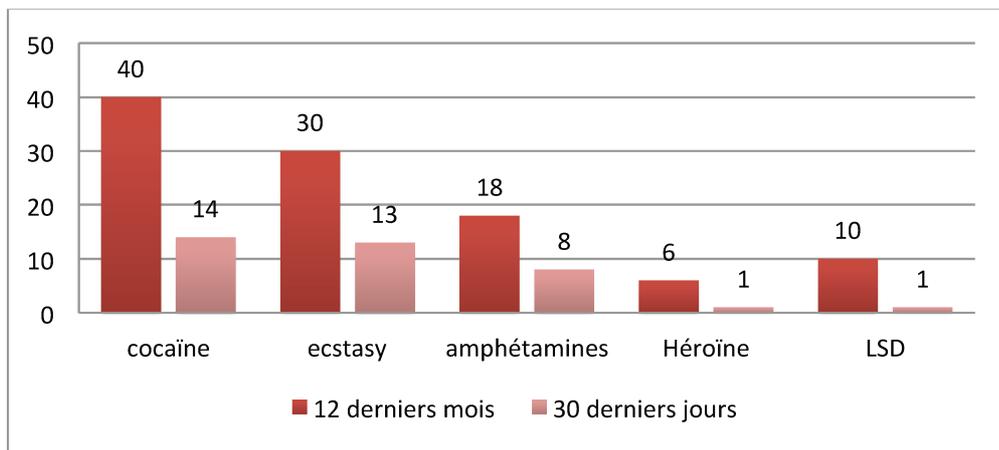


Figure 31 : Consommations d'autres SPA non médicamenteuses

Il faut également noter que lors du dernier mois, 28 personnes ont pris un traitement de substitution aux opiacés.

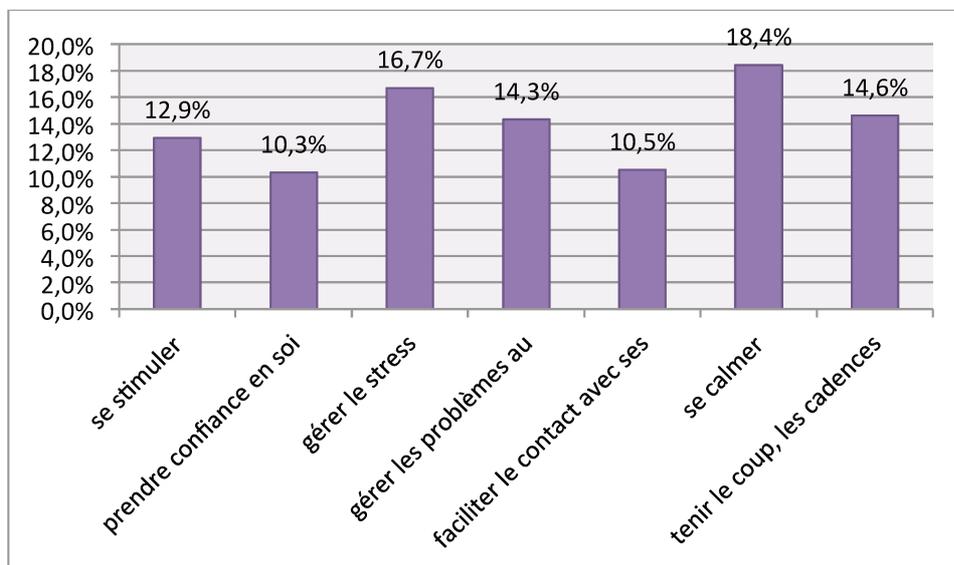


Figure 32 : Motivations de la consommation d'autres substances psychoactives non médicamenteuses en lien avec le travail

Les motivations des salariés sont relativement homogènes concernant la prise d'autres substances psychoactives non médicamenteuses.

## 6. Conséquences professionnelles des consommations : Arrêts et accidents de travail

Durant les douze mois précédents, 1 739 personnes (28,4%) ont eu un arrêt de travail pour une durée au moins égale à une semaine et 394 personnes (7,5%) ont eu un accident du travail (comprenant les accidents de trajet) pendant cette même période.

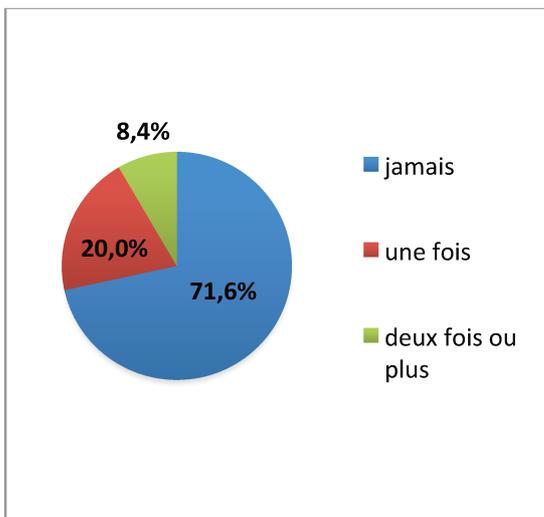


Figure 33 : Arrêts de travail

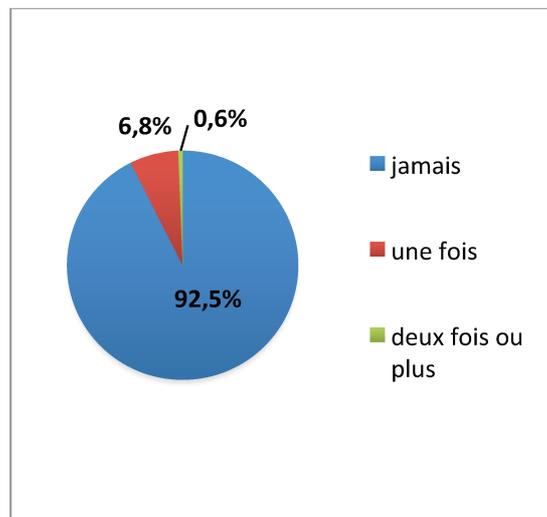


Figure 34 : Accidents de travail

Quatre-vingt-quatorze salariés (5,4%) ayant eu un arrêt de travail, ont déclaré un lien entre celui-ci et les consommations évoquées dans le questionnaire.

Vingt-cinq salariés (6,3%) ayant eu un accident du travail, ont déclaré un lien entre celui-ci et les consommations évoquées dans le questionnaire.

### III. Analyse des salariés polyconsommateurs

La polyconsommation a été définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme la consommation d'au moins deux substances psychoactives (83).

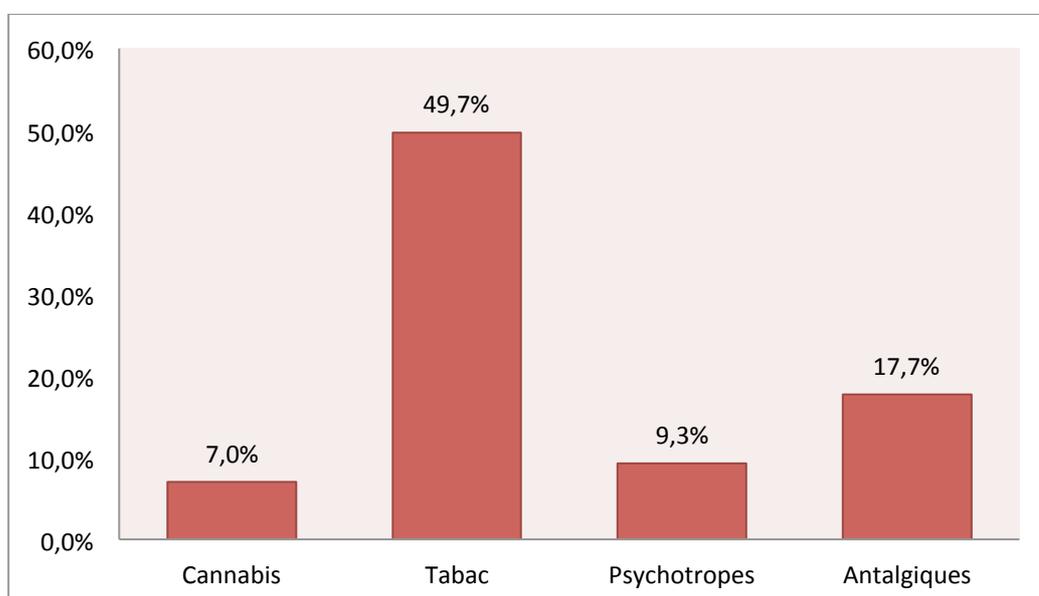
Cette consommation peut être simultanée lors d'une même occasion ou successive.

Nous avons choisi de désigner comme consommateurs réguliers les personnes ayant déclaré une consommation quotidienne ou à la hauteur de une à plusieurs fois par semaine d'alcool, de cannabis, de médicaments psychoactifs ou des antalgiques.

Concernant le tabac, nous avons considéré comme consommateurs réguliers les personnes qui fumaient au moins une cigarette par jour.

Pour les consommations associées de substances psychoactives chez les usagers réguliers d'alcool, nous avons, dans notre effectif, 2 091 personnes (32,4%) qui consomment régulièrement de l'alcool.

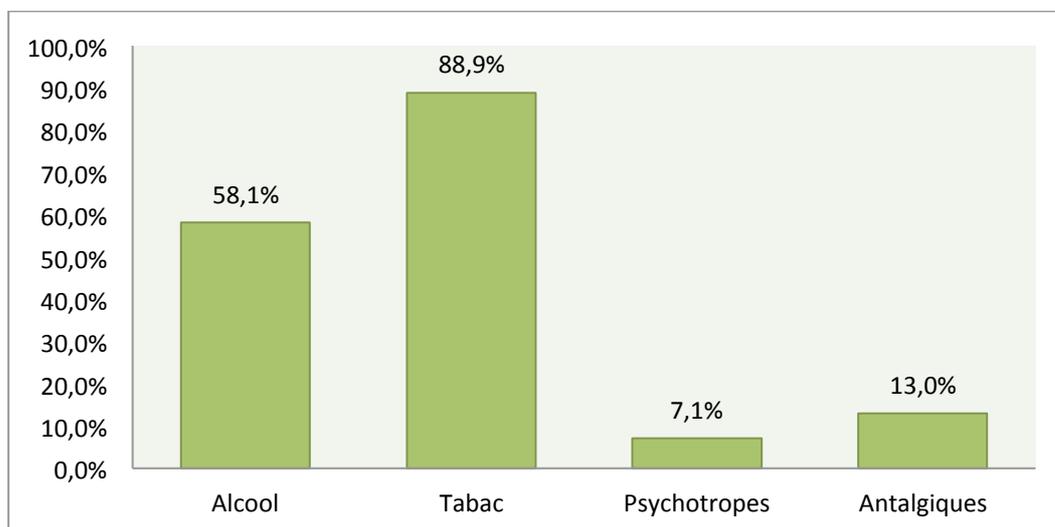
Parmi elles, 147 personnes (7%) consomment également du cannabis, 1 041 personnes (49,7%) consomment du tabac, 194 personnes (9,3%) consomment des médicaments psychotropes et 371 personnes (17,7%) consomment des antalgiques.



**Figure 35 : Consommation régulière d'alcool avec d'autres substances**

Pour les consommations associées de substances psychoactives chez les usagers réguliers de cannabis, 253 personnes (3,9%) consomment régulièrement.

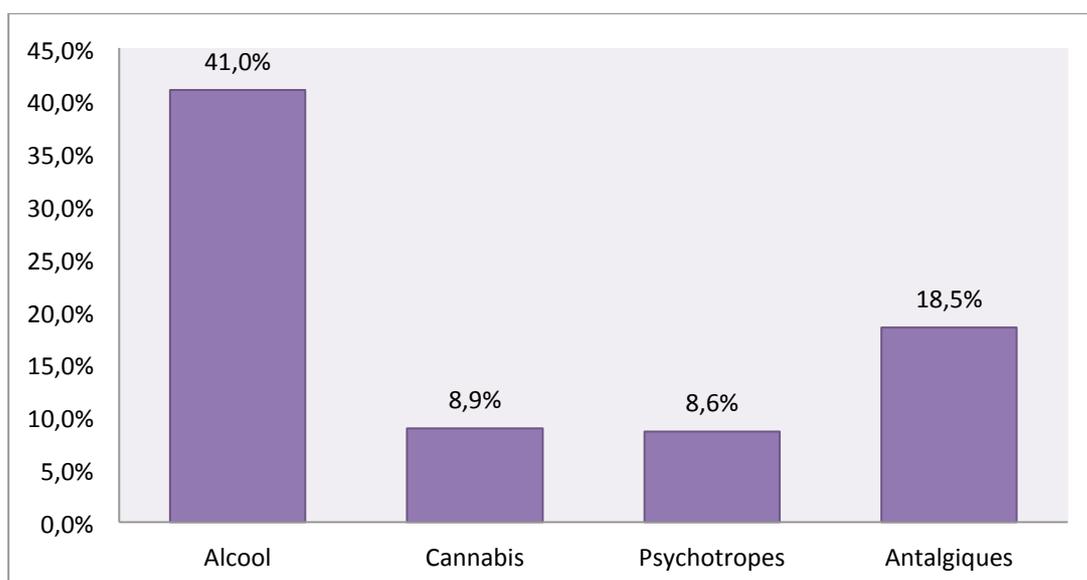
Parmi elles, 147 personnes (58,1%) consomment aussi de l'alcool, 225 personnes (88,9%) consomment du tabac, 18 personnes (7,1%) consomment des médicaments psychotropes et 33 personnes (13%) consomment des antalgiques.



**Figure 36 : Consommation régulière de cannabis avec autres substances**

En ce qui concerne le tabac, 2 530 personnes (39,2%) en consomment quotidiennement.

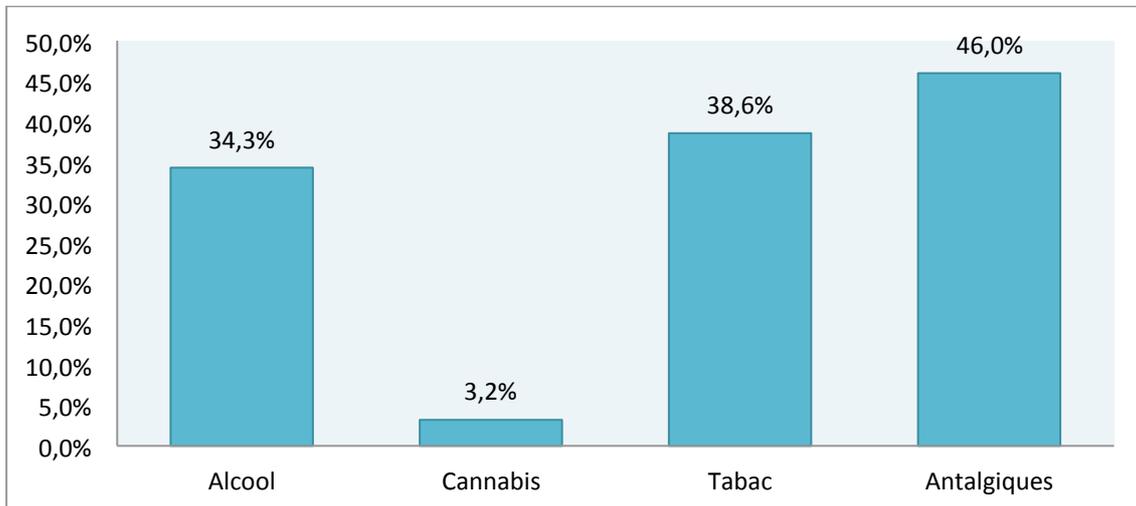
Parmi elles, 1 041 personnes (41%) consomment aussi de l'alcool, 225 personnes (8,9%) consomment du cannabis, 218 personnes (8,6%) consomment des médicaments psychotropes et 470 personnes (18,5%) consomment des antalgiques.



