Chapitre 15

CANNABIS ET TRAVAIL

Alexandra LUTEYN et Michel REYNAUD

Parler de toxicomanies (et plus spécifiquement du cannabis) en milieu de travail soulève bien des questions : que penser du dépistage ? Que faire face à un poste de « sécurité » ? Que dit et que permet la loi ? Faut-il préférer se taire ? Qui peut agir ? Comment informer ? Véritable fait de société, ce phénomène prend une place à part entière au sein de l'entreprise, entreprise qui doit conjuguer rôle économique et vie sociale.

Avant toute discussion sur la toxicomanie et l'usage du cannabis en milieu professionnel, il est important de faire un état des lieux sur la prévalence de ces conduites ainsi que sur la partie législative et éthique relative à la question du dépistage en milieu professionnel.

ÉTAT DES LIEUX

ENQUÊTES DE PRÉVALENCE EN MILIEU PROFESSIONNEL

Sujet fortement tabou puisque concernant une substance illicite, les enquêtes de prévalence sont donc à la fois très peu nombreuses et rarement publiées.

Études de 1995 et de 2003-2004 chez des salariés du Nord-Pas-de-Calais

Dans cette étude de prévalence de la consommation de produits altérant la vigilance, 1 976 échantillons d'urines ont été recueillis anonymement, provenant des salariés de treize services différents de médecine du travail. Sur ces échantillons a été réalisée une recherche immuno-enzymatique :

– d'opiacés ;
– de Δ9-THC ;
– d'amphétamines ;
– d'alcool ;
– de benzodiazépines ;
– de barbituriques ;
– de propoxyphène ;
– de cocaïne.

Les médecins enquêteurs ne fournissent comme renseignements au laboratoire que le jour de prélèvement (lundi ou jeudi), le sexe, l'âge, le poste de travail de sécurité ou de sûreté (oui/non) et l'origine géographique sommaire. Ainsi aucun résultat individuel ne pouvait-il être rendu aux médecins enquêteurs. Vingt-cinq pour cent des travailleurs testés étaient affectés à un poste de sécurité/sûreté. La figure 15-1 présente les caractéristiques démographiques des salariés.

La prévalence des différentes substances recherchées dans la population active testée est résumée dans le tableau 15-I. Il en résulte un total de 24 p. 100 de consommateurs.

Alors que les hommes sont davantage portés sur l'alcool et le cannabis, les femmes, quant à elles, préfèrent les benzodiazépines, les amphétamines et le propoxyphène. Les jeunes, eux, consomment en premier lieu du cannabis et des amphétamines. Notons que les résultats positifs à l'alcool et au cannabis sont nettement plus nombreux le lundi comparativement au jeudi. Le tableau 15-II présente les différentes prévalences obtenues en fonction de l'affectation ou non à un poste de sécurité/sûreté.

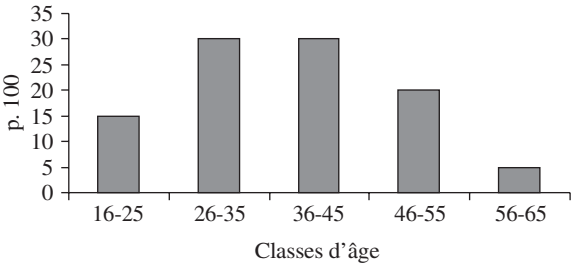

FIGURE 15-1. – ÉTUDE DE 1995 MENÉE CHEZ DES SALARIÉS DU NORD-PAS-DE-CALAIS : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON PAR CLASSE D'ÂGE.

TABLEAU 15-I. – PRÉVALENCE DES SUBSTANCES RECHERCHÉES CHEZ DES SALARIÉS DU NORD-PAS-DE-CALAIS EN 1995.

	POURCENTAGE DE POSITIFS	POURCENTAGE DE FEMMES	POURCENTAGE D'HOMMES
Opiacés	5,62	5	5,8
Cannabis	*4,81*	*3,8*	*5,1*
Benzo-diazépines	4,07	6,3	3,3
Éthanol	3	0,97	3,8
Amphétamines	2,9	4,3	2,5
Propoxyphène	1,52	2,3	1,3
Barbituriques	1,46	1,4	1,5
Cocaïne	0	0	0

TABLEAU 15-II. – PRÉVALENCE DES SUBSTANCES RECHERCHÉES CHEZ DES SALARIÉS DU NORD-PAS-DE-CALAIS EN 1995.

SUBSTANCE RECHERCHÉE (p. 100)	POSTE DE SÉCURITÉ/SÛRETÉ	AUTRES TYPES DE POSTES
Cannabis	*10,2*	*4,5*
Opiacés	12	5,4
Propoxyphène	2,4	1,7
Amphétamines	5,2	3,2
Éthanol	5,4	1,5
Benzodiazépines	3,8	4,3
Barbituriques	1,4	1,5

Au total, quatre salariés sur dix affectés à un poste de sécurité/sûreté sont consommateurs de substances psychoactives. Ces résultats doivent être pondérés par les points faibles de cette étude :

– pas de confirmation des dosages urinaires positifs par les méthodes de chromatographie couplée à la spectrométrie de masse réalisée sur le sang ;

– caractère très régional de l'enquête ;

– proximité de l'Europe du Nord ;

– enquête déjà ancienne (7 ans). On retrouve à l'heure actuelle des usagers de cocaïne, et l'on note également une explosion de la prescription débridée de buprénorphine.

Pour vérifier la relation entre la consommation de substances psychoactives et le travail sur un poste de sécurité, une nouvelle étude multicentrique pour la branche des transporteurs routiers a été réalisée en 2003-2004 dans la cette même région du Nord-Pas-de-Calais par le groupe régional « toxicomanie et travail » de l'Institut de santé au travail du Nord de la France et présentée par L. Labat (CHRU de Lille).

