HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Société Française d'Alcoologie
Reconnue d'utilité publique
(décret du 29 octobre 1998)

SFST
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Association Addictions France

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Usage des substances psychoactives : prévention en milieu professionnel

Validé par le Collège le 12 juin 2025

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	**Preuve scientifique établie** Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	**Présomption scientifique** Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	**Faible niveau de preuve** Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	**Accord d'experts** En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Usage des substances psychoactives : prévention en milieu professionnel
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC) - Label
Objectif(s)	Elaboration d'une recommandation avec pour objectifs : – le repérage des problèmes d'addiction des SPA en lien avec les conditions ou type de travail ; – la réduction des addictions et la prévention des usages de substances psychoactives chez tous les acteurs de l'entreprise : employeurs, travailleurs (y compris les membres de l'encadrement) et personnes en formation professionnelle, afin d'aider les services de prévention et de santé au travail dans le cadre de leur relation avec l'employeur, les salariés ou agents et les représentants du personnel Compte-tenu des spécificités de l'organisation de la prévention en milieu professionnel et des modes d'action des services de prévention et de santé au travail, les objectifs secondaires sont : – préciser et harmoniser les démarches globales de prévention individuelle et collective en milieu de travail ; – définir une approche commune de prévention en santé au travail et en santé publique ; – favoriser le développement de recherches en santé au travail sur le thème des pratiques addictives ; – définir les objectifs des connaissances nécessaires pour les différents acteurs de la prévention : membres des équipes pluridisciplinaires de santé au travail, membres des équipes de soins en addictologie, employeurs, travailleurs (dont les membres de l'encadrement) et membres des instances représentatives du personnel ; – intégrer la prise en charge des travailleurs ayant un usage abusif ou une dépendance aux substances psychoactives dans la stratégie de prévention de la désinsertion professionnelle ; – favoriser les relations entre les services de prévention et de soins en médecine du travail, les intervenants dans le domaine de l'addictologie (médecin, infirmier, psychologue, éducateur) et les professionnels de santé de ces travailleurs. Ces objectifs seront illustrés de manière concrète par l'élaboration de fiches pratiques à destination des professionnels de santé et des services de la prévention en Santé au travail ainsi que par des fiches pratiques à destination des travailleurs et des employeurs.
Cibles concernées	Travailleurs concernés : Tout travailleur concerné par l'usage de SPA, quelle que soit sa catégorie socio-professionnelle et le régime auquel il appartient (Régime général, Régime agricole, Fonctions publiques). Les employeurs, travailleurs indépendants, apprentis ou travailleurs en formation professionnelle font également partie des personnes ciblées par ces recommandations. Professionnels concernés : Ces recommandations visent les équipes pluridisciplinaires des services de prévention et de santé au travail (ou services de médecine de prévention).

Demandeur	La Société Française d'Alcoologie, la Société Française de santé du Travail (SFST), et l'Association Addictions France (AAF)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Dr Corinne Dano, médecin addictologue et médecin du travail (SFA) Mme Albane Mainguy, cheffe de projet (HAS) Assistante : Mme Sladana Praizovic (HAS)
Recherche documentaire	Réalisée par Mme Marina Rennesson et Mme Maud Lefevre, documentalistes (HAS)
Auteurs	Dr Corinne Dano, chargée de projet Dr Philippe Hache, chargé de projet Avec la participation du groupe de travail présidé par Dr Benoît Fleury (cf. liste à la fin du document)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse, la HAS a également pris en compte la base «Transparence-Santé» qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liants aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base «Transparence-Santé» ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
Validation	Version du 12 juin 2025
Actualisation	
Autres formats	Recommandations

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juin 2025 – ISBN : 978-2-11-179566-2

Sommaire

Préambule 9

1. Quelles sont les substances psychoactives consommées par les personnes exerçant une activité professionnelle ? 12

1.1. Données épidémiologiques et niveaux de consommation en population active 12

1.1.1. L'alcool 14

1.1.2. Le tabac 16

1.1.3. Le cannabis 16

1.1.4. Les stimulants 19

1.1.5. Les médicaments psychotropes 20

1.1.6. Les antalgiques opioïdes 21

1.2. Caractéristiques des différentes substances psychoactives, risques en milieu professionnel et détection 22

1.2.1. L'alcool 23

1.2.1.1. Classification 23

1.2.1.2. Circonstances devant faire évoquer un usage à risque et un trouble de l'usage d'alcool 24

1.2.1.3. Bilan biologique 25

1.2.1.4. Dépendance physiologique et syndrome de sevrage 26

1.2.2. Le tabac 29

1.2.2.1. Tabagisme 29

1.2.2.2. Vapotage 31

1.2.3. Le cannabis 31

1.2.3.1. Pharmacologie du cannabis et des dérivés cannabinoïdes 32

1.2.3.2. Trouble de l'usage du cannabis 34

1.2.3.3. Intoxication au cannabis 36

1.2.3.4. Syndrome de sevrage au cannabis 37

1.2.3.5. Usage thérapeutique du THC 37

1.2.3.6. Focus sur le cannabidiol 37

1.2.3.7. Cannabinoïdes de synthèse 41

1.2.4. La cocaïne 43

1.2.4.1. Caractéristiques de la substance 43

1.2.4.2. Données cliniques 43

1.2.5. Le protoxyde d'azote ou N2O 44

1.2.5.1. Un gaz chimique utilisé dans plusieurs domaines 44

1.2.5.2. Variabilité des effets recherchés (hors champ d'utilisation d'origine) (88) 44

1.2.5.3. Effets toxiques et risques pour la santé (87, 108) 45
1.2.6. Stimulants cognitifs et méthylphénidate (MPH) 47
1.2.7. Détection de stupéfiants 48
1.2.7.1. Consommation d'un médicament 49
1.2.7.2. Consommation d'un aliment ou d'un supplément alimentaire 49
1.2.7.3. Echange de fluide corporel 49
1.2.7.4. Contamination par la fumée 49
1.3. Interrelation entre substances psychoactives et milieu professionnel 50
1.3.1. Conséquences des consommations de substances psychoactives en milieu professionnel 51
1.3.1.1. Sur le plan de l'entreprise/institution 51
1.3.1.2. Sur le plan individuel 51
1.3.2. Facteurs professionnels de risque de consommation de substances psychoactives 55
1.3.2.1. Conditions d'emploi, facteurs organisationnels et relationnels 55
1.3.2.2. Disponibilité et accessibilité des substances psychoactives, pratiques culturelles socialisantes 60
1.3.2.3. Management et niveau de bien-être, satisfaction au travail et qualité de vie au travail 60
1.3.2.4. Télétravail 61
1.4. Pathologies duelles en population active 63
2. Quelles sont les responsabilités juridiques des différents acteurs en termes de partage d'information, dépistage et traçabilité ? 65
2.1. Partage d'information 65
2.1.1. Rappels sur le secret professionnel et le secret médical 65
2.1.2. Secret médical et secret professionnel applicables à l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail 66
2.1.3. Partage d'information avec d'autres professionnels de santé (médecin traitant, médecin addictologue...) 66
2.1.4. Partage d'information avec l'employeur 67
2.1.4.1. Au sujet d'un travailleur 67
2.1.4.2. En cas de risque pour la santé des travailleurs 67
2.2. Dépistage des usages de substances psychoactives 68
2.2.1. Tests de dépistage réalisés par l'employeur 68
2.2.1.1. Ethylotest 68
2.2.1.2. Test salivaire de dépistage immédiate de stupéfiants 68
2.2.1.3. Contrôle du résultat 69
2.2.2. Repérage et dépistage par le médecin du travail, l'interne en médecine du travail, le collaborateur médecin ou l'infirmier de santé au travail 70