**Figure 37 : Consommation quotidienne de tabac avec d'autres substances**

Pour ce qui est des consommations de médicaments psychotropes, 565 personnes (8,8%) en consomment régulièrement.

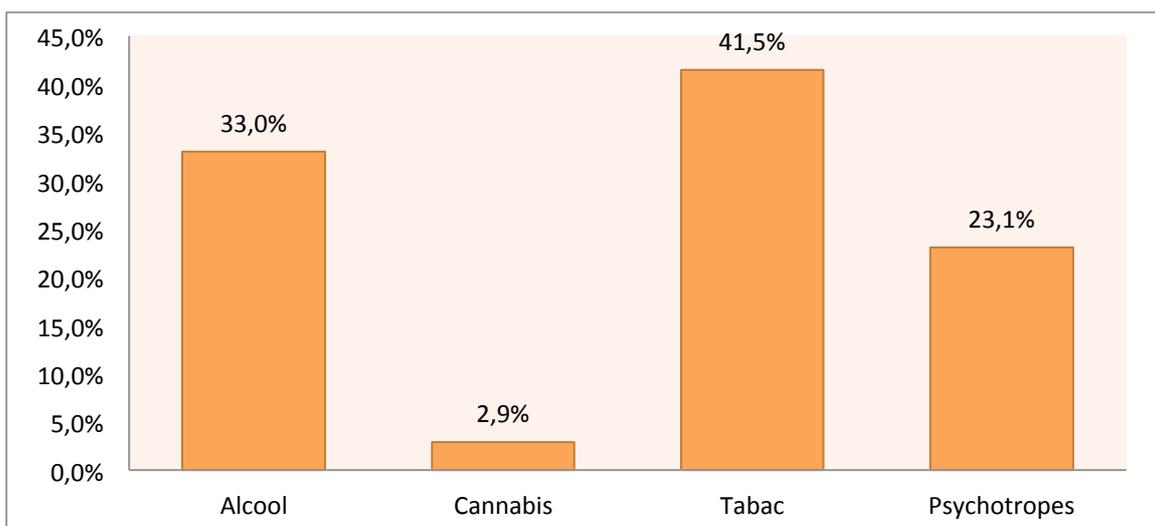
Parmi elles, 194 personnes (34,3%) consomment aussi de l'alcool, 18 personnes (3,2%) consomment du cannabis, 218 personnes (38,6%) consomment du tabac et 260 personnes (46%) consomment des antalgiques.



**Figure 38 : Consommation régulière de médicaments psychotropes avec d'autres substances**

Pour les antalgiques, 1 125 personnes (17,4%) en consomment régulièrement.

Parmi elles, 371 personnes (33%) consomment aussi de l'alcool, 33 personnes (2,9%) consomment du cannabis, 470 personnes (41,5%) consomment du tabac et 260 personnes (23,1%) consomment des médicaments psychotropes.



**Figure 39 : Consommation quotidienne d'antalgiques avec d'autres substances**

Plusieurs associations significatives de consommations ont été mises en évidence :

- Alcool et tabac ( $p < 0,0001$ ).
- Alcool et cannabis ( $p < 0,0001$ ).
- Cannabis et tabac ( $p < 0,0001$ ).
- Cannabis et antalgiques ( $p < 0,0370$ ).
- Médicaments Psychotropes et antalgiques ( $p < 0,0001$ ).

## **IV. Analyse de facteurs prédictifs**

### **A. Analyse des facteurs prédictifs de la consommation d'alcool**

Nous avons à présent recherché chez les consommateurs d'alcool, les facteurs prédictifs d'une consommation problématique d'alcool.

Pour notre effectif, 4 524 consommateurs ont rempli le questionnaire DETA (69,4%) et cela a permis de mettre en évidence 544 consommateurs problématiques (8,3%).

#### **1. Caractéristiques socio-démographiques**

Plusieurs facteurs socio-démographiques ont été mis en évidence. Tout d'abord, les salariés présentant une consommation problématique sont des hommes (74,4% (n=399) contre 58,3% (n=2304),  $p < 0,001$ ).

Ils ont également plus de difficultés financières (45,8%(n=243) contre 29,1%(n=1140),  $p < 0,001$ ).

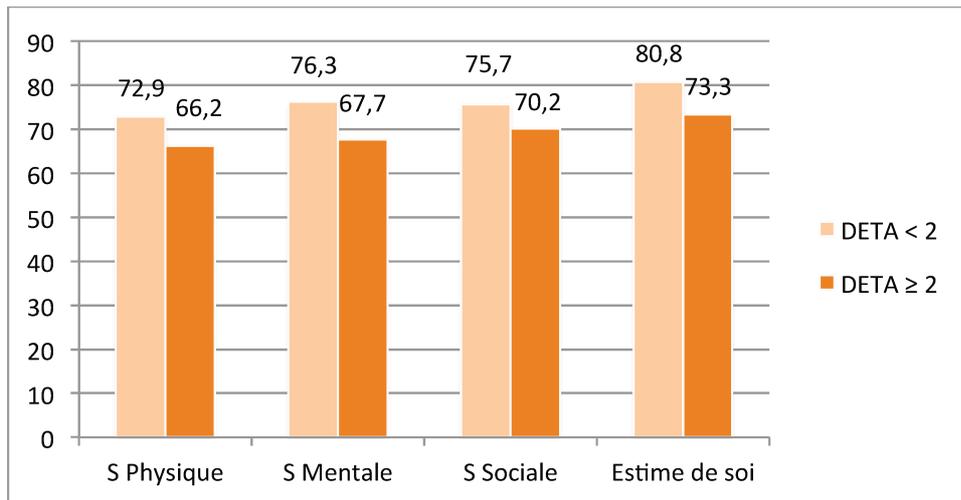
Le score de précarité (EPICES) est également plus important (IQR : 2 (1 à 4) vs 2 (1 à 3)  $p < 0,001$ ) chez les consommateurs problématiques.

Aucune différence significative n'a, par contre, été retrouvée par rapport à la situation familiale ( $p=0,55$ ) et à la présence d'enfants dans le foyer ( $p=0,18$ ).

#### **2. Score de santé**

Nous avons utilisé le questionnaire de DUKE pour comparer l'état de santé entre les consommateurs problématiques et les consommateurs non problématiques.

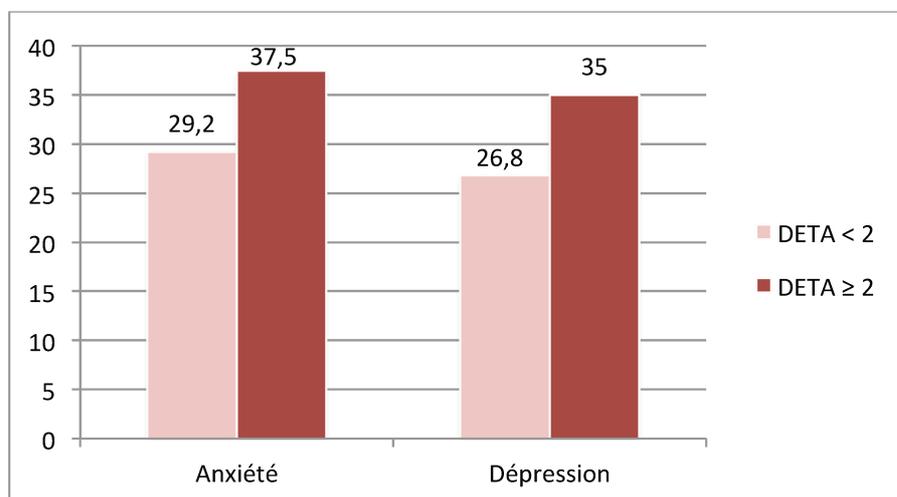
Pour rappel, 100 est le score optimal pour la santé physique, mentale, sociale et l'estime de soi alors que pour le score d'anxiété et de dépression, le score optimal est de 0.



**Figure 40 : Moyenne du score de DUKE (1/2)**

Il existe une différence significative pour les 4 scores calculés ci-dessus.

En effet, les consommateurs problématiques ont une moins bonne santé physique (IQR : 70 (50 à 80) vs 70 (60 à 90)  $p < 0.001$ ), une moins bonne santé mentale (IQR : 70 (60 à 80) vs 80 (60 à 90)  $p < 0.001$ ), une moins bonne santé sociale (IQR : 70 (60 à 90) vs 80 (60 à 90)  $p < 0.001$ ) ainsi qu'une moins bonne estime de soi (IQR : 80 (60 à 90) vs 80 (70 à 100)  $p < 0.001$ ).

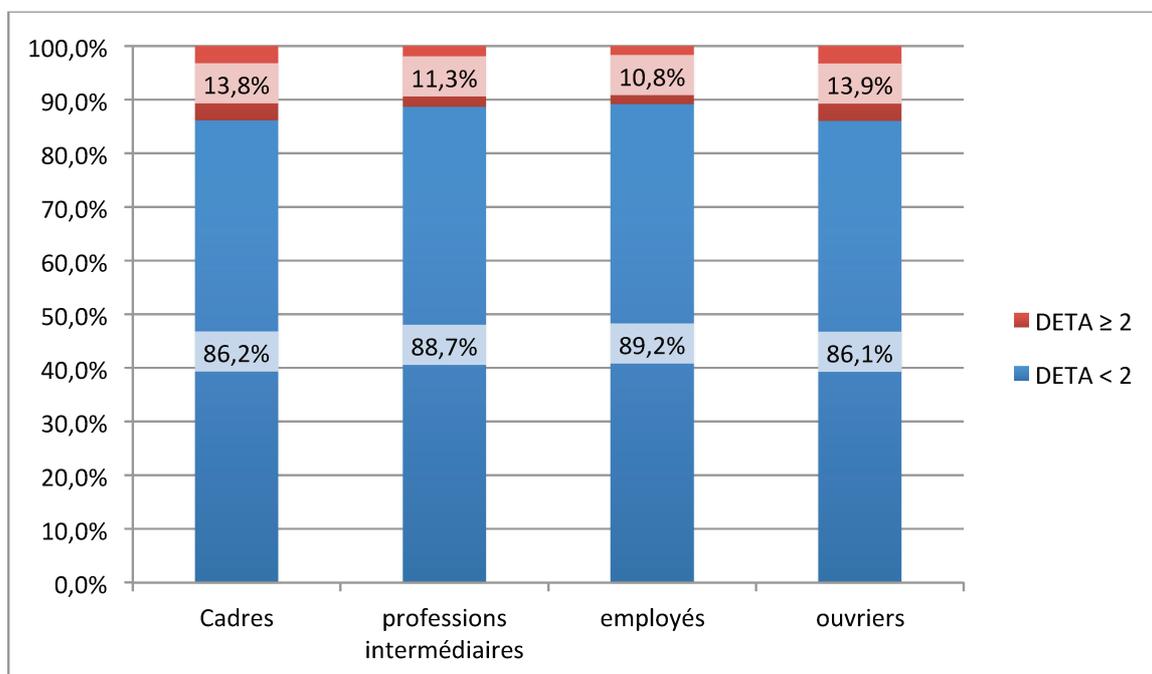


**Figure 41 : Moyenne du score de DUKE (2/2)**

Les consommateurs problématiques ont également une anxiété plus importante (IQR : 33,3 (25 à 50) vs 25 (16,7 à 41,7)  $p < 0.001$ ), il en est de même pour le score de dépression (IQR : 30 (20 à 50) vs 20 (10 à 40)  $p < 0.001$ ).

### 3. Situation professionnelle

Lorsque nous comparons les catégories socioprofessionnelles en utilisant la classification niveau 1 de l'INSEE (cadres, professions intermédiaires, employés et ouvriers), une différence significative apparaît concernant les consommations problématiques d'alcool. ( $p=0,0346$ ).



**Figure 42 : Catégories socioprofessionnelles et consommations problématiques d'alcool parmi les consommateurs**

Ce graphique représente la proportion de consommateurs problématiques (rouge) et non problématiques (bleu) pour chaque CSP.

Lorsque nous comparons les catégories socioprofessionnelles deux à deux, les cadres ont significativement 1,32 fois plus de risques de consommations problématiques d'alcool que les employés. (OR : 1,32 ; IC 95% [1,03-1,68]).

De même, les ouvriers ont significativement 1,33 fois plus de risques de consommations problématiques d'alcool que les employés. (OR : 1,33 ; IC 95% [1,06-1,68]).

Les autres comparaisons deux à deux n'ont pas retrouvé de différence significative concernant les consommations problématiques d'alcool.

Concernant les autres facteurs professionnels, il existe une consommation d'alcool problématique plus importante chez les encadrants (22,3%(n=116) contre 18%(n=679),  $p=0,017$ ) et chez les salariés ayant les plus gros horaires de travail (IQR : 40 (36 à 50) vs 40 (35 à 45)  $p<0,001$ ), ainsi qu'un stress plus important en moyenne à 5,1/10 contre 4,4/10 ( $p<0,001$ ).

De plus, nous remarquons que les salariés ayant des horaires instables ( $p=0,017$ ) et ceux qui souhaitent changer de travail (45,4%(n=237) contre 36,6%(n=1403),  $p<0,001$ ) ont significativement plus de consommations problématiques que les autres consommateurs d'alcool.

Les consommateurs problématiques d'alcool ont significativement plus tendance à émettre un lien entre leurs consommations et le travail. ( $p<0,001$ ).

Par contre, la latitude décisionnelle n'influence pas les consommations problématiques d'alcool.

#### **4. Consommations associées de substances psychoactives**

Il existe des consommations conjointes de tabac significatives chez les consommateurs problématiques d'alcool, avec 60,9% (n=311) contre 45,4% chez les consommateurs non problématiques d'alcool (n=1 664)  $p<0,001$ . Il en va de même pour le cannabis (21,4%(n=115) contre 10,2%(n=406),  $p<0,001$ ) ainsi que pour la consommation de médicaments psychotropes (22,6%(n=119) contre 14,6%(n=568), $p<0,001$ ).

Il n'existe, par contre, pas de lien entre la consommation problématique d'alcool et la prise d'antalgiques.

## **B. Analyse des Facteurs prédictifs de la consommation pour le cannabis**

Pour terminer, nous avons analysé chez les consommateurs de cannabis, les facteurs prédictifs d'une consommation problématique de cannabis.

L'analyse des facteurs prédictifs d'une consommation problématique de cannabis a été réalisée chez les consommateurs de cannabis.

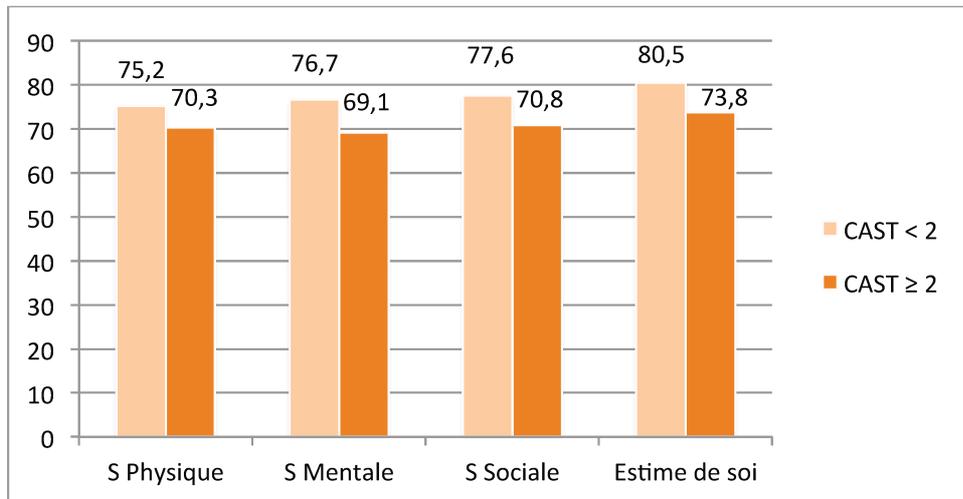
### **1. Caractéristiques socio-démographiques**

Plusieurs facteurs sociaux ont été mis en évidence. Tout d'abord, les consommateurs problématiques sont le plus souvent des hommes avec 78,8% (n=249) d'hommes contre 69,7% (n=184) de femmes (p=0,012) ayant des difficultés financières (56,2%(n=176) contre 35,8%(n=93), p< 0,001).