Dans cette nouvelle étude, 1 000 chauffeurs routiers ont été inclus et un dépistage urinaire immuno-enzymatique a été réalisé en vue de rechercher les substances suivantes : méthadone, buprénorphine, opiacés, cocaïne, amphétamines, cannabis, éthanol et benzodiazépines. Les résultats, en pourcentage de positifs, sont présentés dans le tableau 15-III. Ils montrent la même tendance qu'en 1995 pour les consommations d'alcool et de cannabis chez les travailleurs affectés à un poste de sécurité/sûreté. Les pourcentages de dépistages positifs aux traitements de substitution sont élevés. Ces résultats sont toujours à pondérer par les points faibles de l'étude :

– pas de confirmation des dosages urinaires positifs par les méthodes de chromatographie couplée à la spectrométrie de masse réalisée sur le sang ;

– caractère très régional de l'enquête et proximité de l'Europe du Nord.

TABLEAU 15-III. – PRÉVALENCE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES TESTÉES CHEZ DES CHAUFFEURS ROUTIERS DU NORD-PAS-DE-CALAIS EN 2003-2004.

	p. 100
Méthadone	0,5
Buprénorphine	1,8
Opiacés	4,1
Cocaïne	0,1
Amphétamines	0,3
Cannabis	*8,5*
Éthanol	5,
Benzodiazépines	0,4

Étude de 2001 dans une entreprise de transport routier

L'enquête portait sur 313 postulants chauffeurs de poids lourds dans une entreprise du Nord de la France. Entre l'entretien d'embauche préalable, où la politique de dépistage était clairement annoncée, et la visite d'embauche, 10 p. 100 se sont désistés. Lors de la visite d'embauche, les résultats montrent 11 p. 100 de positifs au Δ9-THC et 2 p. 100 aux opiacés.

Étude de 2001 chez les anesthésistes-réanimateurs

Il s'agit d'une enquête nationale concernant l'usage de substances psychoactives dans le milieu de l'anesthésie, réalisée en novembre 2001, sur l'initiative du Collège français des anesthésistes-réanimateurs. Un questionnaire fut envoyé à l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs inscrits au Conseil de l'ordre des médecins en 2001.

Le taux de participation fut de 38,5 p. 100. L'échantillon ainsi constitué comprenait 64 p. 100 d'hommes et 83 p. 100 de personnes vivant en couple. L'âge des personnes interrogées se répartissait ainsi : 18,2 p. 100 avaient moins de 41 ans ; 33,5 p. 100 entre 41 et 50 ans ; 35 p. 100 de l'échantillon correspondaient à la tranche d'âge 51-60 ans et 3,3 p. 100 avaient plus de 60 ans.

TABLEAU 15-IV. – PRÉVALENCE DES USAGERS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS EN 2001.

	p. 100
Tranquillisants et hypnotiques	83,3
Cannabis	*18,1*
Cocaïne	1,2
Opiacés	6,4
Amphétamines	1,3

Les résultats en termes de prévalence furent les suivants :

– tabac : 24 p. 100 des médecins ont déclaré faire usage du tabac ;

– alcool : 91 p. 100 des médecins ont déclaré être consommateurs ;

– tranquillisants et hypnotiques, cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines : 22 p. 100 des médecins ont consommé au moins l'une de ces substances au cours des douze derniers mois (Tableau 15-IV).

Parmi les usagers de cannabis, 19,5 p. 100 étaient des abuseurs et 6,9 p. 100 des dépendants.

Enquête sur les chauffeurs en milieu agricole

Cette étude nationale fut réalisée entre janvier et mars 2005 par C. Devos et N. Mason, de la Mutualité sociale agricole du Pas-de-Calais. Un questionnaire fut rempli au cours d'une visite médicale où une fiche d'aptitude est remise chez des chauffeurs (tractoristes, engins, caristes, poids lourds). Quatre produits ont été évalués : le tabac, le cannabis, l'alcool et les médicaments. Au total, 1 604 questionnaires ont été reçus et quarante et un d'entre eux n'ont pu être traités en raison de données incomplètes. Les résultats des 1 563 questionnaires exploitables sont les suivants :

– 36 p. 100 sont des fumeurs réguliers ;

– 8 p. 100 ont fumé du cannabis dans les douze derniers mois ;

– 22 p. 100 ont une consommation d'alcool à risque ;

– 9,5 p. 100 prennent un ou plusieurs médicaments.

ASPECTS LÉGISLATIFS ET ÉTHIQUES DU DÉPISTAGE EN ENTREPRISE

Cadre législatif

Le cannabis a fait son apparition en France au début du XIXe siècle, mais la notion de stupéfiant n'est apparue qu'en 1916 avec le décret du 16 septembre 1916 qui créa le tableau des stupéfiants.

Le cadre législatif actuel s'appuie sur différents codes (pénal, de la santé publique, de déontologie, du travail, de la route) que nous allons expliciter.

Code pénal

Deux lois existent dans le Code pénal à propos de l'usage de substances illicites. La première est la loi sur les stupéfiants du 31 décembre 1970 interdisant l'usage des substances dites illicites en entreprise. Cette loi constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française contre les drogues depuis 30 ans. Ses objectifs sont schématiquement les suivants : réprimer sévèrement le trafic ; sanctionner pénalement l'usage de stupéfiant (auparavant seul l'usage en société était réprimé) tout en proposant une alternative thérapeutique et, enfin, assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui demandent à se faire soigner. La liste des produits stupéfiants visés par cette loi est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, en conformité avec la réglementation internationale.

Cette loi a été récemment modifiée par la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, notamment les dispositions du chapitre VI tendant à prévenir la toxicomanie et certaines pratiques addictives : un usager de stupéfiants peut être contraint à se soigner ou se faire suivre par le juge d'instruction ou le procureur de la République, et un dépistage de la toxicomanie dans les entreprises ou établissements effectuant des transports publics peut être effectué par la police judiciaire.