2.2.2.1. Dispositions relatives au repérage et au dépistage 70
2.2.2.2. Conditions de réalisation du dépistage biologique 71
2.2.2.3. Indépendance vis-à-vis de l'employeur 72
2.2.2.4. Possibilité de refus de la part du travailleur 72
2.3. Traçabilité 72
2.3.1. Service de prévention et de santé au travail 72
2.3.1.1. Fiche d'entreprise 72
2.3.1.2. Dossier médical en santé au travail 73
2.3.2. Employeur 74
2.3.2.1. Document unique d'évaluation des risques professionnels - DUERP 74
2.3.2.2. Traçabilité des mesures de prévention 74
Conclusion 75
3. Comment les Services de Prévention et de Santé au Travail (SPST) vont-ils accompagner les travailleurs en termes de repérage, prise en charge, orientation et coordination entre acteurs de prévention, d'accompagnement et de soins ? 76
3.1. Repérage et évaluation des usages de SPA 78
3.1.1. Questionnaires d'évaluation (cf. annexes) 79
3.1.2. Place des marqueurs biologiques et du dépistage 80
3.1.3. Recherche de complications socio-professionnelles et sur la santé 80
3.1.3.1. Indicateurs sociaux et cliniques 80
3.1.3.2. Les troubles cognitifs liés à un trouble de l'usage de substances psychoactives 81
3.2. Pour une intervention adaptée 84
3.2.1. Repérage 84
3.2.2. Accompagnement et relais 86
3.2.3. Traçabilité des informations en lien avec les usages de SPA 88
Recommandation générale 88
Recommandations spécifiques 88
4. Quelles seront les approches de la prévention collective en entreprise en tenant compte des nouvelles conditions et organisation du travail ? 92
4.1. Prévention collective : approche globale 92
4.1.1. Revue de la littérature 92
4.1.1.1. Recommandations 92
4.1.1.2. Efficacité des mesures de prévention collective 94
4.1.2. Conclusion 95
4.2. Évaluation et prévention des facteurs de consommation liés au travail 95
4.2.1. Revue de la littérature 95

4.2.2. Conclusion 96
4.3. Limitation des consommations d'alcool sur le lieu de travail 97
4.3.1. Revue de la littérature 97
4.3.2. Conclusion 97
4.4. Gestion des situations individuelles 98
4.4.1. Approche des travailleurs ayant un mésusage de substances psychoactives 98
4.4.2. Prise en charge d'un trouble aigu du comportement 99
4.4.2.1. Prise en charge de l'urgence 99
4.4.2.2. Retour du salarié à son poste de travail 102
4.5. Formation ou sensibilisation des travailleurs 103
4.5.1. Revue de la littérature 103
4.5.2. Conclusion 104
4.6. Contrôles sur le lieu de travail 104
4.6.1. Revue de la littérature 104
4.6.1.1. Utilisations 105
4.6.1.2. Limites 106
4.6.1.3. Efficacité en matière de santé et de sécurité 107
4.6.2. Conclusion 108
Recommandations 108

Table des annexes 111

Méthode de travail 154

Références bibliographiques 157

Participants 164

Abréviations et acronymes 166

Préambule

Saisine

Ce travail fait suite à la saisine conjointe de deux sociétés savantes : la Société Française d'Alcoologie (SFA), la Société Française de Santé au Travail (SFST), ainsi que de l'Association Addictions France (AAF), afin d'émettre des recommandations sur la prévention en milieu professionnel de l'usage de substances psychoactives (SPA). Ce travail traitera à la fois de l'impact des conduites addictives sur le travail ainsi que celui du travail sur l'usage des SPA.

Objectif

L'objectif principal de ces recommandations de bonnes pratiques est :

- le repérage des problèmes d'addiction des SPA en lien avec les conditions ou caractéristiques de travail ;
- la réduction des addictions et la prévention des usages de substances psychoactives chez tous les acteurs de l'entreprise : employeurs, travailleurs (y compris les membres de l'encadrement) et personnes en formation professionnelle, afin d'aider les services de prévention et de santé au travail dans le cadre de leur relation avec l'employeur, les salariés ou agents et les représentants du personnel.

Compte-tenu des spécificités de l'organisation de la prévention en milieu professionnel et des modes d'action des services de prévention et de santé au travail, les objectifs secondaires sont :

- préciser et harmoniser les démarches globales de prévention individuelle et collective en milieu de travail ;
- définir une approche commune de prévention en santé au travail et en santé publique ;
- favoriser le développement de recherches en santé au travail sur le thème des pratiques addictives ;
- définir les objectifs des connaissances nécessaires pour les différents acteurs de la réven-tion : membres des équipes pluridisciplinaires de santé au travail, membres des équipes de soins en addictologie, employeurs, travailleurs (dont les membres de l'encadrement) et membres des instances représentatives du personnel ;
- intégrer la prise en charge des travailleurs ayant un usage abusif ou une dépendance aux substances psychoactives dans la stratégie de prévention de la désinsertion professionnelle ;
- favoriser les relations entre les services de prévention et de soins en médecine de travail, les intervenants dans le domaine de l'addictologie (médecin, infirmier, psychologue, éducateur) et les professionnels de santé de ces travailleurs.

Ces objectifs seront illustrés de manière concrète par l'élaboration de fiches pratiques à destination des professionnels de santé et des services de la prévention en Santé au travail ainsi que par des fiches pratiques à destination des travailleurs et des employeurs.

Enjeux

La prévention de l'évolution vers la dépendance et de la survenue d'accidents du travail, ainsi que le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle représentent un enjeu majeur de santé publique et de santé au travail, du fait :

- des prévalences élevées de consommation de SPA et des conséquences en matière de SST (Sécurité-Santé-Travail) : les statistiques montrent que les consommations d'alcool et de drogues sont réelles en milieu de travail. Elles concernent tous les secteurs et toutes les

catégories socioprofessionnelles, sans se limiter aux postes à risque. Ces usages de SPA entraînent des conséquences de type : accidents de travail, absentéisme, problèmes relationnels (avec les clients, l'encadrement ou entre collègues) et licenciements. Le coût social de l'usage des drogues en France est élevé en raison de l'impact économique lié à l'absentéisme au travail et de la perte de productivité des entreprises ;

- de l'identification de facteurs professionnels qui favorisent la consommation : cette dynamique d'identification de facteurs professionnels d'influence est relativement « nouvelle » et nécessite la poursuite de travaux de recherche et de réflexions. Elle impacte largement la question du maintien en emploi.

Ce projet vise à limiter la consommation de SPA en milieu professionnel ainsi qu'à identifier et prévenir les divers facteurs favorisant cette consommation de SPA.

Ces recommandations se focaliseront sur l'usage et l'effet de substances psychoactives licites et illicites (alcool, tabac et drogues incluant les psychotropes) et ses liens avec le milieu professionnel du fait de sa prévalence.

Pour autant, il ne sera pas négligé d'aborder, au travers des questions posées, les addictions comportementales pouvant être liées au milieu de travail. Les addictions comportementales dont le workaholisme, ne seront donc pas traitées en tant que telles mais dans leur articulation avec les consommations de substances psychoactives et feront l'objet d'une annexe.