Le score de précarité (EPICES simplifié) est également plus important chez les consommateurs problématiques (IQR : 3 (2 à 4) vs 2 (1 à 3) p<0.001).

Aucune différence significative n'a, par contre, été retrouvée par rapport à la situation personnelle (p=0,42) et à la présence d'enfants dans le foyer (p=0,33).

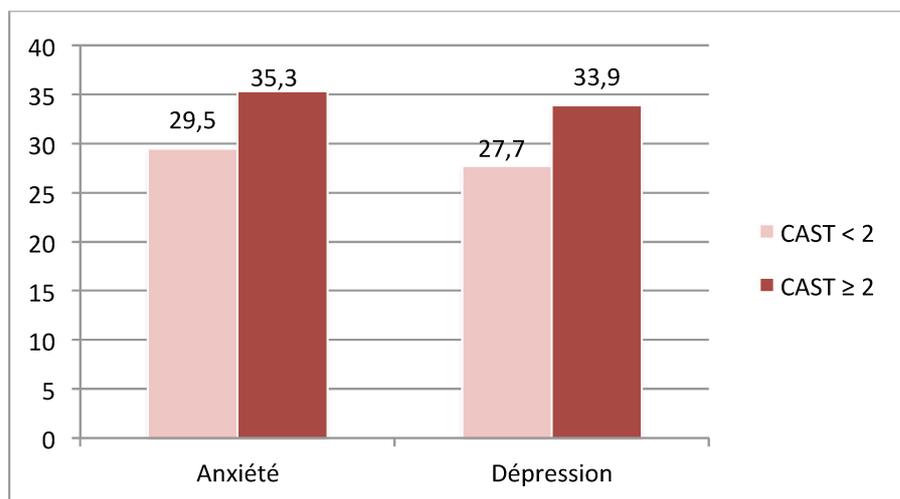
**2. Score de santé**



**Figure 43 : Moyenne du score de DUKE (1/2)**

Il existe une différence significative pour les 4 scores calculés ci-dessus.

En effet, les consommateurs problématiques ont une moins bonne santé physique (IQR : 70 (60 à 80) vs 80 (70 à 90)  $p < 0.003$ ), une moins bonne santé mentale (IQR : 70 (60 à 90) vs 80 (70 à 90)  $p < 0.001$ ), une moins bonne santé sociale (IQR : 70 (60 à 90) vs 80 (70 à 90)  $p < 0.001$ ) ainsi qu’une moins bonne estime de soi (IQR : 80 (60 à 90) vs 80 (70 à 90)  $p < 0.001$ ).

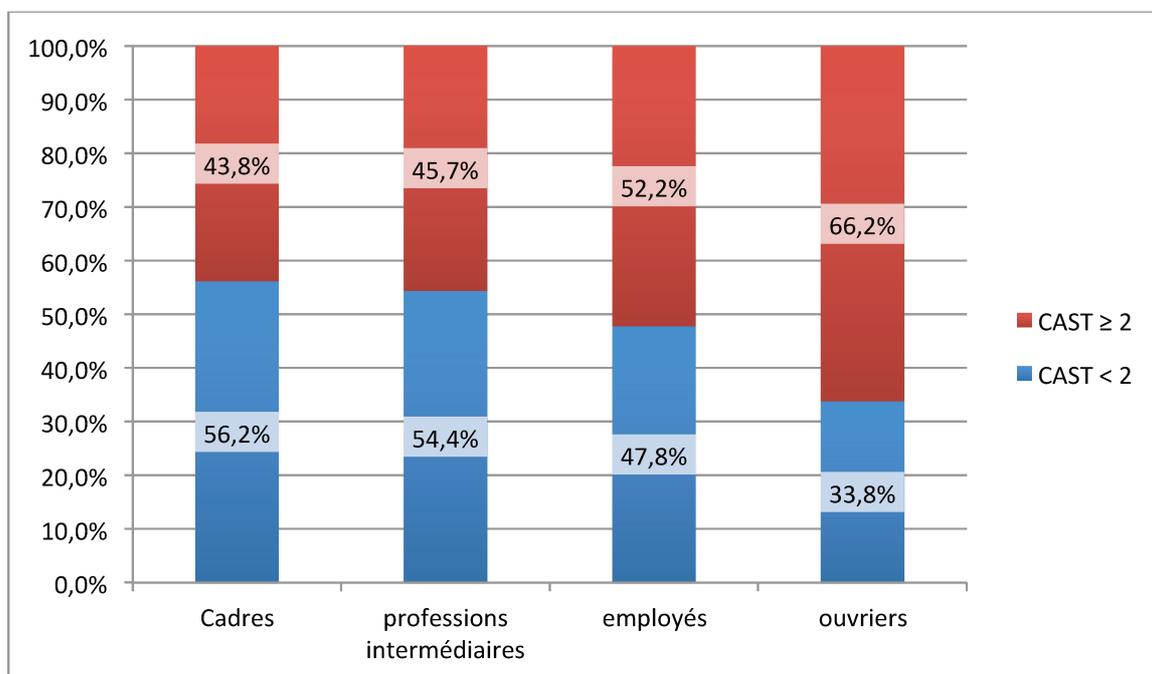


**Figure 44 : Moyenne du score de DUKE (2/2)**

Les consommateurs problématiques ont également une anxiété plus importante (IQR : 33,3 (16,7 à 50) vs 25 (16,7 à 41,7)  $p < 0.001$ ), il en est de même pour le score de dépression (IQR : 30 (20 à 50) vs 20 (10 à 40)  $p < 0.002$ ).

### 3. Situation professionnelle

Lorsque nous comparons les catégories socioprofessionnelles en utilisant la classification niveau 1 de l'INSEE (cadres, professions intermédiaires, employés et ouvriers), une différence significative apparaît concernant les consommations problématiques de cannabis. ( $p=0,0054$ ) entre ces catégories.



**Figure 45 : Catégories socioprofessionnelles et consommations problématiques de cannabis parmi les consommateurs**

Lorsque nous comparons les catégories socioprofessionnelles deux à deux, les ouvriers ont significativement 2,5 fois plus de risques de consommations problématiques de cannabis que les cadres. (OR : 2,5 ; IC 95% [1,39-4,50]), ils ont également 2,3 fois plus de risques que les professions intermédiaires (OR : 2,3 ; IC 95% [1,18-4,61]) et 1,8 fois plus de risques que les employés (OR : 1,8 ; IC 95% [1,17-2,74]).

Les comparaisons deux à deux des autres catégories socioprofessionnelles entre elles n'ont pas retrouvé de différence significative concernant les consommations problématiques de cannabis.

Concernant les autres facteurs professionnels, seuls ceux qui souhaitent changer de travail (53,6%(163) contre 39,8%(102),  $p < 0,001$ ) ont significativement des consommations problématiques de cannabis.

#### 4. Consommations

La consommation problématique de cannabis est associée à un âge précoce de début de consommation. Concernant les consommateurs problématiques de cannabis, on constate que plus le salarié a commencé à fumer du cannabis tôt, plus il est à risque de consommations problématiques ( $16,5 \pm 3,2$  contre  $17,2 \pm 2,9$  ;  $p < 0,001$ )

Il existe des consommations conjointes significatives uniquement pour le tabac ( $90,4\%(n=283)$  contre  $75,9\%(n=192)$ ,  $p < 0,001$ ).

Il n'existe par contre pas de lien entre la consommation problématique de cannabis et la consommation d'alcool, la prise de médicaments psychotropes et la prise d'antalgiques.

## DISCUSSION

### I. Résultats principaux

#### A. Caractéristiques socioprofessionnelles

En France, l'INPES et l'OFDT réalisent régulièrement des enquêtes nationales par téléphone permettant de décrire les conduites addictives auprès de la population générale âgée de 18 à 64 ans.

La dernière étude datant de 2014 a recueilli 13 039 sujets. (16)

Pour ce qui est de la répartition entre les hommes et les femmes, notre étude compte 56% d'hommes et 44% de femmes. Celle de l'INPES, par contre, comprend 47% d'hommes et 53% de femmes. Cette différence est peut être due au fait que le baromètre santé intègre la population générale alors que notre étude intègre la population active. Le recensement de la population de la région Nord-Pas-de-Calais pour l'année 2013, comprenait 48,3% d'hommes et 51,7% de femmes. (84)

Les sujets de notre étude sont plus jeunes avec une moyenne d'âge de 35 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que nous avons uniquement inclus des sujets actifs ; d'ailleurs, nous n'avons que 33 personnes qui ont plus de 60 ans.

Lorsque nous la comparons aux études qui se sont intéressées exclusivement aux salariés, il en ressort que l'étude menée par Orset (85) a une moyenne d'âge de 37,1 ans et celle menée par Lapeyre-Mestre a une moyenne d'âge de 38,4ans (65).

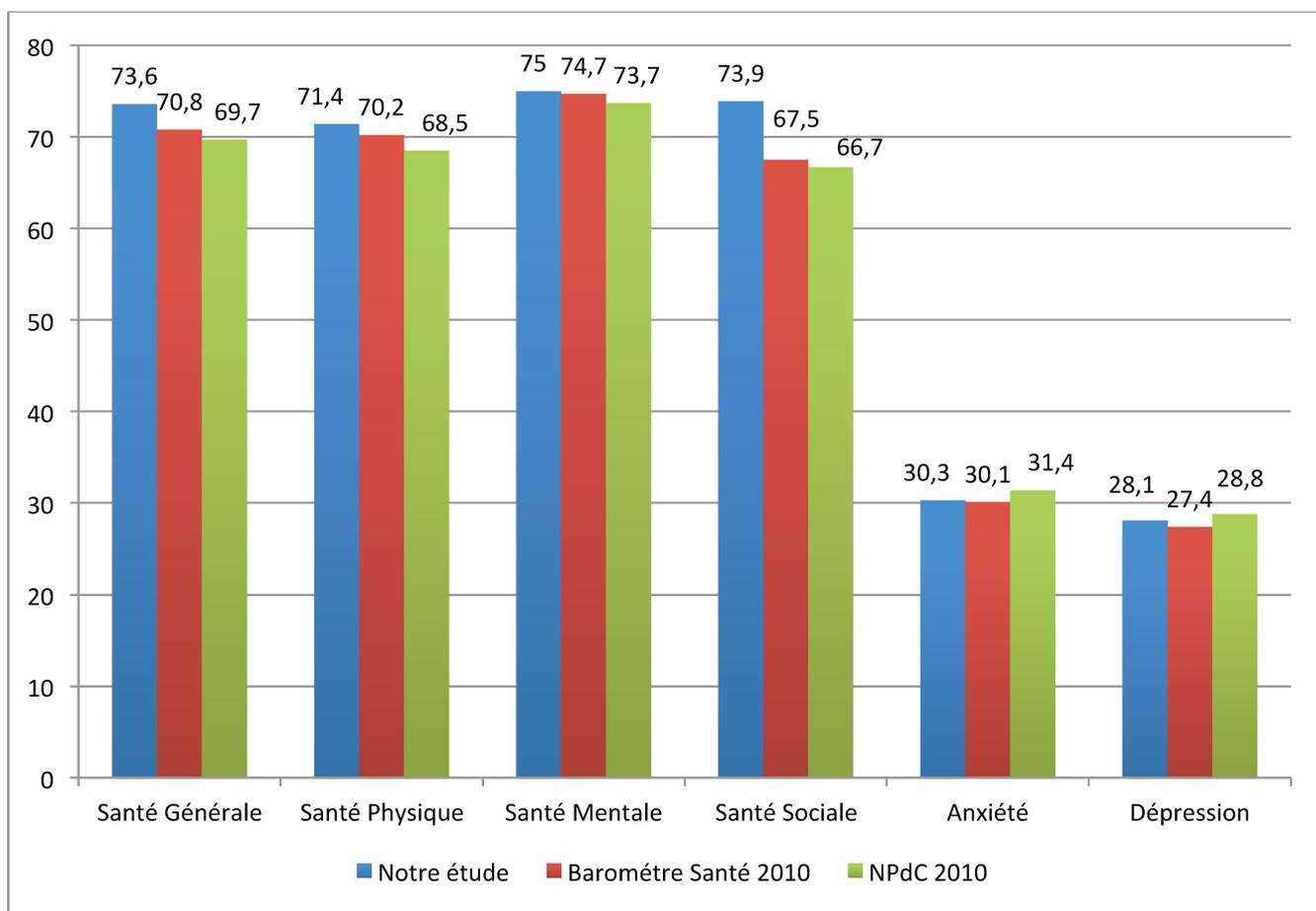
Cela peut s'expliquer par le fait que tous les salariés d'une vacation de médecin étaient inclus à la suite (à l'exception des visites occasionnelles employeur et des visites de pré-reprise), entraînant donc l'intégration d'un nombre supérieur de visites d'embauche qui concernent souvent des sujets plus jeunes.

La méthodologie de l'étude menée par Lapeyre-Mestre (inclusion des visites périodiques uniquement) et celle réalisée par Orset C. (inclusion du cinquième salarié d'une vacation) étaient différentes sur ce point. (65, 85)).

Les personnes en couple constituent 65,6 % des salariés. Cela rejoint les résultats de la plupart des études (16, 65, 85), où elles représentent entre 60 et 70% des sujets actifs.

Pour l'étude de l'état de santé de notre population, nous avons utilisé le questionnaire de DUKE, ceci nous permet de faire une comparaison avec les études ayant utilisé ce même score.

À ce jour, seul le baromètre santé 2010 (ainsi que ses précédentes éditions) a publié les résultats pour la population française et pour la région Nord-Pas-de-Calais qui inclut ce score pour l'analyse de la qualité de vie. (86)



**Figure 46 : Comparaisons score de DUKE**

L'étude laisse apparaître une meilleure santé physique, mentale et sociale, néanmoins, dans notre population par rapport aux populations de ces deux études. Le baromètre santé et sa déclinaison en Nord-Pas-de-Calais comprennent un échantillonnage de la population générale, allant de 15 à 75 ans, salariée ou non. La

différence de santé mise en évidence pourrait donc être le fait de l'activité professionnelle qui représenterait alors un facteur de meilleure santé mais nécessite une analyse plus précise des sous groupes en fonction de l'existence d'une activité professionnelle ou non et également en fonction des différents groupes d'âge.

Concernant les caractéristiques professionnelles de notre effectif, l'étude comporte une grande proportion d'employés à 39,4%, suivis des ouvriers à 27,5%, des professions intermédiaires à 16% et des cadres à 13,2%. Cette classification a été réalisée à partir des métiers renseignés par le salarié et avec l'aide de la brochure mise à disposition par l'INSEE et le DARES (nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise 2003). À notre connaissance, il n'y a pas d'étude ayant procédé ainsi, la plupart se basent uniquement sur le déclaratif de la CSP par le salarié. Ces études mettent fréquemment en avant un pourcentage moindre d'ouvriers et de professions intermédiaires (60). Ceci s'explique par le fait que les salariés se déclarent souvent « employés » alors qu'ils ne le sont pas par rapport au mode de classement de l'INSEE. Notre méthodologie semble plus adaptée pour obtenir des résultats plus proches de la réalité.

Pour ce qui est des contrats de travail, les CDI sont représentés à hauteur de 70,3% dans l'étude. La plupart des autres études indiquent des résultats similaires (60, 65, 85).

Les questions relatives aux horaires hebdomadaires de travail en termes d'heures et de variabilité sont très peu abordées dans la littérature française qui s'est intéressée aux addictions en milieu professionnel. Nous n'avons donc pas de référentiel concernant ces questions.