La deuxième loi est celle du 16 décembre 1992 qui met l'accent sur la répression vis-à-vis des trafiquants, du blanchiment ainsi que sur la justification mensongère de l'origine des ressources.

Code de la santé publique

Les différents articles existant dans le Code de la santé publique en rapport avec les substances illicites s'inscrivent dans le programme de lutte contre la toxicomanie.

L'article L. 3421-1 sanctionne l'usage illicite de stupéfiant d'une peine maximale d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 3 750 euros. Il est complété par l'article 48 de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (chapitre VI, disposition tendant à prévenir la toxicomanie et certaines pratiques addictives) : obligation d'accomplir un stage de désensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants.

Les articles L. 3411-1 et L. 3411-2 concernent la mise sous surveillance de l'autorité sanitaire de toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme telles (on note alors le double statut de l'usager vis-à-vis du législateur : à la fois malade et délinquant), ainsi que la gratuité des soins.

L'article L. 3414-1 concerne, quant à lui, le droit à l'anonymat pour les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement de santé, afin d'y être traités. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

Les articles L. 3423-1 et L. 3424-1 à L. 3424-4 concernent l'injonction thérapeutique, qui est ordonnée soit par le procureur de la République, soit par le

juge d'instruction. L'action publique n'est alors pas exercée à l'égard des personnes qui se conforment au traitement médical qui leur est prescrit et qui le suivent jusqu'à terme. Les conditions dans lesquelles la cure est exécutée sont fixées par un décret du Conseil d'État.

Code de déontologie

Le Code de déontologie précise trois points fondamentaux : l'indépendance des décisions et sans limitation ; le respect du secret médical ; l'action en priorité dans l'intérêt de la santé.

Les principes de respect du secret médical et de l'indépendance professionnelle sont posés dans le cas général, mais sont réaffirmés dans le cas particulier de la médecine du travail, c'est-à-dire de la médecine salariée, dans l'article 95 du Code de déontologie : « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme, public ou privé, n'enlève en rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploi. »

Code du travail

Dans le Code du travail, on retrouve de façon précise les points forts suivants :

• la non-discrimination à l'embauche pour état de santé (sauf inaptitude constatée par le médecin du travail) (article L. 122-45) ;

• les examens complémentaires possibles en milieu de travail, qui restent à la charge soit de l'employeur, soit du service interentreprises (article R. 241-52) :

– pour la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail (dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail) ;

– pour le dépistage des maladies à caractère professionnel ;

– pour le dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage ;

• le règlement intérieur (articles L. 122-34, L. 122-35 et L. 122-36), document écrit par lequel l'employeur fixe exclusivement :

– les mesures d'application de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise ou l'établissement ;

– les règles générales et permanentes relatives à la discipline et notamment la nature et l'échelle des sanctions que peut prendre l'employeur ;

– la convention collective applicable.

Le règlement intérieur ne peut cependant contenir de clauses contraires aux lois et règlements ainsi qu'aux dispositions des conventions et accords collectifs de travail applicables dans l'entreprise ou l'établissement. Il ne peut apporter de restrictions aux droits des personnes, ni aux libertés individuelles ou collectives, non justifiées par la nature de la tâche à accomplir. Il ne peut contenir de dispositions lésant les salariés dans leur emploi ou leur travail en raison de leur sexe, mœurs, situation familiale, opinions, confessions, handicap, à capacité professionnelle égale. Le règlement intérieur est soumis à l'avis du comité d'entreprise et/ou du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail.

Code de la route (articles L. 235-1 à L. 235-5)

Le Code de la route prévoit lui aussi un dépistage de l'usage de stupéfiants. Initialement prévu dans le seul cadre des accidents mortels de la circulation (loi du 18 juin 1999), il fut progressivement étendu à tout conducteur impliqué dans un accident corporel de la circulation (loi du 15 novembre 2001), puis à tout type d'accident de la route ou infraction au Code de la route (vitesse, non-respect de la signalétique, du port de la ceinture de sécurité, du port du casque, dommage corporel ou non…) (loi du 3 février 2003).

Le Code des transports (délivrance du permis de conduire) prévoit dans l'arrêté du 7 mai 1997 (*J.O.* du 29 mai 1997) la liste des incapacités physiques incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire. Il existe ainsi une relative incompatibilité à la conduite (véhicules légers et/ou lourds) en cas de consommation de substances psychoactives. En cas d'abus ou de dépendance, l'incompatibilité devient totale.

Aspects réglementaires

La lutte contre la toxicomanie relève des problèmes sanitaires et sociaux et s'inscrit dans un cadre réglementaire complexe.

Deux grands principes ont été édictés par le Conseil supérieur de la prévention et des risques professionnels (CSPRP) dans la circulaire du 9 juillet 1990 : « Rien ne justifie la mise en place d'un dépistage systématique de la toxicomanie dans l'entreprise sauf dans les cas particuliers déterminés par le médecin du travail dans le cadre de l'appréciation de l'aptitude médicale au poste de travail. » Ce principe implique que l'employeur ne peut demander à un candidat que des renseignements ayant un lien direct et nécessaire avec l'emploi postulé. Il ne lui appartient pas de rechercher des informations sur l'état de santé du candidat dont le retentissement éventuel ne s'apprécie que par le médecin du travail dans le cadre de l'aptitude au poste.

« Il n'est pas recommandé de réaliser à quelque niveau que ce soit une liste pré-établie d'activités ou d'emplois entraînant la mise en œuvre systématique d'un dépistage. » Le médecin du travail peut s'inspirer des positions du Comité national consultatif d'éthique (CNCE) pour le choix des postes pour lesquels le dépistage de la toxicomanie paraît justifié.