Bien que son niveau de dangerosité en milieu professionnel ne se situe pas au même niveau que les autres substances psychoactives, il paraît nécessaire que l'usage du tabac en milieu professionnel soit traité. En effet :

- certaines conditions de travail favorisent le tabagisme et peuvent également être un facteur d'échec du sevrage (risques psychosociaux...) ;
- l'enquête sur les pratiques addictives en entreprise, réalisée en 2021 par l'INRS indique que les services de prévention et de santé au travail sont moins vigilants par rapport au repérage et à la prévention des consommations de tabac qu'en 2009. Une loi de santé publique de 2016 autorise les médecins du travail et les infirmiers à prescrire les substituts nicotiniques ;
- la prévention doit porter en premier lieu sur les contraintes du travail pouvant entraîner une consommation de SPA et non sur une approche produit par produit ;
- la prévalence du tabagisme a augmenté pendant le confinement et le télétravail. Interrogés pendant le confinement, les fumeurs étaient 27 % à déclarer que leur consommation de tabac avait augmenté depuis le confinement,19 % qu'elle avait diminué.
- la hausse moyenne du nombre de cigarettes fumées par les fumeurs quotidiens (94 % des fumeurs interrogés) est de 5 cigarettes par jour. L'augmentation de la consommation de tabac est plus fréquemment mentionnée par les 25-34 ans (41 %) et les actifs travaillant à domicile (37 %).

L'impact du moi(s) sans Tabac montre l'intérêt de le déployer en entreprise.

Champs

Ces nouvelles recommandations prendront en compte :

- l'évolution des facteurs favorisant le trouble de l'usage au sein de la population active (charge mentale et cognitive, risques psychosociaux - RPS, séniorisation, genre, statuts, nouvelles organisations dont le télétravail, contrat de travail et précarisation, etc…) ;
- les spécificités des différents secteurs d'emploi (public/privé) ;

- les différents modes d'exercice (Service de prévention et de santé au travail interentreprises, service autonome, médecine de prévention) et missions dédiées à la Santé au Travail ;
- les modes de coopération entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les employeurs ;
- les modalités d'organisation du maintien en emploi des personnes souffrant d'un trouble de l'usage de substances psychoactives ;
- les modes de coopération entre les SPST et les autres professionnels de santé (médecin traitant, addictologue…).

Elles répondront aux questions suivantes afin de fournir des recommandations de prévention concrètes, tant sur le plan collectif qu'individuel, et adaptées aux services de prévention et de santé au travail, qui relaieront aux professionnels :

Question n°1 : Quelles sont les substances psychoactives consommées par les personnes exerçant une activité professionnelle ?

Cette question aborde :

- les données épidémiologiques tenant compte de la temporalité du parcours professionnel et de l'âge ;
- les caractéristiques de chaque substance tenant compte de leur cinétique et des polyconsommations ;
- l'interrelation SPA/milieu professionnel (facteurs protecteurs et contributeurs de l'usage de SPA en milieu professionnel), avec un focus sur les étudiants, en particulier en santé.

Elle insistera sur l'impact des SPA sur les fonctions cognitives et exécutives individuelles qui diminuent l'efficience au travail et qui perturbent les relations au travail.

Question n°2 : Quels sont les responsabilités juridiques des différents acteurs en termes de partage d'information, dépistage et traçabilité ?

Question n°3 : Comment les Services de prévention et de Santé au travail vont-ils accompagner les travailleurs en termes de : repérage, prise en charge, orientation et coordination entre acteurs de prévention, d'accompagnement et de soins ?

Question n°4 : Quelles seront les approches de la prévention collective en entreprise en tenant compte des nouvelles conditions et organisation du travail ?

Populations concernées

Travailleurs concernés : tout travailleur concerné par l'usage de SPA, quelle que soit sa catégorie socio-professionnelle et le régime auquel il appartient (Régime général, Régime agricole, Fonctions publiques). Les employeurs, travailleurs indépendants, apprentis ou travailleurs en formation professionnelle font également partie des personnes ciblées par ces recommandations.

Professionnels concernés

Ces recommandations visent les équipes pluridisciplinaires des services de prévention et de santé au travail (ou services de médecine de prévention)

1. Quelles sont les substances psychoactives consommées par les personnes exerçant une activité professionnelle ?

Cette question est organisée en 3 chapitres :

- Chapitre 1 : données épidémiologiques et niveaux de consommation en population active
- Chapitre 2 : caractéristiques des différentes substances psychoactives, risques sur le milieu professionnel et détection
- Chapitre 3 : interrelation entre substances psychoactives et milieu professionnel

1.1. Données épidémiologiques et niveaux de consommation en population active

Les pratiques addictives relèvent d'un modèle complexe où les facteurs environnementaux, dont le travail, jouent un rôle important. En 2015, une synthèse de la revue de la littérature apportait déjà des éléments à propos des niveaux de consommation de substances psychoactives (SPA), des facteurs susceptibles de les favoriser et de leurs conséquences en milieu professionnel (1).

Les données de consommation sont régulièrement estimées à l'échelle nationale par plusieurs enquêtes, en particulier par les Baromètres de Santé publique France (enquêtes téléphoniques sur échantillon aléatoire en population générale des 18-75 ans depuis 2017 et des 15-75 ans avant), la cohorte épidémiologique CONSTANCES de l'INSERM (échantillon représentatif de la population générale française de 200 000 adultes de 18 à 69 ans volontaires fréquentant les centres d'examen de santé de la Sécurité sociale) et l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense auprès des jeunes de 17 ans) réalisée par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) depuis les années 2000 (2, 3, 4). Celles-ci permettent d'analyser les conduites addictives en population générale (mineurs et adultes) et dans la population active française. Les dernières données du Baromètre de Santé publique France en termes de niveaux de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis utilisées dans ce chapitre sont issues de l'enquête 2021 et de l'enquête 2017 pour les autres substances illicites (2). Elles apportent des informations sur les niveaux de consommation en population générale et selon le secteur d'activité. La cohorte CONSTANCES précise les consommations de tabac, alcool, cannabis et médicaments psychotropes anxiolytiques de la population active en emploi (3).

A noter que le terme « alcool » est utilisé dans ce document en lieu et place du mot « éthanol ».

En France, les principales substances consommées sont l'alcool, le tabac et le cannabis en population générale comme en population active. Si la prise de médicaments psychotropes relève dans la grande majorité des cas de pratiques thérapeutiques, leur mésusage doit faire l'objet d'une vigilance particulière. Ceci ne doit pas faire oublier les usages de psychostimulants comme la cocaïne dont la prévalence d'usage est limitée mais augmente depuis plusieurs années, de l'héroïne, ainsi que des substances émergentes (5).

La polyconsommation est très répandue et concerne de nombreuses substances, même si en pratique, les études sont souvent limitées à la consommation d'alcool, de tabac et/ou de cannabis. Dans

le Baromètre de Santé publique France (population adulte) comme dans l'enquête ESCAPAD de l'OFDT (jeunes de 17 ans), la polyconsommation est définie comme la consommation dans le mois d'au moins deux des trois produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis : il ne s'agit pas nécessairement d'usages concomitants. Si la principale polyconsommation concerne l'alcool et le tabac (tant pour les adultes que les jeunes de 17 ans), elle peut impliquer d'autres substances comme le cannabis, les opiacés ou les médicaments psychotropes de type benzodiazépines (4). La consommation de tabac et de cannabis augmente proportionnellement à la consommation d'alcool chez les 18-35 ans (2, 9).