La moyenne d'heures travaillées par semaine (39,45h /semaine) semble représentative de l'ensemble des salariés (65, 85). Le minimum travaillé est d'une heure par semaine. Ceci peut faire référence à des retraités continuant une activité ou à des jeunes qui travaillent en complément de leurs études. Le maximum travaillé est de 99 heures par semaine. Le questionnaire précise que ces heures comprennent également le travail à la maison, néanmoins, des doutes sont permis concernant la véracité de ses dires.

L'étude a permis de mettre en évidence 11,3% de salariés ayant des horaires instables. Ce chiffre interpelle car de telles variations d'horaires sont susceptibles d'avoir un impact sur la vie de famille et l'hygiène de vie des salariés.

Il a été ensuite demandé au salarié s'il occupait un poste de sécurité sans donner plus de précisions. En France, « un poste de sécurité » n'est pas clairement défini. La jurisprudence a retenu comme étant des « postes de sécurité », ceux de conducteurs d'engins et / ou de machines dangereuses et ceux impliquant la manipulation de produits dangereux, le travail en hauteur, le travail isolé ou des activités essentielles à la sécurité d'autrui. Ici, seuls 10,7% de notre effectif estiment occuper un poste de sécurité. Cette donnée est certainement sous estimée par la méconnaissance de la définition de ce type de poste par la plupart des salariés.

Un mémoire avait d'ailleurs été réalisé sur tous les chauffeurs routiers de cette étude, et seuls 5,5% avaient estimé occuper un poste de sécurité (87).

Pour finir, notre moyenne de stress est identique à l'étude menée par Lapeyre-Mestre (4,45 sur 10) (65).

## **B. Consommations de substances psychoactives**

### **1. Alcool**

L'étude a mis en évidence 72,6% de personnes qui déclarent avoir consommé de l'alcool dans les douze derniers mois.

En 2014, 38% de la population nationale (selon le baromètre santé) déclaraient avoir bu de l'alcool moins d'une fois par semaine, 39% au moins une fois par semaine et 10% buvaient quotidiennement, soit au total 87% de la population en a consommé dans l'année (16).

Cette variation pourrait s'expliquer par la relative jeunesse de notre effectif et donc par la proportion moindre de sujets de plus de 50 ans.

En effet, les 10% des personnes interrogées déclarant boire quotidiennement se rencontrent presque exclusivement chez les personnes de plus de 50 ans selon l'analyse réalisée par F. Beck sur les résultats du baromètre santé 2014.

La comparaison entre notre étude et le baromètre santé pour les consommateurs quotidiens n'est pas possible car l'INPES définit l'usage quotidien d'alcool par au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine. Notre étude

estime à 3,2% les salariés qui consomment tous les jours et 29,9% ceux qui consomment une à plusieurs fois par semaine. Il est néanmoins évident que nous avons moins de consommateurs quotidiens pour les mêmes raisons déjà citées plus haut.

Les modes de consommation d'alcool ont évolué au fil des générations ainsi que la réglementation. Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, la consommation d'alcool sur le lieu du travail était autorisée, avec de la distribution de bières et de vins par l'employeur. Il était aussi fréquent que les salariés s'arrêtent dans les cafés avant et / ou après le travail. Tout cela peut expliquer, au moins en partie, un mode de consommation quotidien. Actuellement, la réglementation est de plus en plus claire et de moins en moins permissive sur l'alcool au travail.

Les jeunes générations n'ayant pas connu ces mœurs, sont plutôt sur un mode de consommation ponctuel et festif avec l'ingestion de grandes quantités d'alcool sur un temps limité, conduite encore appelé « Binge drinking » (88).

Par rapport à notre définition de la consommation problématique d'alcool (DETA > 2), l'étude a mis en évidence 8,4% de salariés ayant de telles consommations. Pour ce qui est du baromètre santé, il a plutôt utilisé le questionnaire AUDIT (89) et a permis de retrouver 8% de personnes à risque chronique et 31% des buveurs à risque ponctuel (consommation ponctuelle de 6 verres d'alcool ou plus). L'AUDIT comporte davantage de questions que le DETA et cela peut donc expliquer la différence de pourcentages. La comparaison des consommations de notre étude avec celle réalisée par l'équipe d'Orset (85) qui est la plus proche de la nôtre en termes de méthodologie, possède un DETA relativement similaire (8% contre 8,4%).

Un lien avec le travail a été émis pour 16,7% des salariés mais seuls 1,8% ont déclaré que les consommations étaient « tout à fait » en lien avec le travail.

Les motivations des consommations d'alcool en lien avec le travail pour les salariés de notre étude sont pour « se calmer » (38,4%) et pour « gérer le stress ».

L'étude réalisée par Gay (60) s'est particulièrement intéressée à la question de dopage au travail et avait retrouvé que 7,5% des consommateurs utilisaient l'alcool pour des motivations professionnelles. La notion de dopage au travail est définie par la consommation d'un produit pour affronter ou surmonter un obstacle réel ou ressenti par l'utilisateur dans un but de performance au travail. (90)

Nous pensons en particulier aux cadres qui utilisent les substances pour « tenir le rythme » ou pour « augmenter leur performance » mais également aux ouvriers qui utilisent les substances pour « se détendre » et « se libérer l'esprit ». (91, 92)

Nous ne savons pas si les salariés ayant émis un lien entre alcool et travail, ont consommé à but de dopage mais d'après l'étude menée par Lapeyre-Mestre (65), 4,1% consommaient de l'alcool pour se donner confiance au travail et 44% utilisaient l'alcool pour se détendre après une journée de travail. Le fait de consommer après le travail pour se détendre semble être un mode de consommation normal pour beaucoup de salariés et pour eux, cela ne constitue pas un problème en soi. Il est donc possible que peu d'entre eux aient répondu « oui » à la question de notre étude. L'étude a recherché également les motivations professionnelles des salariés à consommer de l'alcool. Les salariés de l'étude utilisent le plus souvent l'alcool pour se calmer et gérer le stress. Par rapport à l'effet sédatif de la substance, les réponses semblent cohérentes.

## **2. Cannabis**

Notre effectif comprend 9,3% (n=588) de personnes ayant consommé du cannabis dans l'année, soit 1,7% de moins que les données du baromètre santé (16).

Malgré l'anonymat du questionnaire, l'existence d'une sous déclaration n'est pas exclue. En effet, l'effectif comprend beaucoup de jeunes (42,8% ont entre 15 et 30 ans) dont une partie se présentait probablement en centre santé travail pour une visite d'embauche. La crainte de ne pas être déclaré « apte » à cette visite, en cas de découverte de consommation de cannabis, a pu influencer les déclarations de certains.

Néanmoins, la synthèse réalisée par C. Palle (1) a permis de séparer les demandeurs d'emplois des actifs et il a conclu que les chômeurs consommaient davantage (16% dans l'année contre 9%). Finalement, lorsque les demandeurs d'emplois sont exclus du baromètre santé, les consommateurs de cannabis dans l'année sont relativement identiques.

Tout comme l'alcool, la comparaison des consommateurs réguliers est difficile car le baromètre santé considère qu'un usager régulier a consommé au moins dix fois lors des trente derniers jours.

Ils ont donc retrouvé 3% de consommateurs réguliers de cannabis alors que dans l'étude, nous notons 1,7% de salariés qui en ont consommé tous les jours et 2,4% de salariés qui en ont consommé une à plusieurs fois par semaine.

Ces consommations régulières sont problématiques en termes d'effets psychoactifs sur le lieu de travail.

Pour ce qui est des consommateurs problématiques de cannabis, notre étude en compte 54,6% alors que les autres études ayant utilisé le CAST ou l'équivalent, en retrouvent entre 17% et 25,9% parmi les consommateurs. (16, 85, 93)

Devant une telle différence, nous nous sommes penchés sur la méthodologie des études. Nous constatons qu'ils ont utilisé le score CAST ou l'équivalent avec, pour chaque question, cinq modalités de réponses allant de « jamais » à « très souvent ».

Ces modalités sont codées de 0 à 4 et permettent d'obtenir un score côté sur 24, un score supérieur à 7 permettant de définir un usage problématique.

La variante du CAST que nous avons utilisé définit un usage nocif pour un score de 2 amenant le consommateur à s'interroger sur ses consommations et un score supérieur ou égal à 3, estimant une gravité des consommations et la nécessité de se faire aider.

Lorsque le seuil du CAST que nous avons utilisé a un score supérieur ou égal à 3, la prévalence de l'usage problématique est de 34,4%, ce qui reste toujours plus élevé que les études précédentes.

Le baromètre santé décrit une consommation problématique stable de cannabis entre 2010 et 2014 sur le plan national (16), cela nous amène donc à nous interroger sur le fait que les salariés de la région Nord-Pas-de-Calais seraient plus à risque de consommations problématiques que la population générale en France. Il faudra toutefois d'autres études pour affirmer cette hypothèse.

Enfin, tout comme l'alcool, les consommations de cannabis pour « se calmer » et « gérer le stress » restent les principales motivations des salariés, ce qui est cohérent avec l'effet sédatif de la substance.

### **3. Psychotropes et antalgiques**

#### **a) Médicaments psychotropes**

L'étude a mis en évidence une consommation de médicaments psychotropes dans l'année pour 16% des salariés de notre effectif. L'équipe d'Orset (85) a retrouvé de manière similaire que 16,6% des salariés de la Loire avaient consommé des médicaments psychotropes à plusieurs reprises dans l'année. Nous sommes néanmoins en dessous des 26% de l'étude réalisée par Trichard (94) concernant les praticiens hospitaliers. Ce chiffre est cependant à nuancer car nous sommes en présence d'une population ayant des métiers variés. En effet, les praticiens hospitaliers sont soumis à une charge émotionnelle sûrement bien supérieure à la plupart de nos salariés. Ils ont également accès plus facilement aux médicaments, ce qui est un facteur de risque ajouté. Pour ce qui est de l'étude du baromètre santé, nous n'avons actuellement que les chiffres de l'édition de 2010 avec 18% de consommateurs de médicaments psychotropes dans l'année (17). Sachant que la tranche d'âge qui ressort pour ces consommations, est celle des 50-59 ans, et que notre effectif est plutôt jeune (seuls 12,9% de notre effectif ont plus de 50 ans), cela suffit très certainement à expliquer cette différence pour les consommations de psychotropes. (17)

Notre étude comprend 34,4% de consommateurs d'anxiolytiques, 23,8% de consommateurs d'antidépresseurs et 19,9% de consommateurs d'hypnotiques. Le baromètre santé a plutôt quantifié 10% de consommateurs d'anxiolytiques, 6% d'hypnotiques et 6% d'antidépresseurs. Cependant les pourcentages ne peuvent pas être comparés aux autres études car nous avons comptabilisé toutes les prises médicamenteuses et non le nombre de médicaments psychotropes par personne. L'emploi de méthodologies différentes pourrait expliquer que nos pourcentages sont plus importants que les moyennes retrouvées dans les études les plus récentes. (95)

Concernant le lien entre le travail et la consommation de médicaments, 62,7% des salariés de notre effectif sont concernés.

Les salariés de l'étude menée par Lapeyre-Mestre (65) ont pour 20,2% indiqué qu'ils consommaient des médicaments pour être en forme au travail et pour 18,4% une consommation pour se détendre et dormir après le travail.

Cette différence s'explique en partie par le fait que l'équipe de Lapeyre-Mestre a inclus dans les médicaments, les vitamines qui représentent une grande majorité des consommations ; ce qui n'est pas notre cas puisque les anxiolytiques, les antidépresseurs et les hypnotiques sont les plus présents. Il en est de même pour l'étude réalisée par Gay (60), où 24,9% des salariés utilisent des médicaments pour des raisons professionnelles. L'utilisation des vitamines et compléments alimentaires arrive en tête de liste pour cette étude. Cela peut s'expliquer par l'élaboration du questionnaire ; en effet, Gay V. proposait dans le sien, une liste de médicaments où étaient inclus vitamines, compléments, homéopathies et boissons énergisantes alors que notre questionnaire proposait comme exemples « calmants, antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères ». Nous pouvons donc en déduire que même si nos pourcentages sont moindres, ils restent relativement inquiétants car ils concernent des substances qui représentent des risques importants par rapport au travail du fait de leurs effets indésirables (96).

Une étude portant sur le personnel du centre hospitalier de Saint Etienne (97) a recherché spécifiquement « les médicaments pour le sommeil, l'anxiété et/ou la dépression altérant la vigilance ». Ceci représente 22,6% de consommateurs lors des douze derniers mois, soit un chiffre plus élevé que dans notre étude.

Cette différence peut s'expliquer du fait d'un effectif composé principalement de femmes (84%) et également par la prédominance de métiers paramédicaux (39%) et d'infirmiers (29%) ; deux métiers reconnus pour leur pénibilité en termes d'horaires et avec également une charge mentale importante pour les infirmières.

Le fort pourcentage de salariés ayant émis un lien entre la consommation de psychotropes et le travail évoque la présence de risques psychosociaux (98).

Ces médicaments sont utilisés pour « gérer le stress » (47,1%), « se calmer » (46%), et « tenir le coup, les cadences » (41%) soulignant le lien entre travail et consommations.

Le travail semble donc être générateur de difficultés psychologiques tout en sachant que la consommation de psychotropes peut entraîner des risques professionnels et / ou une diminution des performances.

C'est notamment le cas des anxiolytiques et des hypnotiques qui possèdent des demi-vies longues.

L'absence de questions relatives aux risques psychosociaux dans notre questionnaire ne nous permet pas d'approfondir cette thématique.

### **b) Médicaments antalgiques**

Concernant les antalgiques, 58,9% des salariés de l'étude en ont consommé dans l'année, ce qui est relativement proche des chiffres de l'étude menée par d'Orset (65,7%) (85).

L'étude réalisée chez le personnel hospitalier (97) a retrouvé 80,3% d'agents ayant consommé des antalgiques lors des douze derniers mois, cependant la grande proportion de femmes occupant le poste d'aide-soignant, particulièrement à risque de douleurs, pourrait expliquer cette différence.

Les céphalées étant répandues dans la population française, il est impossible de définir le lien entre ce symptôme et le travail. Par contre, les douleurs de rachis sont plus volontiers liées au travail. Plus d'un salarié sur 4 (28,3%) se plaint de douleurs rachidiennes, ce qui est relativement important et pose question sur le maintien des activités chez les personnes exerçant un métier physique.

Même si la consommation d'antalgiques de palier I est plus souvent retrouvée (80,3%), d'autres antalgiques ou myorelaxants ayant des effets psychoactifs sont également consommés (10,8% prennent des antalgiques de palier 2 et 5,7% des myorelaxants) sachant que ces consommations peuvent se cumuler chez une même personne. Les effets psychoactifs de ces médicaments peuvent avoir des répercussions sur le travail.

Pour finir, 45,2% des consommateurs de médicaments ont émis un lien (« un peu », « moyennement » ou « tout à fait ») entre la prise d'antalgiques et le travail.

Ces chiffres demanderaient à être approfondis pour mieux comprendre ce lien.

#### **4. Autres substances psychoactives non médicamenteuses**

Notre étude a mis en évidence 0,22% de consommateurs de cocaïne, 0,12% de consommateurs d'amphétamines, 0,2% d'ecstasy et 0,015% d'héroïne.

La faiblesse des effectifs de consommateurs d'autres substances psychoactives non médicamenteuses rend difficile la comparaison avec d'autres études.

Les derniers chiffres de l'OFDT retrouvent, quant à eux, 1,1% de consommateurs de cocaïne dans l'année, 0,9% de consommateurs de MDMA / ecstasy et 0,2% de consommateurs d'héroïne (16).

Il est possible qu'il ait eu une sous-déclaration Ceci s'explique par le fait que ces drogues inspirent plus de crainte chez ces consommateurs et qu'ils préfèrent le plus souvent les cacher que les déclarer, plus particulièrement quand cela doit être fait dans un service de santé au travail.

## II. Résultats secondaires

### A. Étude des consommations associées

Notre étude comporte 16,1% de consommateurs réguliers de tabac et d'alcool, 3,5% de consommateurs réguliers de tabac et cannabis, 2,3% de consommateurs réguliers d'alcool et cannabis.