Plans gouvernementaux

Plan quinquennal 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool

Ce plan gouvernemental met l'accent sur la prévention. Il confirme un certain nombre d'orientations

initiées antérieurement et notamment celles relatives à la santé et à la sécurité au travail. Il vise, entre autres, à renouveler les programmes d'action pour réduire les accidents du travail en lien avec la consommation d'alcool, de cannabis et autres produits. La pratique du dépistage en entreprise fait partie intégrante des mesures de prévention de la consommation de substances psychoactives sur le lieu de travail.

Le rapport de la MILDT de décembre 2006 sur les conduites addictives et le milieu professionnel entre dans le cadre du plan gouvernemental. Il conclut, entre autres, à la nécessité :

– de lever le déni sur les conduites addictives en milieu professionnel en considérant ces conduites comme une réalité, en menant des études sur l'ensemble des conduites addictives dans le milieu professionnel ;

– de construire une politique de prévention ;

– d'inclure le dépistage dans une politique globale de prévention ;

– de traiter de façon particulière, mais en interrelation, ce qui ressort des rôles et de la responsabilité de chacun.

Plan quinquennal 2008-2012 de lutte contre les addictions

Il devrait, entre autres, développer les ressources à chaque étape : prévention, dépistage, soins, accompagnement médicosocial. Il doit également renforcer la formation des médecins du travail.

Plusieurs études chiffrées vont être lancées afin de pallier le manque de données sur les drogues en milieu professionnel.

Aspects éthiques

Le dépistage en entreprise d'une toxicomanie et plus particulièrement d'une consommation de cannabis impose de respecter plusieurs règles d'éthique.

Il est tout d'abord éthiquement interdit de procéder à des examens ou des tests systématiques lors de toute embauche ou de tout examen périodique sans distinction selon le type d'emploi. Il existe des activités pour lesquelles l'usage de drogues peut créer des risques, soit pour ceux qui exercent ces activités, soit pour d'autres salariés, soit pour des tiers. Il est alors normal et souhaitable que les salariés ou candidats relevant de ces activités fassent l'objet d'examens systématiques tendant à déceler l'usage de drogues pour évaluer une éventuelle inaptitude. Dans cette mesure seulement le recours systématique aux tests et examens est justifié. La liste des emplois concernés est établie pour chaque entreprise et par branches professionnelles après avis de l'employeur, des représentants du personnel (CHSCT…), du médecin du travail et du comité d'éthique.

Si un tel dépistage est envisagé au sein de l'entreprise, l'existence d'une disposition prévoyant ce dépistage doit figurer dans le règlement intérieur de cette entreprise.

Puis, dans le cadre de ce dépistage, le salarié doit bénéficier des trois garanties suivantes :

– il doit être informé individuellement sur la nature et l'objet du dépistage biologique ainsi que sur les conséquences d'un résultat positif sur l'aptitude au poste souhaité ou occupé ;

– le dépistage ne peut être effectué à l'insu du salarié ;

– les résultats sont soumis au secret médical, le médecin du travail ne faisant connaître que l'aptitude ou la non-aptitude, sans aucun motif.

Le type de poste concerné par le dépistage, en l'absence de définition précise par le Code du travail, peut être défini comme ceci :

– *poste dangereux* : poste comportant des risques pour celui qui est affecté à ce dernier et pour lui seul ;

– *poste de sécurité* : poste susceptible d'être dangereux pour celui qui l'occupe, mais aussi pour les autres. Il existe également des postes dits de sécurité ne comportant que des risques pour les autres, mais aucun pour le titulaire (poste de surveillance à distance). Dans tous les cas, un poste dit de sécurité est un poste dont l'exécution peut mettre en danger la sécurité individuelle et/ou collective. Un poste dangereux peut être transformé en poste de sécurité, et inversement, en fonction des activités et de leur variabilité ;

– *poste de sûreté* : poste comportant des risques pour des tiers ou la collectivité ou la vie sociale ou l'environnement, sans concerner directement le salarié ou ses collègues de travail.

Ce sont des postes exigeant des conditions médicales particulières, puisque, de par leur nature même, ces postes peuvent provoquer la survenue de faits accidentels susceptibles d'entraîner une atteinte grave de l'intégrité physique ou mentale du titulaire ou des autres.

La liste suivante des postes dits de sécurité n'est pas exhaustive :

• utilisateurs d'engins de manutention : chariot, grue, pont roulant, camion, etc. ;

• utilisateurs de véhicules de transport de personnes : car, camion, ambulance, voiture, etc. ;

• postes de sécurité particuliers dans les entreprises de transport :

– transport aérien : pilotes, navigateurs, contrôleurs de la navigation aérienne ;

– transport routier : chauffeur d'autocar, de taxi, d'ambulance, etc. ;

– transport ferroviaire : mécanicien et chauffeur de route, mécanicien et chauffeur de manœuvre, aiguilleur, chef de train, contrôleur de route, surveillant de dépôt, garde-barrière, etc. ;

– autres : conducteurs de cabines téléphériques, conducteurs et aiguilleurs du réseau métropolitain, transport de personne par voie d'eau, etc. ;

• postes de sécurité particuliers dans les autres entreprises :

– mines : engins de transport du personnel au fond de la mine, signaleur de train, etc. ;

– chimie : conducteur de machine de fabrication, de compression, de commande de vanne de liquide chaud ou caustique, de gaz délétères, conducteur d'appareils à vapeur, etc. ;

– nucléaire : technicien chargé du défournement, surveillant, conducteur, etc. ;

– BTP : conducteur de grue, d'engin de levage, de terrassement, etc. ;

– personnel des collectivités territoriales : conducteur de petits engins (laveuse de trottoir…), de véhicules légers (transport de personnels), de véhicules lourds (benne à ordure…), postes avec manipulation de produits chimiques (technicien de laboratoire, agent des traitements dans les piscines…), caristes, etc.