Les substances psychoactives consommées et les usages varient en fonction du sexe, de l'âge et des catégories socio-professionnelles. Des disparités apparaissent assez tôt et sont aussi liées au statut scolaire. Ainsi, bien que chez les jeunes de 17 ans tous les niveaux d'usage ont baissé entre 2017 et 2022 pour l'alcool, le tabac et le cannabis selon l'enquête ESCAPAD, cette baisse est moins importante pour les apprentis et les fréquences de consommation sont plus élevées dans cette catégorie par rapport aux élèves scolarisés dans le secondaire (4).

Selon l'enquête CONSTANCES, parmi les personnes en emploi, la tranche d'âge 18-35 ans consomme davantage de tabac, de cannabis plus d'une fois par semaine et est la plus concernée par un usage dangereux d'alcool (score>7 au questionnaire AUDIT [Alcohol use disorders test]). En revanche, le mésusage des médicaments psychotropes anxiolytiques est plus fréquent dans les catégories d'âge les plus élevées (3). Être un actif occupé semble protecteur vis-à-vis de nombreux déterminants de santé dont la consommation de SPA. Selon la cohorte CONSTANCES, les hommes et les femmes inactifs présentent deux fois plus de risque d'addiction à l'alcool. A l'inverse, l'usage d'alcool, de tabac ou de cannabis est associé à des risques augmentés de perte d'emploi à court terme pouvant persister jusqu'à 3 ans après l'évaluation des consommations (3). Certaines situations professionnelles peuvent accentuer des comportements de consommation de produits. Ainsi, en 2010 selon le Baromètre Santé, un tiers des fumeurs de tabac réguliers, 9 % des consommateurs d'alcool et 13 % des consommateurs de cannabis déclaraient avoir augmenté leurs consommations au cours des 12 derniers mois à cause de problèmes liés à leur situation professionnelle (1). Les facteurs professionnels facilitant les conduites addictives sont précisés dans le troisième chapitre de la question 1.

Même si tous les secteurs professionnels sont concernés, il existe des disparités d'usage selon les domaines d'activités. Certains secteurs d'activités (agriculture, construction et activités immobilières, transport, hébergement et restauration, arts et spectacles) ainsi que les métiers en relation avec le public ont une consommation déclarée de substances psychoactives globalement plus élevée que la moyenne (2, 3).

Selon les chiffres clés 2025 présentés par l'OFDT, la consommation de tabac et d'alcool sont en baisse ce qui contraste avec un coût social élevé, l'usage de cocaïne dans l'année concerne désormais plus d'un million de Français et le cannabis demeure la drogue illégale la plus consommée avec 900 000 usagers quotidiens. A l'exception de l'héroïne, tous les indicateurs témoignent d'une augmentation de l'offre de drogues illicites qui s'accompagne d'une concentration accrue en principe actif et d'une diversification des produits (237).

Il existe à ce jour peu d'études de cohorte sur la consommation des dopants cognitifs chez les étudiants et les travailleurs (voir Chapitre 1.1.1.2).

1.1.1. L'alcool

L'alcool est la première substance consommée en France, suivi du tabac : 87 % des 18-75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année en 2017, environ 10 % en consomment quotidiennement. La France compte 42,8 millions de consommateurs actuels avec des profils de consommation différents.

Selon l'OFDT (https://www.ofdt.fr/communique-de-presse/la-consommation-d-alcool-et-ses-consequences-en-france-en-2023-2439), l'année 2023 marque, une fois de plus, une baisse de la plupart des indicateurs liés à la vente et à l'usage d'alcool en lien avec un recul des ventes de vins (- 4,2% entre 2022 et 2023). Les ventes de bière sont par contre en hausse continue depuis 2018 et dépassent désormais un quart des volumes d'alcool mais en vente. La consommation d'alcool baisse autant chez les jeunes que chez les adultes, qu'il s'agisse d'usage dans l'année, hebdomadaire ou quotidien :

- chez les adultes, la diminution la plus marquée concerne la consommation quotidienne (− 13 % entre 2021 et 2023). On constate également une baisse significative (− 7,5 % par rapport à 2022) du nombre de personnes tuées dans des accidents mortels avec un conducteur ayant une alcoolémie positive ;
- chez les adolescents de 17 ans, la baisse de consommation est encore plus prononcée entre 2017 et 2022, avec un usage quotidien qui a diminué de 31 %, et un usage dans le mois qui a diminué de 14 %. Quant aux alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles, bien que toujours notables et touchant près d'un tiers des jeunes, elles sont également en diminution (−16,8 % par rapport à 2017).
- La consommation est moins souvent quotidienne et plus souvent marquée par des comportements d'alcoolisation intensive ponctuelle, tandis que les préférences de consommation sont de plus en plus souvent tournées vers les bières et moins souvent vers le vin.

Bien que la consommation d'alcool se révèle répandue en France, les modes de consommation d'alcool peuvent être très variables, ce qui nécessite plusieurs indicateurs pour la décrire comme l'usage dans la vie ou l'année, la fréquence de la consommation quotidienne, des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API, définie par au moins 6 verres standard chez les adultes en une même occasion et par au moins 5 verres standard chez les mineurs) et des épisodes d'ivresse (6). Le binge-drinking est un terme anglo-saxon qui pourrait se traduire par une alcoolisation ponctuelle importante dans un temps très court, avec recherche d'ivresse, connu également sous le terme « d'intoxication alcoolique aiguë » ou « alcoolisation massive » (2).

Toute consommation d'alcool comporte des risques plus ou moins sévères pour la santé qui sont accentués en fonction des modes de consommation. Le risque Alcool est amplifié pour la femme : à même quantité consommée, le risque de morbi-mortalité liée à l'alcool est plus élevée chez les femmes, avec une toxicité plus forte et plus précoce par rapport aux hommes (235). Il existe plusieurs façons de mesurer les risques pris par les consommateurs d'alcool : en identifiant les buveurs qui dépassent les repères de consommation à moindre risque (plus de 2 verres d'alcool par jour et/ou plus de 5 jours de consommation par semaine et/ou plus de 10 verres par semaine) ou l'utilisation de certains questionnaires. Le questionnaire (acronyme de « Alcohol Use Disorders Test ») développé par l'OMS permet de distinguer différents niveaux de risques de mésusage dont la dépendance. Il comporte 10 questions et 3 dans sa version courte dite Audit-C.

Les niveaux et les modes de consommations d'alcool diffèrent en fonction du sexe et de l'âge (7).

D'une part, les hommes sont plus consommateurs que les femmes et l'écart est d'autant plus marqué que la fréquence de consommation augmente. La consommation quotidienne d'alcool était rapportée pour 10,0 % des 18-75 ans, et concernait 15,2 % des hommes et 5,1 % des femmes en 2017. Les prévalences des alcoolisations ponctuelles importantes dans l'année (au moins une API au cours des 12 derniers mois) étaient de 35,2 % : 49,6 % parmi les hommes et 21,4 % parmi les femmes (7).