Il existe peu d'études ayant analysé spécifiquement les poly consommations chez les salariés.

L'OFDT l'a abordé dans le baromètre santé 2014 pour l'alcool, le tabac et le cannabis et a mis en évidence 6,2% de consommateurs réguliers de tabac et d'alcool, 1,6% de consommateurs réguliers de tabac et cannabis, 0,2% de consommateurs réguliers d'alcool et cannabis et 1,1% de consommateurs réguliers des trois substances (16). L'OFDT estime que ces pratiques sont peu courantes et note qu'elles concernent le plus souvent la tranche d'âge 18-25 ans, néanmoins, ce genre de pratiques multiplie les risques pour la santé. Cette tranche d'âge étant dominante dans notre effectif, ceci peut potentiellement expliquer la différence de résultats.

L'OFDT a également relevé que 85% de consommateurs de cannabis fument quotidiennement du tabac, ce qui est relativement similaire à nos résultats (88,9%).

Concernant les médicaments, 31% des consommateurs de médicaments psychotropes chez les chauffeurs affiliés à la mutuelle sociale agricole ont un problème avec l'alcool. (99) Nous retrouvons également des chiffres similaires dans notre étude (34,3%). Gay V. (60), quant à lui, parle de 31,9% de poly consommateurs en précisant qu'il s'agit de salariés ayant consommé au moins deux médicaments différents ou au moins deux classes de produits différentes. L'absence de précisions sur le type de substances ne nous permet pas de comparer.

Notre étude a mis en évidence plusieurs associations significatives de consommations.

La plus préoccupante sur le plan de la santé publique est l'association alcool / tabac qui, outre les risques sur la santé, multiplie par trente le risque de cancers ORL (100).

L'association alcool / cannabis peut poser question car elle aggrave les baisses d'attention et augmente les temps de réaction, ce qui peut être problématique chez les salariés occupant un poste de sécurité. Il est néanmoins impossible d'affirmer un usage concomitant de ces produits.

L'association cannabis / antalgiques peut faire penser aux consommateurs qui utilisent le cannabis pour soulager leurs douleurs. Les plus fréquemment retrouvées dans notre effectif sont les migraines (40,8%). Plusieurs études ont mis en évidence l'efficacité du cannabis sur les douleurs (101, 102). Néanmoins, l'hypothèse la plus probable reste la consommation festive de cannabis chez les jeunes, associée à une mauvaise hygiène de vie (manque de sommeil, consommations d'alcool, environnements bruyants, exposition aux écrans...) entraînant des maux de tête qui nécessitent la prise d'antalgiques.

Enfin, l'association psychotrope et antalgique est très évocatrice des travaux de Davezies P. sur le stress oxydatif (103). Sa revue de littérature a permis d'attirer l'attention sur le rôle central de l'inflammation et du stress oxydant en matière de lien entre souffrances psychiques et atteintes du corps. Il en a conclu qu'un stress chronique peut alors, au même titre que les autres agressions (blessures, infections, radiations, particules nocives...), entraîner des pathologies chroniques pouvant être responsables de douleurs.

## **B. Facteurs prédictifs**

### **1. Pour les consommations problématiques d'alcool**

Les consommateurs problématiques d'alcool concernent toujours plus souvent les hommes que les femmes. Ceci est particulièrement vrai dans notre étude avec 74,4% de consommateurs problématiques d'alcool chez les hommes contre 25,6% chez les femmes.

Néanmoins, l'évolution du baromètre santé a démontré un rapprochement entre hommes et femmes en ce qui concerne les consommations hebdomadaires d'alcool et pour les ivresses répétées et régulières (16). Ceci peut également être vérifié grâce à l'étude menée par Orset (85) qui a retrouvé 85,6% de consommateurs à risque d'hommes contre 14,4% de femmes en 2007. Même si les écarts restent importants, ils ont donc tendance à se rapprocher.

Nous constatons que les principaux indicateurs de qualité de vie (score de DUKE) sont significativement plus bas pour la population ayant une consommation problématique. Il est toujours difficile de savoir si ce sont les consommations qui entraînent cette diminution des indicateurs ou si c'est une diminution des indicateurs qui a comme conséquence une augmentation des consommations problématiques d'alcool. Le plus probable serait que ces deux facteurs s'auto-entretiennent.

De plus, ces consommateurs problématiques ont également plus de difficultés financières et un score de précarité plus important. Les consommations vont donc constituer une aggravation de ces difficultés avec une incidence négative sur les indicateurs de santé. Une aide extérieure pour ces personnes semble primordiale pour évaluer la situation et le cas échéant, proposer des mesures préventives ou correctives. L'étude menée par Lapeyre-Mestre (65) a retrouvé que les personnes ayant déclaré consommer une boisson alcoolisée afin de se détendre et d'être plus à l'aise au travail, étaient significativement plus âgées, de sexe masculin, avec une précarité d'emploi et un score de stress élevé. En dehors des contrats précaires qui ne sont pas ressortis dans notre étude, les autres paramètres ont significativement été mis en évidence.

On peut donc s'interroger sur le fait que les consommations en lien avec le travail soient plus problématiques que les autres consommations. Cette hypothèse est renforcée par le fait que les consommateurs problématiques ont significativement plus souvent mis un lien entre leurs consommations et le travail.

De plus, l'enquête « Mode de Vie et Travail » a mis en évidence que les consommations d'alcool après le travail correspondaient à un profil de salariés insatisfaits, en particulier au niveau professionnel (104, 105).

La CSP semble également jouer un rôle dans ces consommations problématiques. Les cadres et les ouvriers se distinguent pour ces consommations avec une différence significative si nous les comparons aux employés. Concernant les ouvriers, le baromètre santé (1) a mis en évidence qu'ils consommaient plus que les autres CSP étudiées dans ce questionnaire. (les agriculteurs et les artisans sont plus consommateurs que les ouvriers mais les artisans ne sont pas vus en médecine du travail et les agriculteurs ont une médecine du travail qui leur est propre, donc non présents dans notre étude).

La plupart des études qui se sont intéressées aux secteurs d'activité, ont démontré que les secteurs de la construction / BTP étaient les plus à risque de consommations problématiques (1, 85). Il est évident que ce secteur est composé essentiellement d'ouvriers.

De plus, des études ont mis en évidence une différence significative de consommations d'alcool pour les salariés occupant un poste de sécurité (66, 106). Ces ouvriers sont également les plus exposés. (Conduite d'engins, utilisation de machines dangereuses, travail en hauteur...).

Pour les cadres, les études les plus récentes montrent qu'ils consomment plus fréquemment de l'alcool que les employés pour les conduites dopantes (60). La littérature internationale a mis en évidence le fait que les emplois demandant beaucoup de responsabilités et où l'alcool est disponible, entraînent plus de consommations problématiques d'alcool pour les hommes (62). Marchand A. a d'ailleurs déterminé que les cadres supérieurs étaient plus à risque de consommations problématiques d'alcool (63). Facy F. constate que la première année de travail est une période propice à une augmentation des consommations d'alcool et plus particulièrement chez les cadres (107).

Lamant J. a retenu plusieurs caractéristiques pouvant influencer le comportement des consommateurs (108):

- la routine
- la nature des responsabilités
- le stress
- l'insuffisance de temps, la surcharge de travail
- l'importance de l'image de soi

Les cadres sont principalement concernés par les quatre derniers items.

Ce sont d'ailleurs ces items qui ressortent significativement dans notre étude puisque les salariés ayant des gros horaires hebdomadaires de travail, des horaires instables, un stress élevé et étant en situation d'encadrement, sont significativement plus à risque de consommations problématiques. Ces facteurs ont d'ailleurs déjà été mis en évidence dans d'autres études (64, 67, 68, 70, 71).

Le lien entre stress et consommations problématiques est discuté avec des résultats contradictoires (cf chapitre « substances psychoactives en milieu professionnel »)(61, 62).

Notre étude permet de conforter l'existence de ce lien.

## **2. Pour les consommations problématiques de cannabis**

Quel que soit le mode de consommation, le cannabis concerne plus souvent les hommes que les femmes (16). L'étude réalisée par Orset (85) a mis en évidence 84,4% de consommateurs masculins, ce qui est très proche de notre étude (78,8%).

Tout comme l'alcool, les principaux indicateurs de santé (score de DUKE) sont significativement plus altérés pour les consommateurs problématiques de cannabis.

Ceci est relativement inquiétant lorsque l'on sait que la moyenne d'âge de cette population est de 27 ans.

Cette altération de la santé est également associée de manière significative à des difficultés financières et à une précarité plus importante.

Concernant les CSP, les risques de consommations problématiques sont significativement plus importants chez les ouvriers par rapport aux autres CSP.

La littérature a mis en évidence à plusieurs reprises une consommation de cannabis plus élevée chez les ouvriers du BTP (73, 85, 109).

De plus, le fait que ces métiers soient à forte prédominance masculine et que les ouvriers aient plus tendance à occuper des postes de sécurité, augmente le risque de consommations problématiques de cannabis (66, 106, 110).

Ces consommateurs, dans plus de la moitié des cas, souhaiteraient changer de travail s'ils en avaient la possibilité. Cela peut témoigner d'une insatisfaction professionnelle qui, du coup, peut faire perdre le rôle protecteur du travail contre les consommations de substances (111).

Aucun autre facteur professionnel lié à ces consommations n'a été retrouvé.

Il semble néanmoins, que les consommateurs problématiques aient plus souvent émis un lien entre leurs consommations et le travail mais la faiblesse des effectifs doit nous inciter à la prudence. (62 salariés contre 15 salariés,  $p=0,0010$ ).

Pour finir, cette comparaison rejoint la thèse de l'enquête ESCAPAD (112) qui avait démontré que plus la consommation de cannabis est précoce, plus le risque de consommations problématiques par la suite est important.

### **III. Limites et points forts de l'étude**

#### **A. Points forts de l'étude**

L'analyse des consommations de substances psychoactives, afin d'en déterminer la prévalence, les facteurs de risques dans une population salariée n'est pas sans difficulté.

Cela nécessite une méthodologie acceptable pour les centres santé-travail et pour les salariés.

L'effectif de notre étude (6 516 sujets) témoigne de la bonne acceptabilité des centres et des salariés qui ont bien accueilli le questionnaire et les conditions de remplissage.

Cet effectif important a permis d'obtenir une forte puissance statistique permettant ainsi de réaliser des analyses en sous-groupes tout en maintenant un effectif conséquent.

De nombreux aspects socioprofessionnels, le lien entre ces facteurs et des consommations ont pu être abordés. L'accès à ces informations dans un même questionnaire, par ailleurs dans une population salariée large, nous a permis d'explorer une association entre différents facteurs avec une bonne puissance statistique.

L'exploitation de ces données pourra permettre d'explorer plus précisément des problématiques abordées dans ce travail ou d'autres thématiques en répondant à des requêtes spécifiques.

#### **B. Limite de l'étude**

La principale limite de notre étude est liée à la nature même de ce type d'enquête basée sur des éléments déclaratifs.

Une sous-déclaration de certaines conduites malgré l'anonymat garanti, reste bien sûr possible du fait d'une éventuelle méfiance du salarié quant à l'accès aux données de l'équipe de médecine du travail.

L'absence de registre ne nous a pas permis de comptabiliser les refus, ni d'en connaître les raisons.

Cette méthodologie n'avait pas été retenue face à la nécessité de former toutes les secrétaires de tous les centres de médecine du travail de la région à notifier ces données.

Le questionnaire comprenait un grand nombre de questions condensées sur deux feuillets A4. Il est malheureusement parfois arrivé que les salariés omettent ou décalent certaines réponses par inadvertance entraînant de nombreuses données manquantes (annexe 7). De plus, les dernières questions étaient souvent peu remplies. Il est difficile de dire si c'était parce que les salariés étaient moins concernés ou si c'était parce qu'ils devenaient moins attentifs aux questions. La passation du questionnaire avant la visite a pu également être interrompue par manque de temps au moment de l'appel du salarié pour la visite.

Il y a eu l'oubli d'une question du score EPICES dans le questionnaire, qui ne nous a malheureusement pas permis de comparer ce score de précarité avec d'autres études, sachant que notre score était sous-estimé.

Le positionnement des questions « si oui, en règle générale, diriez-vous que cette consommation avait un lien avec votre travail ? » juste après le paragraphe consacré aux consommations, pouvait également porter à confusion pour le salarié qui pouvait légitimement penser qu'il devait y répondre uniquement s'il avait répondu « oui » à la question précédente, alors que la consommation simple devait entraîner une réponse.

Pour finir, la présence d'une définition précise dans notre questionnaire d'un « poste de sécurité » aurait été bénéfique car peu de salariés l'ont comprise. Les réponses à cette question sont ici difficilement exploitables.

## IV. Perspectives

Notre étude a permis de confirmer plusieurs données de la littérature et également de mettre en avant diverses hypothèses.

Cette étude a mis en lumière les consommations de SPA des salariés, souvent méconnues des employeurs qui considèrent, la plupart du temps, que leur entreprise n'est pas concernée par cette problématique.

Les chiffres relatifs aux consommations d'alcool, de cannabis et de médicaments, mis en avant par l'étude, pourraient entraîner une prise de conscience des entreprises et favoriser la mise en place de préventions collectives sur le sujet.

L'étude a permis de mettre en évidence, chez les salariés, des facteurs professionnels liés à des consommations problématiques ainsi qu'une santé physique, mentale et sociale dégradée.

Ces données chiffrées pourraient être une méthode de prévention pour sensibiliser les salariés aux risques liés aux consommations et pourquoi pas favoriser la rencontre avec un professionnel de santé dans un but de réduction ou d'arrêt des consommations nocives.

Enfin, cette étude va permettre de fournir aux médecins du travail et aux infirmières santé-travail, des données supplémentaires pour un meilleur repérage, la réalisation d'une évaluation et d'une prise en charge, en particulier l'analyse de certains facteurs prédictifs, retrouvés dans l'étude pour initier le dialogue avec les salariés et les entreprises.

Elle a aussi permis de renforcer l'intérêt des questionnaires DETA et CAST avec des indices de santé plus altérés, une précarité et des facteurs professionnels identifiés chez les consommateurs problématiques.

Ces questionnaires, peu chronophages, sont pourtant très peu utilisés par les médecins du travail (113).

Nous espérons donc que notre étude va inciter les médecins à les utiliser davantage.

Peu d'entre eux adressent des salariés dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) alors qu'ils sont les plus à mêmes de dépister les consommations problématiques (114).

L'utilisation des questionnaires de repérage pourrait favoriser une meilleure orientation des salariés ayant une consommation nocive.

Il convient également d'inciter les médecins du travail à se former aux « interventions brèves » qui ont fait preuve de toute leur efficacité (115).

## CONCLUSION

L'évaluation des consommations de substances psychoactives chez les salariés de la région Nord-Pas-de-Calais a permis de mettre en évidence le fait que ces pratiques sont bien présentes dans le milieu professionnel avec des niveaux de prévalences d'usages problématiques non négligeables.

Les médicaments psychotropes, souvent peu analysés, sont également bien représentés. Un lien avec le travail est souvent signalé, pouvant faire évoquer des risques psychosociaux qui nécessitent d'être analysés.

Cette étude apporte des éléments aux salariés et aux employeurs pour mieux comprendre les conséquences de telles consommations sur la santé et le travail.

Enfin, elle a permis d'apporter aux médecins du travail, de nombreuses connaissances en termes de consommations, de facteurs prédictifs et de l'utilité des questionnaires de repérage.

Nous espérons que ce travail permettra aux médecins d'être plus attentifs aux consommations, y compris aux médicaments pour mieux sensibiliser les salariés et mieux les orienter dans la prise en charge.