Problématique du dépistage

Toute la problématique du dépistage réside dans les questions suivantes : quel en est l'intérêt et quelles en sont les indications dans le monde du travail ?

Il ne faut pas oublier qu'un dépistage biologique positif ne permet en aucun cas d'évaluer de manière fiable les capacités d'un sujet à effectuer certaines tâches, notamment parce que :

– l'effet psychotrope est plus fort chez le sujet non habitué ;

– les drogues illicites entraînant le plus de perturbations des capacités d'un sujet à accomplir une tâche de manière efficace ne sont pas celles qui entraînent le plus de dépendance (par exemple, les hallucinogènes) ;

– la rémanence dans l'organisme des substances absorbées est différente de la durée pendant laquelle la substance agit sur le sujet (notamment pour le cannabis dont la durée d'effet est brève, mais dont la rémanence est de plusieurs mois) ;

– nombreux sont les médicaments psychotropes légaux qui perturbent les réflexes, la concentration et la conscience (benzodiazépines, hypnotiques…) ;

– il n'existe encore aucun parallèle entre la dose et l'effet à court terme.

De plus, les tests urinaires ne peuvent pas, à l'heure actuelle, distinguer les consommateurs occasionnels des pharmaco-dépendants.

Une difficulté supplémentaire réside dans les conditions techniques extrêmement rigoureuses qui sont requises pour la réalisation des tests de dépistage (conditions de recueil, conservation, méthodes d'analyse, fiabilité du test employé, interprétation des résultats…).

MODALITÉS PRATIQUES DU DÉPISTAGE EN ENTREPRISE

Cette pratique de dépistage des conduites toxicophiles en milieu professionnel vient des États-Unis, où elle a débuté en 1980. En 1986, le président Reagan a promulgué un *executive order* qui obligeait tous les employés fédéraux ayant une fonction avec un aspect de sécurité à se soumettre à un dépistage régulier.

En Europe vient de se créer l'European Workerplace Drug Testing Society qui a pour vocation de publier des recommandations et de s'investir dans les problèmes juridiques et éthiques.

Signes d'appel cliniques

Que ce soit le médecin du travail lors de ses consultations médicales ou les collègues de travail, nombreux sont les signes d'appel évoquant l'usage de cannabis.

Dans un contexte d'urgence, le médecin du travail peut être amené à évoquer l'usage de cannabis devant, par exemple, un état d'ébriété non lié à l'alcool, un délire ou des hallucinations, une conduite auto-agressive évidente (suicide) ou non (chute sans raison évidente)…

En dehors de l'urgence, les signes d'appel, pour celui qui y prête attention, sont également très nombreux. Ainsi certaines circonstances permettent-elles d'évoquer la question d'un usage de substances psychoactives et plus spécifiquement de cannabis : visite de reprise du travail après une tentative de suicide ou un accident du travail inexpliqué, voire curieux ; mydriase sans autre explication ; hyperhémie conjonctivale ; éruption cutanée ; hypotension orthostatique et tachycardie. Certains signes cliniques sont également repérables et sont soit liés à un usage régulier (troubles de la mémoire, confusion mentale, psychose, syndrome amotivationnel avec désinvestissement, aboulie, apathie…), soit liés aux impuretés des produits de coupage (asthme lié aux nombreux allergènes de type levure ou champignon, granulome pulmonaire).

Cependant, même si le médecin du travail ne peut que rarement déceler une telle consommation, nombreuses sont les situations rapportées soit par la hiérarchie, soit par les collègues de travail. On peut citer, entre autres, les problèmes d'assiduité au travail avec des retards répétés ou des absences fréquentes, souvent non justifiées par un arrêt de travail médicalement constaté. Surviennent également une diminution de la productivité en qualité, puis globalement, des maladresses à l'origine d'accidents (ou d'incidents) du travail, de plus en plus nombreux, une insouciance vis-à-vis de la sécurité (personnelle et/ou collective), des difficultés relationnelles (que ce soit avec la hiérarchie ou les collègues) sauf pour se plaindre ou emprunter de l'argent, des réactions excessives aux critiques, un flagrant délit de vol…

Dépistage biologique

Pour pratiquer des dépistages en entreprise, le médecin du travail doit s'appuyer sur un règlement intérieur rappelant l'interdiction de détention et d'usage de substances psychoactives illicites au sein de l'entreprise et l'obligation de respecter les examens exigés par le médecin du travail, notamment pour les postes à risque. L'application d'une telle politique au sein de l'entreprise nécessite d'établir une très large concertation avec la direction, les délégués du personnel et les membres du CHSCT.

Le médecin du travail doit avoir un protocole précis et rigoureux pour réaliser le dépistage. Il doit également avoir un formulaire de chaîne de qualité et travailler en bonne collaboration avec le biotoxicologue en charge des analyses.

Actuellement, le dépistage se fait sur les urines ; les autres matrices comme les cheveux ou la salive, bien que moins invasives et permettant une surveillance plus étroite du recueil, ne sont pas encore suffisamment développées.

Le médecin effectue le recueil des urines en respectant l'anonymat, fait remplir une feuille de consentement au salarié sur un formulaire qui suivra

l'échantillon du recueil des urines jusqu'à la transmission du rapport écrit au médecin. Le collecteur des urines attestera que l'échantillon a été transvasé en présence du donneur dans deux flacons à fermeture inviolable. Le premier servira à l'analyse et le deuxième sera conservé pendant un an, à –20 °C, pour une éventuelle contre-expertise. Au laboratoire, après inspection de l'intégrité des flacons, un aliquote sera prélevé à la recherche d'une adultération éventuelle (dilution par absorption massive d'eau dans les heures précédant le recueil ou par ajout d'eau directement dans les urines ; addition de nitrites, de NaCl, de glutaraldéhyde, d'eau de Javel, de tensioactifs…).