D'autre part, les modes de consommation d'alcool variaient fortement avec l'âge. En 2017, les jeunes adultes consommaient moins souvent de l'alcool mais, lorsqu'ils le faisaient, ils consommaient des quantités plus importantes que les plus âgés. Ainsi, si la part de personnes ayant bu de l'alcool au cours des douze derniers mois fluctuait relativement peu selon les classes d'âge, la part de celles déclarant au moins une API était de 54,1 % parmi les 18-24 ans puis décroissait régulièrement avec l'âge, atteignant 19,7 % parmi les 65-75 ans. A l'inverse, ces derniers étaient 26,0 % à déclarer une consommation quotidienne d'alcool contre 2,3 % des 18-24 ans. Ces différences selon l'âge s'observent aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes (7).

Selon le Baromètre de Santé publique France 2021, plus d'un adulte français sur cinq (22 %) dépasse dans l'hexagone les repères de consommation d'alcool à moindre risque. Cette proportion a récemment significativement diminué (23,7 % en 2020 à 22 % en 2021). Cette diminution s'opère principalement parmi les hommes : les plus jeunes (18 à 24 ans), les plus âgés (65 à 75 ans) et les plus favorisés en termes de diplômes et de revenus (8).

Concernant la catégorie des 18-35 ans en population active occupée (cohorte CONSTANCES), les hommes sont également plus exposés aux consommations à risque. Les API sont surreprésentées dans cette tranche d'âge des 18-35 ans (11,4 % des hommes vs 5,1 % des femmes déclaraient une API au moins une fois par mois en 2017).

Chez les adolescents comme chez les jeunes adultes, la consommation d'alcool chez les femmes a augmenté au cours des dernières années et le *sex ratio* a diminué en conséquence, ce qui est concordant avec les résultats d'études menées dans d'autres pays industrialisés. Dans ce groupe d'âge, les jeunes actifs comme les étudiants semblent particulièrement à risque de fortes consommations d'alcool type API (6).

D'après CONSTANCES, les autres classes d'âge sont également concernées par des consommations qui comportent des risques. Si les générations plus âgées sont davantage exposées à une consommation chronique excessive (au moins 2 verres par jour), les hommes et femmes de 35 ans et plus connaissent néanmoins des alcoolisations ponctuelles importantes (16 % vs 6,4 %) (2, 9).

Il existe par exemple une forte proportion de consommation à risque d'alcool chez les personnes de plus de 50 ans : 69 % des 55-64 ans consomment plus de 2 verres d'alcool par jour, et respectivement 80 % d'entre eux consomment de l'alcool plus de 5 jours par semaine. Au total, respectivement 13 % des femmes et 35 % des hommes dans ce groupe d'âge dépassent les repères de consommation à moindre risque (6).

La situation professionnelle est associée à des comportements plus ou moins à risque et il n'y a pas d'effet protecteur de la catégorie socioprofessionnelle par rapport à la consommation à risque d'alcool (2). Toutes sont concernées y compris les plus favorisées comme l'illustrent la consommation des cadres parmi lesquels 19 % des hommes et 12 % des femmes ont un usage à risque d'alcool. A l'inverse, les femmes cadres sont plus exposées aux consommations dangereuses d'alcool (10,7 %) que les catégories « ouvrières/artisans, employées et professions intermédiaires » (<7,7 %). S'agissant des hommes, ce sont au contraire les catégories « ouvrier et employé » qui sont les plus concernées (22,5 % vs 16,5 %) par un usage dangereux ou à risque d'alcool (3). Selon

l'enquête ESCAPAD 2022, les apprentis sont 3 fois plus nombreux à être usagers réguliers d'alcool que les élèves en filières générales (18,2 % contre 5,9 %) (4).

Les secteurs d'activité où la part d'usagers à risque est la plus élevée sont l'industrie, le commerce, les services à la personne et l'éducation (2, 9). Dans les données du Baromètre, les fréquences d'usage quotidien d'alcool et API mensuelles sont plus élevées chez les hommes dans les secteurs de l'agriculture, de la construction, de l'immobilier et des arts et spectacles.

1.1.2. Le tabac

Le tabac est la deuxième substance consommée en France. Après une diminution inédite de 2016 à 2019, la tendance semble être à la stagnation. En 2021, la prévalence du tabagisme parmi les 18-75 ans est de 31,9 % et plus d'un quart des Français (25,3 %) fume quotidiennement (vs 24 % en 2019). Une baisse récente du tabagisme quotidien spécifiquement parmi les hommes de 18 à 24 ans est observée. Cela entre en cohérence avec une tendance à la baisse du tabagisme observée chez les adolescents depuis plusieurs années. La prévalence du tabagisme diminue avec l'âge alors que l'intensité a tendance à augmenter (33 % des hommes âgés de 50 ans et plus fument au moins 20 cigarettes par jour vs 15 % des 18-35 ans). En population active, les 18-35 ans sont les plus nombreux à fumer, selon les chiffres rapportés par l'étude de cohorte CONSTANCES (37,7 % des hommes et 31,6 % des femmes) (3).

Les inégalités sociales en matière de tabagisme sont marquées. La prévalence du tabagisme quotidien est en 2021 nettement plus élevée lorsque le niveau de diplôme est plus faible : elle varie de 32,0 % parmi les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat à 17,1 % parmi les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat. Plus le revenu est élevé, plus la prévalence du tabagisme quotidien est faible (17 % vs 32,3 %). Les ouvriers (40,9 %) et employés (37,2 %) sont les plus concernés (vs 16,7 % des cadres et 15,8 % des professions intellectuelles supérieures) par le tabagisme. Parmi les 18-64 ans, la prévalence du tabagisme quotidien reste nettement plus élevée parmi les personnes au chômage (45,7 %), que parmi les actifs occupés (26,6 %).

En termes d'évolution, on note une augmentation du tabagisme quotidien parmi les moins diplômés (29,0 % en 2019 contre 32,0% en 2021) et les femmes (20,7 % en 2019 contre 23,0 % en 2021) (10), confirmant la diminution de la disparité homme/femme observée dans l'enquête CONSTANCES.

Les inégalités apparaissent assez tôt et des différences sont observées en fonction de la situation scolaire comme l'illustrent les chiffres du tabagisme quotidien à 17 ans en 2022 : 10 % des élèves scolarisés en lycée général et technologique fument quotidiennement, contre 22 % des élèves de lycées professionnels et 38 % des apprentis.

Le Baromètre de Santé publique France 2017 révélait que les secteurs professionnels qui fumaient le plus étaient le secteur de la construction, de l'hébergement/restauration et l'immobilier (2).

La cigarette électronique est utilisée quotidiennement par 8,3 % de la population des 18 à 75 ans. Parmi les vapoteurs quotidiens, 40 % consomment également du tabac de manière quotidienne en 2023.

1.1.3. Le cannabis

En 2021, selon le Baromètre Santé Publique France (2), le cannabis demeure en France de très loin la substance illicite la plus consommée, aussi bien chez les adolescents qu'en population adulte,

avec au total 18 millions de personnes à l'avoir déjà essayé, dont un peu moins de la moitié des adultes (47,3 % des individus âgés de 18 à 64 ans).

Entre 2017 et 2020, la consommation du cannabis s'est stabilisée (45 % de la population française âgée de 18 à 64 ans déclare avoir consommé du cannabis en 2017).

En 2020, la proportion d'usagers actuels (dans l'année) atteint 1 % parmi les adultes (soit un adulte sur dix). La part des usagers actuels, c'est-à-dire ayant consommé au moins une fois au cours de l'année, est stable depuis 2017, se maintenant à un niveau élevé (10,6 % en 2021), quelles que soient la tranche d'âge et la fréquence d'usage. La part des usagers réguliers (au moins 10 fois dans le mois) apparaît en léger recul, passant de 3,6 % en 2017 à 3,2 % en 2020.