Cela pourrait permettre une diminution du nombre d'arrêts et d'accidents de travail chez les salariés.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. PALLE C. Synthèse de la revue de littérature sur les addictions en milieu professionnel [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2015. Report No.: Note 2015-05 du 8 octobre 2015. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/?cID=801>
2. Beck F, Spilka S, Nguyen-Thân V, et al. Cannabis : usages actuels en population adulte - Tendances n° 119 - OFDT [Internet]. 2017 [cité 20 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/>
3. INRS. Dossier: Addictions et travail [Internet]. [cité 15 août 2017]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr>
4. Nisse C, Deveaux M. Addiction et milieu professionnel. *Ann Toxicol Anal.* 2002;14(1):1-2.
5. Médicaments psychotropes : publication de l'expertise collective de l'INSERM sur les consommations et les pharmacodépendances [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/>
6. Lejoyeux M, Paille F. Alcool. In: *Addictologie*. Masson. 2006. p. 71-112. (Masson).
7. Alcool [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: <http://www.anpaa.asso.fr/>
8. Fantoni S. Addictions et travail – aspects juridiques. *Arch Mal Prof.* 2012;73(3):480-2.
9. Menard C, Richard J, Demortière G. L'implication des médecins du travail face aux pratiques addictives. *Arch Mal Prof.* 2012;73(3):475-9.
10. Gehannp J, Weber J, Conso F, et al. Détermination des besoins éducatifs des futurs médecins du travail par une méthode de groupes de discussion dirigée. *Arch Mal Prof.* 2008;69(3):423-37.
11. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/>
12. Spitzer RL, Md KK, Williams JBW. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Am Psychiatr Assoc. 1980
13. Critères d'abus et de dépendance selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine [Internet]. [cité 27 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>

14. Rigaud A. Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ? [Internet]. 2013 [cité 26 août 2014]. Disponible sur: [www.sfalcoologie.asso.fr](http://www.sfalcoologie.asso.fr)
15. INRS. Dossier: Addictions et travail [Internet]. [cité 15 août 2016]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr>
16. Beck F, Richard J, Guignard R. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - Tendances 99 - mars 2015 - OFDT. Tendances [Internet]. mars 2015 [cité 3 sept 2016]; Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/>
17. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Addictions et thématiques [Internet]. 2011 [cité 15 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr>
18. Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture clinique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique? Pour quel patient? Sur quels critères? Alcoologie et Addictologie. 23(4):1S-76S
19. Jones AW, Jönsson KA. Food-induced lowering of blood-ethanol profiles and increased rate of elimination immediately after a meal. *J Forensic Sci.* juill 1994;39(4):1084-93.
20. Wilkinson PK, Sedman AJ, Sakmar E, et al. Pharmacokinetics of ethanol after oral administration in the fasting state. *J Pharmacokinet Biopharm.* juin 1977;5(3):207-24.
21. Jones AW, Hahn RG, Stalberg HP. Distribution of ethanol and water between plasma and whole blood; inter- and intra-individual variations after administration of ethanol by intravenous infusion. *Scand J Clin Lab Invest.* nov 1990;50(7):775-80.
22. Lands WE. A review of alcohol clearance in humans. *Alcohol.* févr 1998;15(2):147-60.
23. Beck F, Richard J, Guignard R, Et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - Tendances 99. [www.ofdt.fr/](http://www.ofdt.fr/). 2015.
24. Perrine A, Develay A. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(16-17-18):195-198.
25. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev.* 2010;(4):437-445.
26. World Cancer Research Fund (WCRF)/American Institute for Cancer Research (AICR). « Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective ». AICR. 2007. 512 p.

27. Holman C, English D, Milne E, Et al. Meta-analysis of alcohol and all-cause mortality: a validation of NHMRC recommendations. *Med J Aust.* 1996; 164(3):141-145.
28. World Health Organization. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]. 2009 [cité 28 août 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/>
29. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Et al. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(16-17-18).
30. INPES. Dossier de presse Campagne de prévention du tabagisme [Internet]. 2002 [cité 15 août 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr>
31. Chevalier C, Nguyen A. Composition et nocivité du tabac. *Actualités Pharmaceutiques.* nov 2016;55(560):22-5.
32. Le Houezec J. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac. *Rev Med Suisse.* 2003;1(23277).
33. Hill C. Épidémiologie du tabagisme. *La Revue du Praticien.* 2012;62(3):325-329.
34. INPES - Tabac - Le produit : composition et effets sur l'organisme [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/tabac-composition.asp>
35. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer.* 2008;122(2):155-164.
36. Pelkonen M. Smoking: relationship to chronic bronchitis, chronic obstructive pulmonary disease and mortality. *Curr Opin Pulm Med.* 2008;14(2):105-109.
37. Huestis MA, Henningfield JE, Cone EJ. Blood cannabinoids. I. Absorption of THC and formation of 11-OH-THC and THCCOOH during and after smoking marijuana. *J Anal Toxicol.* oct 1992;16(5):276-82.
38. Wall ME, Sadler BM, Brine D, Taylor H, Perez-Reyes M. Metabolism, disposition, and kinetics of delta-9-tetrahydrocannabinol in men and women. *Clin Pharmacol Ther.* sept 1983;34(3):352-63.
39. Harder S, Rietbrock S. Concentration-effect relationship of delta-9-tetrahydrocannabinol and prediction of psychotropic effects after smoking marijuana. *Int J Clin Pharmacol Ther.* avr 1997;35(4):155-9.
40. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues, chiffres clés. [Internet]. 2012 [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/>
41. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues, chiffres clés. [Internet]. 2012 [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/>

42. Jaury P. Cannabis. EMC (Elsevier SAS,Paris),. Traité de médecine Akos, 7-0997. 2006.
43. Lejoyeux M, Blecha L, Belkacem A, Et al. Cannabis: Epidémiologie et clinique. In: Addictologie. Masson. 2006. p. 163-77.
44. Meier M, Caspi A, Ambler A, Et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Proc Natl Acad Sci U S A. 2012;109(40):E2657-E2664.
45. Obradovic I. Usage problématique de cannabis. Revue de la littérature internationale. [Internet]. [cité 18 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/>
46. Aryana A, Williams M. Marijuana as a trigger of cardiovascular events: speculation or scientific certainty? Int J Cardiol. 2007; 118(2):141-144.
47. Aldington S, Harwood M, Cox B, Et al. Cannabis use and risk of lung cancer: a case-control study. Eur Respir J. 2008;31(2):280-286.
48. Ishida J, Peters M, Jin C, Et al. Influence of cannabis use on severity of hepatitis C disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008;6(1):69-75.
49. Le Petit Larousse illustré 2014. Petit Larousse. 2014. 2016 p.
50. Beck F, Gautier A, Guignard R, Et al. Baromètre santé 2010, Attitudes et comportements de santé. Inpes, St Denis,.2012.
51. Boeuf-Cazou O. Evolution de la consommation de médicaments psychoactifs en milieu du travail: impact sur le fonctionnement cognitif. [Toulouse]: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2009.
52. Lejoyeux M, Karila L, Lépine J, Et al. Cocaïne et autres substances. Addictologie. Masson. 2006. p. 216-28.
53. Lejoyeux M, Fatséas M, Auriacombe M. Opiacés: Epidémiologie, étiologie et clinique. Addictologie. Masson. 2006. p. 186-98.
54. Jeffcoat AR, Perez-Reyes M, Hill JM, et al. Cocaine disposition in humans after intravenous injection, nasal insufflation (snorting), or smoking. Drug Metab Dispos. avr 1989;17(2):153-9.
55. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies | Héroïne [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin/fr>
56. Ghysel M-H. Amphétamines et dérivés [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com>.
57. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies | LSD [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin/fr>

58. BECK F, GUIGNARD R, LEON C, et al. Usage de substances psychoactives et milieu de travail. *Santé en action (La)*. sept 2013;(n°425):42-4.
59. MENARD C. Alcool en entreprise : les difficultés de la prévention. *Santé de l'Homme (La)*. oct 2006;(n°385):42-5.
60. Gay V, Houdoyer E, Rou. Conduites dopantes en milieu professionnel : étude sur un échantillon de travailleurs parisiens. *Thérapie*. 2008;63(6):453-62.
61. 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*. janv 2008;93(1):199-206.
62. Hodgins DC, Williams R, Munro G. Workplace responsibility, stress, alcohol availability and norms as predictors of alcohol consumption-related problems among employed workers. *Subst Use Misuse*. 2009;44(14):2062-9.
63. Marchand A. Alcohol use and misuse: what are the contributions of occupation and work organization conditions? *BMC Public Health*. 24 sept 2008;8:333.
64. Reed PL, Storr CL, Anthony JC. Drug dependence enviromics: job strain in the work environment and risk of becoming drug-dependent. *Am J Epidemiol*. 1 mars 2006;163(5):404-11.
65. Lapeyre-Mestre M, Sulem P, Niezborala M, et al. Conduite dopante en milieu professionnel : étude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la région toulousaine. *Thérapie*. 2004;59(6):615-23.
66. Krippeler S, Kittel F. Toxicomanies en milieu professionnel : prévalence de l'usage de substances psychoactives et sa relation avec le poste de sécurité et le stress. *Arch Mal Prof*. 2011;72(2):181-8.
67. Niedhammer I, David S, Degioanni S, et al. Workplace bullying and psychotropic drug use: the mediating role of physical and mental health status. *Ann Occup Hyg*. mars 2011;55(2):152-63.
68. Gibb SJ, Fergusson DM, Horwood LJ. Working hours and alcohol problems in early adulthood. *Addiction*. janv 2012;107(1):81-8.
69. Thrasher AD, Wells AM, Spencer SM, et al. Workplace Discrimination Is Associated With Alcohol Abuse Among Ethnically Diverse Hospital Staff. *Workplace Health Saf*. mai 2016;64(5):202-9.
70. Marchand A, Parent-Lamarche A, Blanc M-È. Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. *Int J Environ Res Public Health*. juill 2011;8(7):2692-705.
71. San José B, van de Mheen H, van Oers JA, et al. Adverse working conditions and alcohol use in men and women. *Alcohol Clin Exp Res*. août 2000;24(8):1207-13.

72. Frone MR, Trinidad JR. Relation of supervisor social control to employee substance use: considering the dimensionality of social control, temporal context of substance use, and substance legality. *J Stud Alcohol Drugs*. mars 2012;73(2):303-10.
73. Institut de Santé au Travail du Nord de la France Nord-Pas-de-Calais/Picardie. Enquête régionale Santé-Travail-Apprentissage. [Internet]. [cité 7 mai 2016]. Disponible sur: <http://istnf.fr/>
74. Spicer RS, Miller TR, Smith GS. Worker substance use, workplace problems and the risk of occupational injury: a matched case-control study. *J Stud Alcohol*. juill 2003;64(4):570-8.
75. Roche A, Pidd K, Kostadinov V. Alcohol- and drug-related absenteeism: a costly problem. *Aust N Z J Public Health*. juin 2016;40(3):236-8.
76. Sass C, Moulin J, Guéguen R, Et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *BEH*. 2006; 14:93-6.
77. Convers M, Langeron A, Sass C, et al. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. avr 2012;40(4):208-12.
78. Guillemin F, Paul-Dauphin A, Virion J, Et al. Le profil de santé de DUKE: un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé. *Santé Publique*. 1997; 9(1):35-44.
79. Parkerson G, Broadhead W, Tse C. The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Med Care*. 1990; 28(11):1056-72.
80. Professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise - PCS-ESE 2003 | Insee [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2401328>
81. Malet L, Llorca P, Reynaud M. Intérêt de l'utilisation systématique à l'hôpital d'un questionnaire de dépistage en alcoologie. *La Presse Médicale*. 2005;34(7):502-5.
82. Beck F, Legleye S. Questionnaire CAST. Usage de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes : ESCAPAD 2002. Rapport OFDT. 2003;
83. Haute Autorité de Santé - Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins [Internet]. [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/>
84. Insee. Population par sexe et âge en 2013–Région de Nord-Pas-de-Calais (31) –Évolution et structure de la population en 2013 [Internet]. [cité 18 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/>

85. Orset C, Sarazin M, Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel: Enquête de prévalence par questionnaire chez 1 406 salariés de la Loire ; étude en fonction du poste de travail. *Arch Mal Prof.* 2007;68(1):5-19.
86. Lancial N, Lose S. Niveaux d'usage des produits psychoactifs et des pratiques addictives dans le Nord-Pas-de-Calais. Analyse secondaire du Baromètre santé 2010 [Internet]. 2013 [cité 22 sept 2014]. Disponible sur: [www.federationaddiction.fr/](http://www.federationaddiction.fr/)
87. Moreau E. Santé, Travail et Substances Psychoactives chez les chauffeurs routiers de la région Nord-Pas-De-Calais. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2014.
88. Le binge drinking [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-binge-drinking>
89. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med.* 14 sept 1998;158(16):1789-95.
90. Laure P. Dopage et Société. Paris: Edition Ellipses. 2000.
91. Neumann B, Lepère B. Dopage des cadres: la vérité sur les risques. *L'Expansion.* 2004;692:72-3.
92. Desrioux F, Rossard M, Merlin V, Et al. Alcool, tabac ... dopage au boulot. *Santé et Travail.* 2001; 36 :23-53.
93. Morvan Y, Rouvrièr J, Olié J, et al. Consommations de substances illicites chez les étudiants : une enquête en service de médecine préventive . *Encephale.* 2009;Supplément 6:S202-8.
94. Trichard A, Edme J, Servant D, et al. Conduites addictives chez les médecins hospitaliers : la charge mentale est-elle à l'origine ? *Arch Mal Prof.* 2006;67(2):217-8.
95. Beck F. Drogues, Chiffres clés - 7e édition [Internet]. <https://www.ofdt.fr/>. 2017 [cité 12 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/?cID=930>
96. Eysseric H, Vincent F, Mallaret M, et al. Conduite addictive en milieu professionnel : problèmes posés par les médicaments psycho-actifs. *Ann Toxicol Anal.* 2002;14(1):74-82.
97. Orset C, Sarazin M, Grataloup S, et al. Les conduites addictives parmi le personnel hospitalier : enquête de prévalence par questionnaire chez 366 agents du centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne. *Arch Mal Prof.* 2011;72(2):173-80.

98. INRS. Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir [Internet]. 2017 [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
99. Devos C, Masson N. Conduites addictives et travail: Enquête Nationale Chez les chauffeurs Affiliés à La Mutualité Sociale Agricole. *Arch Mal Prof.* 2006;67(2):212.
100. Lefebvre J-L, Chevalier D. Épidémiologie des cancers des voies aérodigestives supérieures. *EMC - Oto-rhino-laryngologie.* juin 2012;7(2):1-11.
101. Rhyne DN, Anderson SL, Gedde M, Et al. Effects of Medical Marijuana on Migraine Headache Frequency in an Adult Population. *Pharmacotherapy.* 2016;36(5):505-10.
102. Kim PS, Fishman MA. Cannabis for Pain and Headaches: Primer. *Curr Pain Headache Rep.* avr 2017;21(4):19.
103. Davezies P. Souffrance au travail et enjeux de santé : le rôle charnière de l'inflammation et du stress oxydant. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [Internet]. 24 janv 2017 [cité 18 août 2017];(19-1). Disponible sur: <http://pistes.revues.org/4953>
104. Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, et al. Profil de consommation de substances psychoactives dans le milieu du travail : résultats de l'enquête « Mode de Vie et Travail ». *Thérapie.* 2011;66(2):155-65.
105. Niezborala M, Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, et al. Profil de consommation de substances psychoactives dans le milieu du travail: résultats de l'enquête Mode de Vie et Travail. *Arch Mal Prof.* 2012;73(3):492.
106. Fontaine B. Substances psychoactives et travail. Approche épidémiologique. *Ann Toxicol Anal.* 2002;14(1):10-4.
107. Facy F, Rabaud M. Évolution des conduites addictives illicites sur le temps de la vie professionnelle. *Arch Mal Prof.* 2007;67(2):207-11.
108. Lamant J. Conditions de Travail et l'utilisation des substances psychotropes DE. *Arch Mal Prof.* 2005;66(1):57-8.
109. Maoua M, Garrab K, Boughattas W. Polyconsommation de drogues illicites parmi la population active du Centre Tunisien. *Arch Mal Prof.* 2012;73(3):499.
110. Frimat P, Nakache R. Conduites addictives en entreprises. *Arch Mal Prof.* 2006;67(2):203-5.
111. Legleye S, Beck F, Peretti-Watel P, et al. Le rôle du statut scolaire et professionnel dans les usages de drogues des hommes et des femmes de 18 à 25 ans. *Rev Epidemiol Sante.* 2005;56:345-55.