La première étape est enzymatique (ou immunohistochimique), qualitative, à la recherche de Δ9-THC-COOH et nécessite le choix d'un niveau de *cut-off* adapté (50 ng/ml le plus souvent). De plus, une positivité ne donne aucune information sur le temps écoulé depuis la dernière consommation de cannabis (quelques heures, jours, semaines ?). Une deuxième étape de confirmation par dosage est alors nécessaire en cas de positivité : la technique de choix est la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse. Les résultats sont envoyés au médecin prescripteur sous pli confidentiel.

PRÉVENTION ET STRATÉGIES EN ENTREPRISE

Dans toute démarche de santé et de prévention, il est important de prendre en compte l'homme dans sa dimension sociale et métaphysique (quête du sens à donner à la vie, de l'autonomie et de liberté) ainsi que dans son organisation psychoaffective (quel sens donne-t-il à ses comportements de consommation de substances ?). C'est cette conception de l'homme qui pourra alors permettre de construire une démarche de prévention de manière cohérente et, surtout, dans une perspective humaniste.

POLITIQUE DE PRÉVENTION EN ENTREPRISE

Le monde du travail faisant appel à des personnes issues de la population générale, le risque d'observer, parmi les salariés, des usagers au moins occasionnels existe, même si l'on tient compte de l'effet travailleur sain. Dépassant largement le cadre de l'entreprise, ces phénomènes ne sont pas nouveaux et correspondent à un véritable phénomène de société.

À la question « que prenez-vous pour tenir le coup au travail dans les moments difficiles ? » du sondage IFOP réalisé en 2006, 3 p. 100 déclarent recourir aux drogues (cannabis, haschisch ou cocaïne), 10 p. 100 aux médicaments euphorisants (amphétamines, antidépresseurs) ou détournés de leur fonction thérapeutique, 12 p. 100 aux somnifères et 56 p. 100 aux stimulants survitaminés.

Toutes les pharmaco-dépendances, légales ou non, sont susceptibles de retentir sur la vie professionnelle. L'une des raisons pour lesquelles elles prennent actuellement le devant de la scène vient de l'existence des problèmes de sécurité, au sens large, engendrés par la consommation de ce type de produit. Ainsi, aujourd'hui, on estime que 15 à 20 p. 100 des accidents mortels du travail seraient liés à l'usage de substances psychoactives.

Si l'aptitude médicale des salariés à occuper un poste en toute sécurité doit être rigoureuse et prendre en compte ce type de risque, l'action à l'égard du risque toxicomanie, au sens large du terme, en milieu de travail doit se situer bien en amont du dépistage, pour se concentrer sur l'anticipation et la prévention. Le développement des politiques « alcool et drogues » au sein de l'entreprise permet alors de renforcer considérablement les résultats d'une politique de sécurité.

Certaines statistiques font apparaître que 45 p. 100 des toxicomanes occupent un emploi. La toxicomanie constitue donc un problème de plus en plus préoccupant, qui justifie une action de la part :

– du médecin du travail, dont la mission est de déterminer l'aptitude à assurer son poste de travail, surtout pour les postes dits à risque ou de sécurité ou de sûreté ;

– de l'entreprise, qui est responsable de la sécurité de l'ensemble de son personnel.

Le souci d'assurer un lieu de travail sain a conduit certaines entreprises à préconiser une démarche de dépistage systématique à l'embauche et pour certains postes. Mais la politique de l'entreprise ne saurait se résumer au dépistage, ni être synonyme de politique de dépistage.

Pour que la prévention de la consommation de substances psychoactives devienne une véritable politique d'entreprise, il est nécessaire que tous les partenaires soient impliqués : direction, représentants du personnel et médecin du travail, sans oublier le partenariat avec les organismes locaux existants de santé publique pour s'inscrire dans un réseau nécessaire à la prise en charge de la toxicomanie.

Cette politique doit non seulement prévoir des campagnes de prévention simples, accessibles et de longue durée, mais également et surtout contenir une étude des conditions de travail en vue d'une amélioration ultérieure. Toute politique négligeant cet aspect serait vouée à l'échec car l'on ne peut dissocier ces deux paramètres.

Toute politique s'inscrivant dans un contexte et un climat socio-économique, on ne peut négliger ce dernier si l'on souhaite réellement réussir ce type de prévention. Pour que le message de prévention puisse être entendu, il doit non seulement être clair et précis, mais également respecter les intérêts de chacun et se dérouler dans un climat de travail propice. Rien ne sert de mener une telle campagne dans un climat de licenciement économique…

Ainsi les chefs d'entreprise, les partenaires sociaux, les représentants du personnel et les différents acteurs de santé, dont le médecin du travail, peuvent-ils contribuer à une véritable politique d'entreprise si :

– tous se sentent impliqués dans ce projet ;

– l'information dispensée est claire, accessible et s'inscrit dans le temps ;

– les intérêts de chacun sont respectés ;
– le climat de travail est adapté ;
– le dialogue est suffisant ;
– une réflexion sur les conditions de travail est simultanément engagée.

EXEMPLE DE STRATÉGIES MISES EN PLACE EN ENTREPRISE

L'enquête en mai 2006 de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) et de l'INPES réalisée auprès de 811 DRH et chefs d'entreprise retrouve que 69 p. 100 des entreprises n'avaient jamais réalisé d'action de prévention et que 3 p. 100 seulement ont mis en place des actions sur le cannabis.