Les usages au cours du dernier mois, qu'il s'agisse d'un usage régulier correspondant à un usage plusieurs fois par semaine (3,0 %) ou quotidien (1,7 %), sont en baisse, diminution essentiellement portée par les plus jeunes (18-34 ans).

En 2023, la part des expérimentateurs de cannabis a continué d'augmenter et concerne désormais plus de la moitié de la population française âgée de 18 à 64 ans. En revanche, les autres indicateurs d'usage de cannabis relatifs à une consommation actuelle n'ont pas augmenté entre 2017 et 2023 à l'exception de ceux concernant les adultes les plus âgés (55-64 ans). Aujourd'hui, les usages de cannabis restent le fait des jeunes générations (plus de 30 % des adolescents âgés de 17 ans en avaient déjà consommé en 2022) (13).

Parmi les usagers de l'année adultes en 2017, selon le Baromètre de Santé publique France, la proportion de ceux qui présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis (au sens du Cannabis Abuse Screening Test, CAST) est de 25 %, soit 2,3 % de la population française âgée de 18 à 64 ans en 2017 (2).

La consommation de cannabis demeure majoritairement masculine. Le cannabis est consommé au moins une fois par semaine par 8 % d'hommes et 4 % de femmes en 2020. En revanche, l'évolution de l'usage de cannabis dans la population adulte révèle un double mouvement : d'une part, une augmentation de la part des femmes qui ont déjà consommé du cannabis ; d'autre part, un vieillissement, en moyenne, des usagers qui sont de plus en plus souvent des trentenaires et des quadragénaires (12).

L'OFDT publie les résultats de l'enquête **Nouveaux visages des usagers réguliers de cannabis** (Novurc) (229) https://www.ofdt.fr/communique-de-presse/le-cannabis-au-quotidien-pratiques-profils-et-parcours-2442. Cette enquête sociologique, menée par entretiens entre 2022 et 2024, confirme que "les adultes qui consomment régulièrement du cannabis ne forment pas un groupe homogène : appartenant à des milieux sociaux très divers, leurs situations diffèrent fortement en termes de parcours et de styles de vie, de pratiques et de modes de consommation, mais aussi d'état de santé, notamment de santé mentale. Trois parcours typiques semblent se dégager : le premier se singularise par une consommation modérée de cannabis et « maîtrisée » dans les temps, souvent intégrée à des routines de fin de journée ; le deuxième est caractérisé par une consommation importante et prolongée de cannabis, parfois accompagnée d'une consommation régulière d'alcool ; enfin, un troisième parcours-type regroupe des trajectoires marquées par l'usage de multiples substances, où le cannabis, après une période d'usage problématique d'autres produits (comme l'alcool ou d'autres drogues illicites), devient un recours pour s'en distancier".

Comme pour les autres produits psychoactifs (sauf pour les médicaments psychotropes anxiolytiques) en population active occupée, les 18-35 ans sont les plus concernés par l'usage de cannabis plus d'une fois par semaine (Hommes : 14 %, femmes : 7 %). Les employés sont les plus nombreux à consommer plus d'une fois par semaine tant chez les hommes (12 %) que chez les femmes (6 %).

Cependant, si l'on s'intéresse aux consommations de cannabis plus faibles (moins d'une fois par semaine), les cadres et les ouvriers sont aussi bien représentés (3).

Toutes les catégories socio-professionnelles sont concernées par la consommation de cannabis. Le niveau de revenu n'apparaît pas associé à l'usage de cannabis, contrairement à la situation professionnelle qui révèle que les étudiants et les actifs sans emploi sont plus souvent consommateurs. Les étudiants (moyenne d'âge 21 ans), sont ainsi 25,1 % à avoir consommé du cannabis dans l'année, devançant les chômeurs, les actifs occupés ainsi que les retraités et autres inactifs respectivement 20,3 %, 9,3 % et 4,2 % (12).

CBD : une consommation en augmentation

L'offre de CBD connait en France un essor depuis 2018 à travers l'ouverture de nombreux magasins présentant volontiers cette molécule sous le terme de cannabis « bien-être ». Une enquête menée en 2022 par Santé Publique France indique que 16,4% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé du CBD au moins une fois au cours de leur vie et 10,0% déclarent en avoir consommé dans les 12 derniers mois (71, 81).

Ces chiffres témoignent de la diffusion significative et rapide du CBD en France, au regard de sa disponibilité pour le grand public. Le niveau de consommation dans l'année de CBD parmi les adultes atteint ainsi celui du cannabis (10,6 % en 2021 parmi les 18-65 ans). C'est parmi les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans que l'expérimentation (27,6 %) et la consommation dans l'année de CBD est la plus fréquente (17,5 %). Les hommes sont plus nombreux à avoir expérimenté le CBD (18,5 % vs 14,5 % chez les femmes). Les jeunes consomment généralement le CBD en le fumant (80 % parmi les consommateurs de 18-24 ans), les moins jeunes l'utilisent plutôt par voie orale (près des deux tiers des 55-75 ans).

L'OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) est à la fois un dispositif de pharmacosurveillance et une enquête transversale, annuelle et nationale auprès de structures spécialisées dans la prise en charge des addictions (Réseau français d'addictovigilance). Elle décrit une augmentation importante de la consommation en 2021(80). Le nombre de consommateurs de CBD a été multiplié par 30 en 5 ans avec une utilisation dans des contextes variés : antalgie, détente, sevrage en tétrahydrocannabinol (THC). En 2021, les consommateurs de CBD (n=60) ont un âge moyen de 40 ans et 83 % sont des hommes. Parmi eux, 41 % (n=24) exercent une activité professionnelle, 5 % (n=34) ont des revenus réguliers et 80 % (n=48) un logement stable. Le CBD est majoritairement fumé (92 %). Plusieurs sujets évoquent une dépendance : 39 % ont augmenté les doses dans les 6 derniers mois et 7% présentent une souffrance à l'arrêt. Neuf sujets sur 60 déclarent avoir une dépendance. Dix sujets le consomment avec de l'alcool et on note 83 % (n=49) de polyconsommation. Parmi les produits associés, 65 % des sujets (n=39) sont sous traitement de substitution aux opiacés (méthadone ou buprénorphine). Dix sujets consomment également des benzodiazépines, sept ont recours à des antipsychotiques, six à des antidépresseurs, quatre à des antalgiques opiacés et deux à de la kétamine. Vingt-cinq pour cent consomment également du cannabis, 7% de la cocaïne, 5% de l'héroïne et 3% des drogues de synthèse (LSD, chimique et 3-MMC).

Cannabinoïdes de synthèse

Les cannabinoïdes de synthèse représentent une des familles de nouveaux produits de synthèse les plus connues. Il s'agit de substances chimiques qui, à la différence du cannabis, ne sont pas issus d'une plante et ne contiennent donc pas de THC. Leurs effets sont détaillés dans la deuxième partie de ce chapitre.

Les données disponibles en population générale de 2017 font état d'un taux de 1,3 % d'expérimentation chez les 18-64 ans : niveau similaire à celui de l'héroïne (2). Le phénomène de vente de cannabinoïdes de synthèse en e-liquide pour cigarette électronique d'abord observé en région bretonne, à partir de 2020, a continué de s'amplifier et concerne maintenant également des grandes villes du sud, comme Marseille ou Bordeaux et des régions plus rurales comme la Normandie. Les faits se répètent dans des localités variées, montrant une installation de la revente de cannabinoïdes de synthèse dans des recharges de e-liquides.