112. Beck F, Legleye S, Spicka S. Drogues à l'adolescence - ESCAPAD [Internet]. ofdt. 2003 [cité 17 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/>
113. Menard C, Richard J, Demortière G. L'implication des médecins du travail face aux pratiques addictives. *Arch Mal Prof.* 2012;73(3):475-9.
114. Facy F, Rabaud M, Bergeret A. Étude sur les liens entre santé au travail et secteur spécialisé en alcoologie. *Arch Mal Prof.* 2005;66(3):226-35.
115. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. avril 2005. - OFDT [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Auto-questionnaire distribué aux salariés



### Santé, travail et substances psychoactives

Le CHRU de Lille mène actuellement une étude sur la santé et la consommation de différents produits (alcool, tabac, drogues) chez des salariés du Nord - Pas-de-Calais.

Afin d'assurer une totale confidentialité à vos réponses, merci d'utiliser l'enveloppe jointe pour y glisser votre questionnaire une fois complété et après avoir vérifié que vous n'avez oublié de répondre à aucune question, puis dans l'urne prévue à cet effet.

Si vous souhaitez recevoir un résumé des résultats de l'enquête, vous pouvez laisser vos coordonnées sur la feuille prévue à cet effet.

En tout état de cause, **LA SINCERITE DE VOS REPONSES EST LA CONDITION DE VALIDITE DE L'ETUDE.**

#### Votre situation

1. Quel est votre âge ?   ans
2. Vous êtes un homme  une femme
3. Vous vivez : seul  en couple  en collectivité (foyer ...)  autre  Précisez \_\_\_\_\_
4. Vous vivez avec des enfants : oui  non
5. Vous vivez dans un logement stable (vous avez la possibilité de l'occuper les 6 mois à venir)  précaire (vous ne savez pas si vous pourrez y rester 6 mois)
6. Durant la dernière année, êtes-vous sorti(e) en boîte, dans des fêtes chez des amis, dans des bars de nuit ?  
jamais  moins d'une fois par mois  1 fois par mois environ  plusieurs fois par mois  chaque semaine
7. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur ...) ? oui  non
8. Bénéficiez-vous d'une assurance-maladie complémentaire (mutuelle ou CMUC) ? oui  non
9. Êtes-vous propriétaire de votre logement ? oui  non
10. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ? oui  non
11. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? oui  non
12. Êtes-vous allé au spectacle (concert, cinéma, théâtre ...) au cours des 12 derniers mois ? oui  non
13. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?  
oui  non

En cas de difficultés (financières, familiales, de santé ...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour :

14. vous héberger quelques jours en cas de besoin ? oui  non
15. vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ? oui  non

#### Concernant votre santé

Pour chacune de ces formules, dites si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, ou que cela n'est pas votre cas			
	Oui, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non, ce n'est pas mon cas
16. Je me trouve bien comme je suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Au fond, je suis bien portant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je me décourage trop facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Je suis content(e) de ma vie de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je suis à l'aise avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diriez-vous qu'aujourd'hui, en ce moment ...			
	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
23. Vous auriez du mal à monter un étage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours ...			
	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
25. Vous avez eu des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Vous avez eu des douleurs quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Vous avez été triste ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Vous avez rencontré des parents ou des amis (conversations, visites ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Vous avez eu des activités, soit de groupe, soit de loisir, comme des réunions, des activités religieuses ou d'associations, aller au cinéma, faire du sport, participer à des soirées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'au cours des huit derniers jours ...			
	Pas du tout	1-4 jours	5-7 jours
32. Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Votre situation professionnelle

33. Quel emploi occupez-vous ? \_\_\_\_\_
34. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle <sup>1</sup> ?  
 Cadre, profession intellectuelle supérieure       Profession intermédiaire       Employé(e)       Ouvrier(e)
35. Quel est votre contrat de travail :  
 Vous êtes : en CDI       en CDD       en apprentissage       en intérim (entreprise externe)  ?
36. Combien d'heures hebdomadaires sont prévues par votre contrat de travail ? |\_\_|\_|\_|
37. S'il s'agit d'un temps partiel, est-ce un choix : personnel  imposé par votre employeur  ?
38. Combien d'heures par semaine travaillez-vous réellement en moyenne (y compris les heures à domicile) ? |\_\_|\_|\_|
39. Avez-vous un horaire hebdomadaire : toujours identique  assez stable  variable  qui change tout le temps
40. Etes-vous en situation d'encadrement de personnel ? oui  non  Si oui, combien de salariés encadrez-vous ? |\_\_|\_|\_|\_|
41. Occupez-vous un poste de sécurité ? oui  non
42. Si vous en aviez la possibilité, aimeriez-vous changer de travail ? oui  non
43. Avez-vous la liberté de décider de comment vous effectuez votre travail ?  
 pas du tout  en partie  majoritairement  totalement
44. Sur l'échelle graduée de 0 à 10 ci-dessous, comment qualifieriez-vous le stress que vous vivez au travail ? (merci de placer une croix sur une case) :  
 (stress inexistant) 0            10 (stress maximum)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Vos consommations

#### Alcool

45. Ces 12 derniers mois, avez-vous consommé de l'alcool :  
 non, jamais  au moins une fois par mois  une à plusieurs fois par semaine  tous les jours
46. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées? oui  non
47. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation? oui  non
48. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop? oui  non
49. Avez-vous déjà eu des besoins d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme? oui  non
50. En règle générale, prenez-vous de l'alcool avant le travail : jamais  parfois  souvent  toujours
51. En règle générale, prenez-vous de l'alcool pendant le travail : jamais  parfois  souvent  toujours
52. Si oui, s'agit-il (le plus souvent) de consommations : solitaires  ou avec des collègues  ?
53. En règle générale, prenez-vous de l'alcool juste après le travail : jamais  parfois  souvent  toujours
54. Si oui, en règle générale, diriez-vous que cette consommation avait un lien avec votre travail ?  
 pas du tout  un peu  moyennement  tout-à-fait

<sup>1</sup> Exemples de catégories socio-professionnelles :

**Cadres, professions intellectuelles supérieures** : professions libérales (exercées sous statut de salarié), professions scientifiques, professions de l'information, des arts et des spectacles, cadres administratifs et commerciaux d'entreprises, ingénieurs et cadres techniques d'entreprises  
**Professions intermédiaires** : professions intermédiaires de la santé et du travail social, professions intermédiaires administratives de la fonction publique, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise (maîtrise administrative exclue)  
**Employé(e)s** : agents de surveillance, employés administratifs d'entreprise, employés de commerce, personnels des services directs aux particuliers  
**Ouvrier(e)s** : ouvriers qualifiés de type industriel, ouvriers qualifiés de type artisanal, chauffeurs, ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport, ouvriers non qualifiés de type industriel, ouvriers non qualifiés de type artisanal, ouvriers agricoles et assimilés

**Cannabis**

55. Ces 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis  
 non, jamais  au moins une fois par mois  une à plusieurs fois par semaine  tous les jours
56. Si vous en avez déjà consommé, à quel âge avez-vous fumé votre 1<sup>er</sup> joint ? [\_\_][\_\_]  
 Si vous n'en avez pas consommé ces 12 derniers mois, allez à la question 64

Au cours des 12 derniers mois :

57. - avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? oui  non   
 58. - avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ? oui  non   
 59. - avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ? oui  non   
 60. - des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?  
 oui  non
61. - avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? oui  non   
 62. - avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, ...) ? oui  non   
 63. Si oui, en règle générale, diriez-vous que cette consommation avait un lien avec votre travail ?  
 pas du tout  un peu  moyennement  tout-à-fait

**Tabac**

64. Au cours des 30 derniers jours, combien de cigarettes avez-vous fumé par jour [\_\_][\_\_] [0 si vous n'avez pas fumé]  
 65. Si vous êtes fumeur, avez-vous déjà tenté d'arrêter ou de réduire votre consommation de tabac sans y parvenir ? oui  non

**Médicaments**

66. Ces 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs (calmants, antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères ...) ?  
 non, jamais  au moins une fois par mois  une à plusieurs fois par semaine  tous les jours
- Si oui, pouvez-vous donner leur nom, ou sinon leur type (calmant, somnifère ...), EN MAJUSCULES

67. \_\_\_\_\_  
 68. \_\_\_\_\_  
 69. \_\_\_\_\_
70. Si oui, en règle générale, diriez-vous que cette consommation avait un lien avec votre travail ?  
 pas du tout  un peu  moyennement  tout-à-fait

71. Ces 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre la douleur ?  
 non, jamais  au moins une fois par mois  une à plusieurs fois par semaine  tous les jours

72. Si oui, pour quel problème précis les prenez vous (mal de dos, migraine, fibromyalgie, autre...) ? :  
 \_\_\_\_\_  
 Si oui, pouvez-vous donner leur nom EN MAJUSCULES

73. \_\_\_\_\_  
 74. \_\_\_\_\_  
 75. \_\_\_\_\_
76. Si oui, en règle générale, diriez-vous que cette consommation avait un lien avec votre travail ?  
 pas du tout  un peu  moyennement  tout-à-fait

Durant le dernier mois, avez-vous pris ?

77. un traitement de substitution aux opiacés (Subutex®, buprénorphine, méthadone ...) oui  non   
 78. du Révia® (naltrexone), de l'Aotal® (acamprosate), de l'Espéral® (disulfirame) oui  non

**Autres substances**

	Pour chaque produit de la liste précisez si vous en avez consommé durant les		Durant les 30 derniers jours, en avez-vous consommé juste avant ou durant votre travail ?				Durant les 30 derniers jours, en avez-vous consommé juste après votre travail (retour à la maison ...)			
	12 derniers mois	30 derniers jours	jamais	parfois	souvent	toujours	jamais	parfois	souvent	toujours
79. Cannabis	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Cocaine, crack	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Ecstasy, MDMA	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Amphétamines	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Héroïne, opiacés	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. LSD	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Autre (préciser)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Autre (préciser)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Motivations

Si vous prenez un ou plusieurs des produits ci-dessous en lien avec votre travail, diriez-vous que c'est pour ... (plusieurs réponses possibles)								
	Non concerné	Vous stimuler	Prendre confiance en vous	Gérer le stress	Gérer les problèmes au travail	Faciliter le contact avec votre entourage professionnel	Vous calmer	Tenir le coup, les cadences
87. Alcool	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>						
88. Cannabis	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>						
89. Médicaments	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>						
90. Autres substances	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>						

## Arrêts, accidents de travail

91. Durant les 12 derniers mois, avez-vous été en arrêt de travail pour une durée au moins égale à une semaine ?  
Jamais  1 fois  2 fois ou plus  ?
92. Si vous avez connu au moins un arrêt de travail durant les 12 derniers mois, selon vous, combien étaient reliés aux consommation(s) évoquées dans ce questionnaire ? Non concerné (ne consomme pas)  aucun  1  2 ou +
93. Durant les 12 derniers mois, avez-vous été victime d'un accident du travail, y compris sur le trajet domicile-travail ?  
Jamais  1 fois  2 fois ou plus  ?
94. Si oui, et si vous avez déclaré consommer au moins un produit, faites-vous un lien entre accident(s) du travail et vos consommations ? oui  non

Remarques, commentaires à propos de ce questionnaire, des questions qui y sont abordées :

Merci d'avoir participé à cette enquête et de contrôler que vous avez répondu à chaque question avant de glisser le formulaire dans l'enveloppe et l'urne prévues à cet effet.

### Pour tout renseignement sur cette étude

Sylvie Deheul, CHRU, addictovigilance (service de pharmacologie) ☎ 03 20 96 18 18, pharmacodependance@chru-lille.fr

NB : si vous êtes en difficulté avec un des sujets abordés dans ce questionnaire, vous pouvez en parler à votre médecin du travail ; il saura rechercher avec vous une solution adaptée à vos problèmes.

## Annexe 2 : Score EPICES et Score EPICES simplifié

	Oui	Non
• Rencontrer un travailleur social	10,06	0
• Bénéficier d'une assurance maladie complémentaire	-11,83	0
• Vivre en couple	-8,28	0
• Être propriétaire de son logement	-8,28	0
• Rencontrer des difficultés financières	14,80	0
• Sport au cours des 12 derniers mois	-6,51	0
• Spectacle au cours des 12 derniers mois	-7,10	0
• Vacances au cours des 12 derniers mois	-7,10	0
• Contact familial au cours des 6 derniers mois	-9,47	0
• Aide en cas de besoin :		
> Hébergement	-9,47	0
> Aide matérielle	-7,10	0
Constante	75,14	

Calcul du score EPICES: chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est « oui ».

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrer un travailleur social	1	0
2	Bénéficier d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle privée, CMUC, ...)	0	1
3	Vivre en couple	0	1
4	Être propriétaire de son logement	0	1
5	Rencontrer des difficultés financières	1	0
6	Sport au cours des 12 derniers mois	0	1
7	Spectacle au cours des 12 derniers mois	0	1
8	Vacances au cours des 12 derniers mois	0	1
9	Contact familial au cours des 6 derniers mois	0	1
10	Aide en cas de besoin : Hébergement	0	1
11	Aide en cas de besoin : Aide matérielle	0	1

Calcul du score EPICES simplifié: nous ajoutons « 1 » au score en fonction des réponses

## Annexe 3 : Score de DUKE

### Les questions du profil de santé de Duke

	Question	Dimension
Pour chacune de ces formules, dites si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, ou que cela n'est pas votre cas...		
1	Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2	Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
3	Au fond, je suis bien portant(e)	Santé perçue
4	Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5	J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6	Je suis content(e) de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7	Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview...		
8	Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours...		
10	Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11	Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12	Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
13	Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
14	Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, anxiété
15	Vous avez rencontré des parents ou amis	Sociale
16	Vous avez eu des activités soit de groupe, soit de loisirs	Sociale
17	Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité

### Mode de calcul des scores :

Les réponses sont notées 0, 1 ou 2 selon leur qualité croissante en termes de santé (certaines questions sont formulées de façon négative, le codage tient compte de cette inversion).

Le score de santé physique s'obtient en multipliant par 10 la somme des points obtenus aux questions 8, 9, 10, 11, 12

Le score de santé mentale s'obtient en multipliant par 10 la somme des points obtenus aux questions 1, 4, 5, 13 et 14

Le score de santé sociale s'obtient en multipliant par 10 la somme des points obtenus aux questions 2, 6, 7, 15 et 16

Le score de santé générale s'obtient en divisant par 3 la somme des points obtenus aux trois scores ci-dessus

Le score de santé perçue s'obtient en multipliant par 50 les points obtenus à la question 3

Le score d'estime de soi s'obtient en multipliant par 10 la somme des points obtenus aux questions 1, 2, 4, 6 et 7

Le score d'anxiété s'obtient en multipliant par 100/12 la somme des points obtenus aux questions 2, 5, 7, 10, 12, 14

Le score de dépression s'obtient en multipliant par 10 la somme des points obtenus aux questions 4, 5, 10, 12 et 13

Le score de douleur s'obtient en multipliant par 50 les points obtenus à la question 11

Le score d'incapacité s'obtient en multipliant par 50 les points obtenus à la question 17

## Annexe 4 : Classification de l'INSEE des CSP (niveau 1 et 2)

PCS 2003 Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles  
Code Libellé

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions Intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activité professionnelle

PCS 2003 Niveau 2 - Liste des catégories socioprofessionnelles de publication courante  
Code Libellé

- 10 Agriculteurs exploitants
- 21 Artisans
- 22 Commerçants et assimilés
- 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
- 31 Professions libérales et assimilés
- 32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
- 36 Cadres d'entreprise
- 41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
- 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- 47 Techniciens
- 48 Contremaîtres, agents de maîtrise
- 51 Employés de la fonction publique
- 54 Employés administratifs d'entreprise
- 55 Employés de commerce
- 56 Personnels des services directs aux particuliers
- 61 Ouvriers qualifiés
- 66 Ouvriers non qualifiés
- 69 Ouvriers agricoles
- 71 Anciens agriculteurs exploitants
- 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 73 Anciens cadres et professions intermédiaires
- 76 Anciens employés et ouvriers
- 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- 82 Inactifs divers (autres que retraités)

**Annexe 5 : Score DETA**

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

*Au moins deux réponses positives au test, témoignent de l'existence très probable de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool*

## Annexe 6 : Score CAST

### Questionnaire CAST ou Cannabis Abuse Screening Test, OFDT<sup>9</sup>

Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation.