Les entreprises ayant mis en place une politique de dépistage du cannabis, et plus globalement des substances psychoactives, sont peu nombreuses. Le plus souvent, ce sont des entreprises qui furent pionnières dans la mise en œuvre de campagne de prévention pour le risque alcool. Nous pouvons développer l'expérience de certaines entreprises, en ce qui concerne la prévention de l'addiction à l'alcool et aux substances psychoactives (et plus spécifiquement à propos du cannabis). Nous exposerons ici l'expérience de la SNCF, d'ExxonMobil, de l'ACMS de la région Île-de-France des transports aériens, du groupe Vinci et des fonderies du groupe AFE.

Substances psychoactives et sécurité ferroviaire

À la SNCF, il existe des recommandations à l'attention du médecin du travail, incluses dans l'article R. 241 du Code du travail, relatives aux exigences sensorielles et à l'absence de facteurs d'altération de la vigilance pour les postes dits de sécurité. En mars 1999, face à la nécessité d'assurer la sécurité individuelle et collective des salariés et des personnes transportées, le dépistage systématique, à l'examen médical d'embauche, des toxiques urinaires pour les postes de sécurité fut introduit. Ce dépistage fut élaboré en accord avec les représentants du personnel, puis soumis au CSPRP et homologué par le ministère des Transports. Il est alors inscrit dans une nouvelle rédaction du règlement intérieur. Les CHSCT et les partenaires sociaux de l'entreprise sont informés des modalités pratiques et des conséquences d'un résultat positif sur l'aptitude.

En pratique, ce dépistage est réalisé uniquement pour les postes de sécurité et se fait selon les modalités suivantes. Lors de l'examen d'embauche, le dépistage est systématique. Les candidats sont informés par courrier, reçu un mois avant l'examen d'embauche, de l'incompatibilité de l'usage de substances psychoactives avec les postes de sécurité et de la persistance de ces produits dans les urines durant plusieurs semaines.

Lors des examens périodiques, les contrôles sont possibles mais non obligatoires et restent à la seule initiative du médecin du travail. Il est le seul habilité à définir la fréquence des contrôles qu'il juge nécessaire.

Le dépistage se fait sur un recueil d'urines. L'émission des urines se fait sur place, dans un local isolé, sans point d'eau, dans un bocal fournit par le service de médecine du travail. La personne entre dans le local en sous-vêtements, sous le contrôle d'une infirmière. Un contrôle de la température ainsi que de la coloration du prélèvement est alors réalisé, avant la répartition de l'échantillon en trois flacons devant le candidat. Chacun des trois flacons est étiqueté avec les nom, prénom, date et signature du candidat et de l'infirmière. Le premier flacon sert au dépistage immunochimique. Le deuxième est confié à un laboratoire extérieur pour confirmation si le premier dépistage est positif. Les résultats sont transmis au médecin du travail après réalisation de la technique de couplage de chromatographie en phase gazeuse et de spectrométrie de masse. Le troisième flacon est destiné à une éventuelle contre-expertise.

Dans le cadre d'un dépistage du cannabis, le seuil (ou *cut-off*) de 20 ng/ml a été choisi afin de repérer un comportement addictif. La recherche dans les urines ne se faisant qu'un mois après en avoir informé le candidat, un résultat positif témoigne donc d'un manque de contrôle de l'usage du produit. Un tel résultat implique l'exclusion du candidat de tout poste de sécurité. En cours de carrière, le dépistage n'étant pas systématique, mais laissé à l'appréciation du médecin du travail, un résultat positif entraîne également l'exclusion des postes de sécurité avec des propositions de prise en charge ou d'orientation.

Les actions de prévention peu à peu développées par le service médical pour tout le personnel comprennent une information des jeunes après leur embauche, une information aux journées de formation des agents assurant des fonctions de sécurité sur :
– les effets du cannabis, en particulier, et des drogues illicites en général ;
– les effets des médicaments psychotropes ;
– la nécessité de signaler au médecin traitant sa fonction de sécurité lors de toutes prescriptions.

En 2001, sur 8 419 dépistages à la recherche de cannabis, 493 étaient encore positifs, soit 5,86 p. 100 des prélèvements, contre 8,7 p. 100 en 2000 (sur 8 407 prélèvements, 695 étaient positifs).

Prévention et surveillance de l'addiction chez ExxonMobil

La politique « alcool et drogue » de l'entreprise s'inscrit dans le cadre d'un programme de sécurité, mais reste focalisée sur les postes dits de sécurité. Les tests de dépistage sont pratiqués à différents moments : pré-embauche, prémutation vers un poste de sécurité, après un accident du travail, au moins une fois par an de façon aléatoire, à la demande du médecin du travail, dans le cadre d'un suivi de post-cure. Ces dépistages se font sur un recueil urinaire lors de la visite médicale, avec un formulaire de consentement et de chaîne de qualité signés tous deux par le salarié. De façon

concomitante, un questionnaire de prise médicamenteuse est également à remplir.

Chaque année, près de 800 tests de dépistage sont réalisés.

Le médecin du travail, au sein de la politique « drogue et alcool » de cette entreprise, a un rôle pivot :

– il définit le panel de drogues recherchées ainsi que les seuils de positivité ;

– il conduit les examens médicaux ;

– il établit les procédures de recueil des échantillons ;

– il sélectionne le laboratoire et contrôle la chaîne qualité ;

– il prescrit, reçoit et analyse les résultats ;

– il est seul, au final, à juger de l'aptitude ;

– il a un rôle de sensibilisation et d'information ;

– il met en place un programme de cure et de postcure de désintoxication ;

– il est le garant de l'éthique médicale et de la confidentialité.

Une assistance téléphonique sur les addictions est en cours de réalisation.

Dépistage de drogue dans une entreprise de transport sur un aéroport parisien

Dans cette entreprise, le dépistage se déroule en trois étapes et concerne tous les candidats à l'embauche, tous les postes de l'entreprise étant considérés comme des postes de sécurité.