Elles sont présentées comme contenant du CBD, seules ou associées à des drogues connues (cocaïne, MDMA, ...), ou bien sous des noms fantaisistes, notamment « PTC » pour « Pète ton crâne ». Les cannabinoïdes de synthèse sont parfois mélangés avec du cannabis dans les barrettes de résine à l'insu des usagers (14).

Les résultats du dispositif SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances) publiés par l'OFDT rapportent en 2023, l'émergence de divers produits contenant du cannabis, parmi lesquels certains sont très concentrés ou comestibles et peuvent provoquer des intoxications aigues. L'analyse des e-liquides révèle une grande variété de cannabinoïdes de synthèse, consommés par des utilisateurs très jeunes (230).

1.1.4. Les stimulants

Selon le Baromètre de Santé publique France (2), il s'agit de la classe de SPA illicites la plus consommée en Europe et en France après le cannabis, et son usage est de moins en moins rare en France.

En 2017, selon le Baromètre de Santé publique France, la cocaïne est le stimulant qui a été le plus consommé parmi les 18-64 ans, avec 5,6 % de personnes l'ayant déjà expérimenté au cours de leur vie suivi par la MDMA/ecstasy avec 5,0 %. Les autres stimulants occupent une place plus réduite (2,2 % pour les amphétamines).

La consommation au cours des 12 derniers mois concerne 1,6 % de la population pour la cocaïne qui est en nette progression depuis deux décennies, 1,0 % pour la MDMA/ecstasy et 0,3 % pour les amphétamines (2).

L'enquête EROPP confirme que l'expérimentation et l'utilisation de stimulants, notamment de cocaïne, se sont fortement accrus entre 2017 et 2023 (avec un usage dans l'année passant de 1,6 % à 2,7 % pour la cocaïne et de 1 % à 1,8 % pour la MDMA/ecstasy) (13).

La cocaïne

Parmi les adultes, la part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par 3 en près de 20 ans (5,6 % en 2017 vs 9,4 % en 2023) et le nombre d'usagers dans l'année n'a cessé de progresser (1,6 % en 2017 vs 2,3 % en 2023).

En 2017, en France, la majorité des usagers de cocaïne, soit 2,1 millions de personnes (5,6 %), consomme "à titre expérimental" (estimations sur les 11-75 ans) (2).

Toujours selon le Baromètre santé 2017, l'usage de cocaïne au cours de l'année continue d'augmenter significativement atteignant 600 000 personnes (400 000 en 2010). C'est la deuxième drogue illicite la plus consommée, loin derrière le cannabis (5 millions d'usagers, soit huit fois plus) mais devant le MDMA/ ecstasy (400 000) (2).

La consommation de cocaïne concerne au premier chef les jeunes adultes, surtout les 18-34 ans (2,8 % pour les 18-25 ans et 3,4 % pour les 26-34 ans), avec une initiation aujourd'hui plus courante au-delà de 25 ans (8,4 % chez les 26-44 ans).

Les occasions de consommation initialement en lien avec la fête semblent devenir plus courantes (en semaine lors de l'apéritif par exemple). Parallèlement, le recours aux soins dans les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) en raison de la consommation de ce produit augmente (10 % en 2015 vs 18 % en 2019). La fréquence des polyconsommations est élevée parmi les usagers de cocaïne. La consommation de cocaïne s'inscrit ainsi fréquemment dans un contexte associant d'autres substances psychoactives, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis.

L'usage comme l'expérimentation concerne 2 à 3 hommes pour une femme. Si la diffusion de la cocaïne continue de concerner plus largement les hommes, quel que soit le niveau de diplôme (comme pour les autres drogues illicites), elle concerne, parmi les femmes, les plus diplômées. Aussi, parmi les femmes, les cadres et les professions intellectuelles supérieures ont une proportion plus élevée d'expérimentatrices de cocaïne (5,3 % vs 3,2 % de femmes en moyenne) (2).

La consommation de cocaïne concerne tous les groupes professionnels, notamment les professions intermédiaires (6,2 % d'expérimentateurs en 2017 et 2,0 % d'usage dans l'année), les employés (respectivement 3,9 % et 1,1 %) et les ouvriers (respectivement 6,2 % et 1,8 %). Contrairement aux années 2000, plus aucun secteur d'activité ne se distingue par une proportion significativement inférieure à la moyenne (2).

La diffusion de cocaïne reste toutefois plus répandue dans certains secteurs d'activité : hébergement et restauration (près d'un expérimentateur sur dix dans ce groupe professionnel, soit trois fois plus que la moyenne, avec 16 % d'expérimentateurs parmi les hommes et 7 % parmi les femmes) ; arts, spectacles et services récréatifs (18 % d'expérimentateurs, jusqu'à 26 % parmi les hommes et 8,5 % parmi les femmes) ; information et communication (9,7 % d'expérimentateurs, 11 % des hommes et 7 % des femmes). La consommation de cocaïne dans certains milieux spécifiques est mieux connue du fait d'études ciblées, comme le secteur des marins pêcheurs (23). Les consommations de substances psychoactives chez les marins français sont supérieures à celles observées chez les actifs d'autres secteurs d'activité : une étude de 2013 utilisée dans la campagne « Pas d'ça à bord ! » rapportait ainsi que les marins de moins de 35 ans étaient positifs à 46 % pour le cannabis et 8 % pour la cocaïne. L'usage de cocaïne présente ainsi la singularité d'être fortement corrélé à l'environnement professionnel avec différents motifs de consommation : plaisir, mais aussi performance et antalgie, avec des dimensions interdépendantes.

Mise au point sur le crack

Le recours au crack (cocaïne fumée), tout comme celui à la cocaïne injectée, apparaît comme un marqueur de précarité sociale par rapport à la consommation par voie nasale, associée aux usagers plus favorisés (14). Le produit, moins cher, a des effets plus rapides que la cocaïne sniffée. Les usagers sont plus stigmatisés que les consommateurs de cocaïne qui jouissent d'une image plus positive. Les niveaux d'usage du crack sont relativement faibles : l'expérimentation est de 0,7 % parmi les 18-64 ans en 2017 et l'usage au cours de l'année se situe à 0,2 % (14). Une hausse de la consommation est observée : chez les 15-64 ans, le nombre de consommateurs de crack/cocaïne basée entre 2010 et 2019 est passé de 12 800 à 42 800 (3).

1.1.5. Les médicaments psychotropes

Les médicaments psychotropes non opiacés regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale comme toute substance psychoactive :

- les anxiolytiques ou tranquillisants : les plus prescrits, notamment pour une durée longue, appartiennent à la famille des benzodiazépines, qui entraînent très rapidement une dépendance physique et induisent une tolérance ;

- les hypnotiques ou somnifères : beaucoup sont des benzodiazépines ;
- les antidépresseurs : ils donnent rarement lieu à un usage addictif ;
- les neuroleptiques ;
- les régulateurs de l'humeur (lithium notamment) principalement prescrit dans le trouble bipolaire ;
- les psychostimulants : méthylphénidate (RITALINE) et modafinil (MODIODAL) principalement prescrits dans les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'enfant.