Trois réponses positives ou plus devraient amener à demander de l'aide. Au cours des 12 derniers mois (une seule croix par ligne).

- |  | oui                      | non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▶ Avez-vous déjà fumé du cannabis <b>avant midi</b> ? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Avez-vous déjà fumé du cannabis <b>lorsque vous étiez seul(e)</b> ? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Avez-vous déjà eu des <b>problèmes de mémoire</b> quand vous fumez du cannabis ? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Des <b>amis ou des membres de votre famille</b> vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Avez-vous déjà essayé de <b>réduire votre consommation</b> de cannabis <b>sans y arriver</b> ? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Avez-vous déjà eu des problèmes à <b>cause de votre consommation</b> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Annexe 7 : Récapitulatif des résultats

<b>PROFIL</b>	Age	Moyenne : 34,99 ans $\pm$ 11,44 Médiane : 33 ans Min : 15 ans Max : 72 ans Données manquantes : 46
	Sexe	Hommes : 56,2% (n=3626) Femmes : 43,8% (n=2828) Données manquantes : 62
	Situation de famille	Seul : 26,1% (n=1681) En couple : 65,6% (n=4226) En collectivité : 2% (n=129) Autre : 6,35% (n=409) Données manquantes : 71
	Vit avec des enfants	Oui : 50,5% (n=3212) Non : 49,5% (n=3148) Données manquantes : 156
	Difficultés financières	Oui : 33,4% (n=2119) Non : 66,6% (n= 4234) Données manquantes : 163
	Vulnérabilité sociale ( $\geq$ 4 réponses précaires) (Score épice simplifié) Sous-estimé car manque une question	Oui : 22,1% (n=1293) Non : 77,9% (n=4561) Données manquantes : 687
<b>PROFIL DE SANTE DE DUKE</b> (0 – pire / 100- meilleur) Rapport inversé pour le score d’anxiété, dépression, douleur et incapacité.	Santé physique	Moyenne : 71,4/100 $\pm$ 20,6 Médiane : 70/100 Données manquantes : 174
	Santé mentale	Moyenne : 75/100 $\pm$ 20,7 Médiane : 80/100 Données manquantes : 455
	Santé sociale	Moyenne : 73,9/100 $\pm$ 18,5 Médiane : 80/100 Données manquantes : 353
	Santé générale	Moyenne : 73,6/100 $\pm$ 15,5 Médiane : 76,7/100 Données manquantes : 676
	Santé perçue	Moyenne : 56,2/100 $\pm$ 40,2 Médiane : 50/100 Données manquantes : 201
	Estime de soi	Moyenne : 79,5/100 $\pm$ 18,2 Médiane : 80/100 Données manquantes : 290
	Anxiété	Moyenne : 30,3/100 $\pm$ 19,1 Médiane : 75/100 Données manquantes : 418
	Dépression	Moyenne : 28,1/100 $\pm$ 21,2 Médiane : 80/100 Données manquantes : 359
	Douleur	Moyenne : 37/100 $\pm$ 32,5 Médiane : 50/100 Données manquantes : 102
	Incapacité	Moyenne : 9,7/100 $\pm$ 26,8 Médiane : 0/100 Données manquantes : 150

<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b>	Catégories socio-professionnelles	Cadres: 13,3% (n=836) Professions intermédiaires: 16% (n=1003) Employés: 39,5% (n=2476) Ouvriers : 27,6% (n=1727) Inclassables : 3,5% (n=226) Données manquantes : 247
	Contrat de travail	CDI : 70,3% (n=4417) CDD : 17,7% (n=1112) Apprentissage : 5,4% (n=339) Interim : 6,56% (n=412) Données manquantes : 236
	Heures travaillées / semaine	Moyenne : 39,5 heures ± 11,32 Médiane : 40 heures Min : 1 heure Max : 99 heures Données manquantes : 1228
	Horaire hebdomadaire	Identique : 33,1% (n=1972) Assez stable : 29% (n=1723) Variable : 26,6% (n=1581) Change tout le temps : 11,3% (n=675) Données manquantes : 565
	Souhait de changer de travail	Non : 61,3% (n=3719) Oui : 38,7% (n=2349) Données manquantes : 448
	Latitude décisionnelle	Pas du tout : 16,3% (n=1005) En partie : 48,3% (n=2977) Majoritairement : 23,4% (n=1444) Totalelement : 12% (n=738) Données manquantes : 352
	Echelle de stress (sur 10)	Moyenne : 4,45/10 ± 2,52 Médiane : 5/10 Données manquantes : 298
<b>ALCOOL</b>	Consommation ces 12 derniers mois	Non: 24,2% (n=1532) Au moins une fois/mois: 42,7% (n=2696) Une à plusieurs fois/semaine : 29,9% (n=1888) Tous les jours : 3,2% (n=203) Données manquantes : 197
	Consommation problématique des consommateurs(DETA≥2)	DETA≥2: 12% (n=544) DETA<2: 88% (n=3980) Données manquantes : 288
	Consommation en lien avec le travail	Pas du tout : 82% (n=2639) Un peu : 12,6% (n=406) Moyennement : 3,5% (n=111) Tout à fait : 1,9% (n=61) Données manquantes : 1570
	Alcool avant le travail	Jamais : 98,4% (n=4703) Parfois : 1,6% (n=74) Souvent : 0,04% (n=2) Toujours : 0,02% (n=1) Données manquantes : 7
	Alcool pendant le travail	Jamais : 93% (n=4433) Parfois : 6,8% (n=323) Souvent : 0,2% (n=9) Toujours : 0,02% (n=1) Données manquantes : 21

	Alcool après le travail	Jamais : 58,8% (n=2784) Parfois : 37,1% (n=1755) Souvent : 3,2% (n=151) Toujours : 1% (n=45) Données manquantes : 52
<b>CANNABIS</b>	Consommation ces 12 derniers mois	Non : 90,6% (n=5688) Au moins une fois/mois: 5,3% (n=335) Une à plusieurs fois/semaine : 2,4% (n=148) Tous les jours : 1,7% (n=105) Données manquantes : 240
	Age de la première consommation	Moyenne : 17,2 ans ± 3,5 Médiane : 17 ans Min : 10 ans Max : 50 ans Données manquantes : 4931
	Consommation problématique des consommateurs (CAST≥2)	CAST≥2: 54,6% (n=264) CAST<2: 45,4% (n=317) Données manquantes : 7
	Consommation en lien avec le travail	Pas du tout : 82,3% (n=372) Un peu : 11,5% (n=52) Moyennement : 3,8% (n=17) Tout à fait : 2,4% (n=11) Données manquantes : 108
	Consommation avant ou pendant le travail	Jamais : 79,7% (n=362) Parfois : 12,8% (n=58) Souvent : 3,5% (n=16) Toujours : 4% (n=18) Données manquantes : 134
	Consommation après le travail	Jamais : 25,7% (n=116) Parfois : 36,4% (n=164) Souvent : 20,6% (n=93) Toujours : 17,3% (n=78) Données manquantes : 137
<b>TABAC</b>	Consommation de tabac	Oui : 44,5% (n=2536) Non : 55,5% (n=3157) Données manquantes : 823
	Tentative d'arrêter ou de réduire sa consommation sans y arriver	Oui : 64,1% (n=1556) Non : 35,9% (n=873) Données manquantes : 4087
<b>MEDICAMENTS POUR LES NERFS</b>	Consommation de médicaments pour les nerfs ces 12 derniers mois	Non jamais: 84% (n=5208) Au moins une fois/mois: 6,9% (n=426) Une à plusieurs fois/semaine : 3,4% (n=212) Tous les jours : 5,7% (n=353) Données manquantes : 317
	Type de médicaments pour les nerfs	Anxiolytiques : 34,4% (n=340) Antidépresseur : 23,8% (n=235) Hypnotique : 19,9% (n=197) Phytothérapie : 12,9% (n=127) Antihistaminique : 5,9% (n=58) Myorelaxant : 3,1% (n=31)

	Consommation en lien avec le travail	Pas du tout : 37,3% (n=361) Un peu : 26,3% (n=254) Moyennement : 14% (n=135) Tout à fait : 22,4% (n=217) Données manquantes : 24
<b>MEDICAMENTS POUR LA DOULEUR</b>	Consommation de médicaments pour la douleur ces 12 derniers mois	Non jamais: 41,1% (n=2409) Au moins une fois/mois: 39,8% (n=2332) Une à plusieurs fois/semaine : 13,9% (n=817) Tous les jours : 5,3% (n=308) Données manquantes : 650
	Type de douleur	Migraine : 40,8% (n=1729) Traumatisme : 1,8% (n=79) Dentaire : 2,7% (n=116) Rachis : 28,3% (n=1198) Membres supérieurs: 2,6% (n=111) Membres inférieurs: 4,5% (n=189) Arthrose : 0,9% (n=39) Infectieux : 1,5% (n=65) Digestive/gyneco/uro: 9,1% (n=384) Cardiovasculaire: 0,2% (n=8) Inflammatoire sans localisation précise: 1,5% (n=63) Post-chirurgicale: 1,9% (n=80) Fibromyalgie: 0,6% (n=25)
	Type de médicaments	Palier I: 80,3% (n=2489) Palier II 10,8% (n=335) Palier III: 0,6% (n=19) Myorelaxants : 5,7% (n=177) Antimigraineux : 2,5% (n=78)
	Consommation en lien avec le travail.	Pas du tout : 54,8% (n=1765) Un peu : 24,5% (n=789) Moyennement : 9,2% (n=297) Tout à fait : 11,4% (n=368) Données manquantes : 238
<b>MOTIVATIONS A CONSOMMER EN LIEN AVEC LE TRAVAIL</b>	Pour l'alcool	Se stimuler : 20,9% (n=123) Prendre confiance : 13,4% (n=78) Gérer le stress : 29,2% (n=171) Gérer les problèmes au travail : 11,2% (n=65) Faciliter le contact avec l'entourage professionnel : 19,6% (n=115) Se calmer : 38,4% (n=224) Tenir le coup des cadences : 10,8% (n=63) Données manquantes : 5936
	Pour le cannabis	Se stimuler : 20,5% (n=52) Prendre confiance : 8,1% (n=20) Gérer le stress : 36,8% (n=93) Gérer les problèmes au travail : 11,3% (n=28) Faciliter le contact avec l'entourage professionnel : 9,7% (n=24) Se calmer : 58,7% (n=148) Tenir le coup des cadences : 12,6% (n=31) Données manquantes : 6270

	Pour les médicaments	<p>Se stimuler : 9,4% (n=60)                  Prendre confiance : 8,9% (n=57)                  Gérer le stress : 47,1% (n=304)                  Gérer les problèmes au travail : 24,3% (n=155)                  Faciliter le contact avec l'entourage professionnel : 10,5% (n=67)                  Se calmer : 46% (n=295)                  Tenir le coup des cadences : 41% (n=263)                  Données manquantes : 5879</p>
<b>ARRETS, ACCIDENTS DE TRAVAIL</b>	En arrêt de travail ces 12 derniers mois	<p>Jamais : 71,6% (n=4390)                  Une fois : 20% (n=1225)                  Deux fois ou plus : 8,4% (n=514)                  Données manquantes : 387</p>
	Arrêt de travail lié aux consommations	<p>Aucun : 34,6% (n=611)                  Une fois : 3,5% (n=61)                  Deux fois ou plus : 1,9% (n=33)                  Données manquantes : 5811</p>
	Victime d'un arrêt de travail ces 12 derniers mois	<p>Jamais : 92,5% (n=4887)                  Une fois : 6,8% (n=360)                  Deux fois ou plus : 0,6% (n=34)                  Données manquantes : 1235</p>
	Accident de travail lié aux consommations	<p>Oui : 4,6% (n=25)                  Non : 95,4% (n=521)                  Données manquantes : 5970</p>

**AUTEUR : MOREAU Erick**

**Date de Soutenance : 29 septembre 2017**

**Titre de la Thèse : « Santé, travail et substances psychoactives »**

**Etude observationnelle de 6516 salariés du Nord-Pas-de-Calais.**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Médecine du Travail**

**DES de Médecine du Travail**

**Mots-clés** : substances psychoactives, prévalence, usages problématiques, DETA cage, CAST, facteurs professionnels prédictifs

**Contexte** : Les substances psychoactives consommées par les salariés peuvent entraîner des répercussions importantes sur le travail. Il existe peu de données en population salariée générale dans le Nord-Pas-de-Calais concernant la prévalence de consommation de ces substances et le lien entre ces consommations et le travail.

**Méthode** : Cette étude observationnelle, transversale, a été réalisée de septembre 2012 à juin 2013 dans le Nord-Pas-de-Calais, grâce à un questionnaire auto-administré anonyme, rempli par les salariés à l'issue de la visite médicale en médecine du travail.

Les comparaisons de deux groupes de patients ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi-deux pour les paramètres qualitatifs, à l'aide d'un test du U de Mann-Whitney pour les paramètres continus non gaussiens, médiane et intervalle interquartiles (IQR), et à l'aide d'un test de tendance pour les paramètres ordinaux. Le seuil de significativité retenu est de 0,05

**Résultats** : Au total, 6 516 questionnaires ont été recueillis, incluant 56,2% d'hommes et 43,8% de femmes, âgés en moyenne de 35 ans,  $\pm$  11,4. Les consommations régulières d'alcool concernaient 33,1% de la population. L'usage problématique d'alcool (DETA cage  $\geq$  2) touchait 12% des consommateurs, significativement plus d'hommes ( $p=0,001$ ), au statut social précaire [(IQR : 2 (1 à 4) vs 2 (1 à 3) ;  $p<0,001$ )], de cadres et d'ouvriers ( $p=0,0346$ ), les salariés avec de plus gros horaires de travail [(IQR : 40 (36 à 50) vs 40 (35 à 45) ;  $p<0,001$ )], déclarant un stress plus important ( $p<0,001$ ), des horaires instables ( $p=0,017$ ) ou une volonté de changer de travail ( $p<0,001$ ).

La consommation régulière de cannabis était de 4,1%, l'usage problématique de cannabis (CAST  $\geq$  2) touchait 54,6% des consommateurs, significativement plus d'hommes ( $p=0,012$ ), au statut social précaire [(IQR : 3 (2 à 4) vs 2 (1 à 3) ;  $p<0,001$ )] et d'ouvriers ( $p = 0,0054$ ).

La consommation régulière de médicaments psychotropes et de médicaments antalgiques est de 9,1% et de 19,2% respectivement. 62,7% des consommateurs de médicaments psychotropes déclaraient un lien entre leurs consommations et le travail.

**Conclusion** : Cette étude permettra une sensibilisation des médecins du travail à l'existence d'une consommation significative de substances psychoactives et pourra faciliter le repérage des salariés consommateurs en difficulté.

**Composition du Jury :**

**Président : Madame le Professeur Annie SOBASZEK**

**Asseseurs :**

Monsieur le Professeur Régis BORDET

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Bernard FONTAINE

Madame le Docteur Sylvie DEHEUL (Directrice de Thèse)