La première étape correspond à la remise d'un document d'information sur l'existence du dépistage de drogue huit jours avant l'examen d'embauche. En cas de traitement dans le mois qui précède, le candidat communique les ordonnances ou apporte les boîtes lors de la visite médicale d'embauche.

À la deuxième étape, c'est-à-dire la visite médicale d'embauche, quinze jours avant la signature du contrat de travail, un recueil d'urines est alors réalisé, à la recherche de drogue mais aussi de sucre, d'albumine et de sang. Trois tubes sont conditionnés, étiquetés, scellés et signés par le médecin et le candidat avant d'être envoyés au laboratoire sous pochette scellée.

La troisième et dernière étape se situe quinze jours après la première visite médicale et permet de conclure sur une décision d'aptitude.

Démarches de prévention dans une entreprise spécialisée dans les grands travaux de terrassement

La mise en place des démarches d'information et de prévention concernant les substances qui modifient le comportement au travail s'inscrit dans la politique de prévention des accidents du travail de l'entreprise Deschiron, filiale du groupe Vinci. Destinée à sensibiliser les salariés aux effets de la consommation de drogues sur le lieu de travail, elle se déroule lors d'une journée complète de formation sur le terrain par une équipe de formateurs (l'association FRAD [formateurs relais antidrogue]). Cette démarche a été étendue à la problématique alcool.

Initiée en 2005, cette politique fait suite à la survenue d'un accident mortel l'année précédente, dans lequel était impliqué un salarié détecté positif au cannabis.

Expérience des fonderies du groupe AFE

Les fonderies sont des lieux de travail où la moindre défaillance peut avoir de lourdes conséquences du fait des manutentions, de la présence du feu, du métal en fusion (dont la température peut aller jusqu'à 1 600 °C)…

Ce n'est qu'à partir de l'an 2000 que le problème de la consommation des substances psychoactives a été abordé dans l'entreprise. Les discussions ont débuté avec le CHSCT autour de l'alcool, mais aussi des drogues. Parallèlement, le médecin du travail, Jean-Michel Lamant, a lancé une action de prévention individuelle lors des visites médicales annuelles : éducation sanitaire et information sur les risques liés à la consommation de substances psychoactives, tant pour eux-même que pour la sécurité des autres salariés et de l'entreprise. Cette action s'est prolongée lors des entretiens d'embauche.

De façon concomitante, l'ensemble des partenaires se sont mobilisés face à ce problème : le médecin du travail, le CHSCT, la direction des ressources humaines, la direction et les représentants des salariés. Ils ont mis en place un « processus d'alerte ». Toute personne présentant des signaux d'alerte en matière de santé au travail (comme, par exemple, un comportement inhabituel) passe en premier lieu une visite médicale pour une évaluation de sa situation par le médecin du travail. Si des restrictions de poste sont émises, charge au DRH de trouver des solutions. Depuis cinq ans que le système existe, aucun licenciement pour inaptitude n'a été prononcé.

RÉFÉRENCES

1. Alcool et substances psychoactives dans l'entreprise : salariés et DRH s'expriment. Communiqué de presse. Saint-Denis, INPES, 3 mai 2006.
2. Bondelle A, Fellmann A, Vaudoux D. Drogues et travail, un très mauvais ménage. Travail et Sécurité, 2007.
3. Carriot F, Sasco AJ. Cannabis et cancer. Rev Épidémiol Santé Publ, 2000, *48*.
4. Circulaire ministérielle du 9 juillet 1990 du Conseil supérieur de la prévention et des risques professionnels, référence DMT 43 TE 28.
5. Collège français des anesthésistes-réanimateurs. Enquête sur la consommation de substances psychoactives chez les anesthésistes-réanimateurs, 2001.
6. Comité national consultatif d'éthique. Avis du 18 octobre 1983 sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise.
7. Constant P, Gelain C, Cortel P. Prévention et surveillance de l'addiction à l'alcool et aux stupéfiants. Plus de dix ans d'expérience dans le groupe ExxonMobil.

9e Journée de recherche organisée par l'Institut universitaire de médecine du travail de Paris-Île-de-France, 15 mai 2002.
8. Fontaine B, Frimat P. Substances psychoactives. Quelle prévention au poste de travail ? Travail et Sécurité, 1999, *590*.
9. INPES, site : http://www.inpes.fr.
10. Institut de médecine du travail du Nord de la France. Toxicomanies. Quand un fait de société entre dans l'entreprise. Dossier du groupe régional « toxicomanies et travail ». Lille, avril 1998.
11. Journée de l'Institut nationale de médecine agricole. Lille, 6 et 7 octobre 2005. Documents pour le médecin du travail, 2006, *106*.
12. Journée de la Société française de toxicologie analytique. Dépistage des toxicomanies. Sous la présidence de P Kintz, M Devaux. Paris-La Défense, 27 mars 2002. Archives des Maladies professionnelles, 2002, *63* : 392-393.
13. Légifrance, site : http:// www.legifrance.gouv.fr.
14. MILDT, site : http://www.drogues-dépendances.fr.
15. OFDT, site : http://www.ofdt.fr.
16. Parquet PJ. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives. Usage, usage nocif, dépendance. Éducation pour la santé pour mieux vivre. Dossiers techniques, éditions CFES, 1998.
17. Petit L. Les grandes orientations à donner à l'information en matière de drogue. Information-Documentation.
18. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, site : http://www.drogues.gouv.fr.
19. Rapport au Directeur général de la santé du groupe de travail présidé par le Pr Michel Reynaud. « Usage nocif de substances psychoactives ». Paris, La Documentation française, 2002.
20. Réflexions sur le dépistage de la toxicomanie en entreprise. 9e Journée de recherche sur les substances psychoactives et le travail.
21. Toxicomanies, entreprise et médecine du travail. Service central d'appui à la médecine du travail. Électricité de France-Gaz de France, avril 1998.