La prise de ces médicaments ne relève pas, dans la grande majorité des cas, de pratiques addictives mais d'usages thérapeutiques. Toutefois, du fait des perturbations de la vigilance et des dépendances que certains entraînent, ces médicaments peuvent donner lieu à des usages problématiques ou à risques, notamment dans le cadre de l'activité professionnelle. Si certaines classes de médicaments psychotropes apparaissent peu détournées ou mésusées (antidépresseurs, neuroleptiques, lithium), d'autres le sont fréquemment (anxiolytiques et hypnotiques) (18).

En population générale adulte, les chiffres disponibles au niveau du Baromètre santé datent de 2014 : les médicaments psychotropes les plus consommés dans l'année étaient les anxiolytiques, suivis par les hypnotiques et les antidépresseurs.

Une étude Française en 2020 rapporte une prévalence de consommation de 14,2 % de benzodiazépines en population générale (24). Néanmoins, le niveau global de consommation des psychotropes est en baisse. Les consommations, plus exactement les remboursements d'anxiolytiques ont diminué de 6 % sur la période 2012-2017. La baisse est plus importante pour les remboursements d'hypnotiques (moins 28 %). Les remboursements sont nettement plus fréquents chez les femmes (26 % contre 16 % chez les hommes) et augmentent fortement avec l'âge, l'écart entre les sexes s'amplifiant avec le vieillissement.

Selon le Baromètre santé 2014 Santé Publique France[1] et concernant les hommes, ce sont les cadres qui en consomment le moins et les ouvriers ainsi que les employés qui en consomment le plus. Il est observé un usage plus important chez les femmes pouvant aller jusqu'à 30 % dans la catégorie « artisans, commerçants et chefs d'entreprise ».

Le mésusage d'anxiolytiques de type benzodiazépines correspond à une prescription continue supérieure à la durée maximale de 12 semaines. Selon la cohorte CONSTANCES, ce mésusage est 2 fois plus élevé chez les femmes (4,9 %) que chez les hommes (2,8 %). Sa fréquence augmente chez les femmes, avec l'âge, l'intensité du stress au travail et l'abaissement du niveau socio-économique. Les catégories socioprofessionnelles les plus concernées par le mésusage d'anxiolytiques sont les employées (56,3 %) et les ouvriers (34,6 %). La tranche d'âge la plus susceptible d'en faire un usage chronique concerne les 50 ans et plus (54,2 % de femmes et 58 % d'hommes). Les personnes présentant un état dépressif sont également davantage concernées (3, 19).

Des études observationnelles dans certains secteurs d'activité comme par exemple celui des soins ou des armées montrent des prévalences de consommation plus élevées.

1.1.6. Les antalgiques opioïdes

Près de dix millions de Français ont bénéficié d'une prescription d'antalgiques opioïdes en 2015, ces derniers étant moins consommés que les antalgiques non opioïdes. Le tramadol est l'antalgique opioïde le plus consommé avec une augmentation de 68 % entre 2006 et 2017. Cette augmentation

[1] https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2014

de la prescription de tramadol peut en partie être expliquée par l'arrêt de commercialisation du dextropropoxyphène et le report des prescriptions[2].

La prescription d'opioïdes forts a augmenté d'environ 150 % sur la même période. En 2017, si en France la morphine était toujours le premier antalgique opioïde de palier 3 utilisé, elle était suivie de près par l'oxycodone en forte augmentation (+738 % depuis 2006), à la fois en ville et à l'hôpital. Les consommateurs d'antalgiques opioïdes pour une affection de longue durée (ALD impliquant une douleur) sont majoritairement des femmes (environ 60 % en 2015).

Les enquêtes menées en France par les Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance montrent la persistance des cas de mésusage (abus, surdosages), de dépendance et de présentation d'ordonnances falsifiées pour le tramadol et la codéine. https://ansm.sante.fr/uploads/2022/11/10/20221110-resultat-enqueteosiap-2020. Afin de réduire ces risques, depuis 2017, tous les médicaments contenant de la codéine ont été soumis à une prescription médicale et en avril 2020, la durée maximale de prescription des médicaments contenant du tramadol a été réduite à 12 semaines (3 mois). L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a également sensibilisé à plusieurs reprises les prescripteurs sur la nécessité de prévenir et traiter les troubles liés à l'usage des antalgiques opioïdes. Si actuellement ces 2 principes actifs ne peuvent être dispensés que sur présentation d'une ordonnance, les risques de mésusage, de dépendance, d'abus et de surdosage qui leur sont associés restent importants. C'est pourquoi l'ANSM prend de nouvelles mesures. À compter du 1er décembre 2024, les médicaments contenant du tramadol ou de la codéine (incluant la dihydrocodéine) devront être prescrits sur une ordonnance sécurisée. Également, l'ANSM aligne la durée maximale de prescription de la codéine sur celle du tramadol : ces médicaments ne pourront pas être prescrits plus de 12 semaines (Décision du 24/09/2024 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants et fixant des durées de prescription (tramadol/codéine)). Environ 30 % des patients sous traitement au long cours d'opioïdes reçoivent également des prescriptions de benzodiazépines.

Il n'y a pas actuellement de données disponibles de leur usage selon le milieu professionnel.

Ces données confirment l'importance de sensibiliser et d'informer la population active sur les risques liés à l'usage inapproprié de médicaments psychotropes et d'antalgiques opioïdes.

1.2. Caractéristiques des différentes substances psychoactives, risques en milieu professionnel et détection

Ce deuxième chapitre présente les manifestations cliniques et les complications principales de l'alcool, du tabac, du cannabis ainsi que de la cocaïne mais également de certaines substances psychoactives émergentes (cannabidiol, cannabinoïdes de synthèse, protoxyde d'azote, stimulants cognitifs et méthylphénidate) dont l'usage est susceptible de concerner la population active et le milieu professionnel. Du fait de l'augmentation de la prévalence des consommations de ces substances psychoactives, il paraît nécessaire d'informer plus largement les professionnels de santé au travail et les usagers des caractéristiques de ces substances psychoactives afin de réduire les complications en matière de santé et de sécurité. Cette liste de substances n'est pas exhaustive. Sont abordés également des éléments en lien avec le dépistage biologique de ces substances.

[2] https://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioides-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france#:~:text=Le%20retrait%20du%20dextropropoxyphène%20en,68%20%25%20entre%202006%20et%202017.

1.2.1. L'alcool

Ces données font principalement référence à une synthèse sur le sujet de R. Moirand dans l'ouvrage Les addictions (25).

1.2.1.1. Classification

Il existe actuellement 3 classifications des niveaux de conduites de consommation d'alcool : le DSM-5, la CIM-11 et la synthèse réalisée par la Société française d'alcoologie (SFA) (112).

Concernant les consommations pathologiques, deux grilles diagnostiques sont disponibles à ce jour : le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders, 5th edition) émanant de l'American Psychiatric Association (APA) et la CIM-11 (Classification internationale des maladies, 11e révision) émanant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le DSM-5 définit le trouble de l'usage d'alcool (TUA) à partir de onze critères et la présence d'au moins 2 d'entre eux au cours d'une période de 12 mois. Il distingue des formes légères, modérées et sévères. Ainsi, le trouble de l'usage peut être d'intensité variable et avec ou sans dépendance.

Ces critères du DSM-5 sont d'autant plus intéressants qu'ils ont une valeur à la fois diagnostique, thérapeutique (cibles du traitement et éléments de suivi) et pronostique (rechutes). Ils facilitent le suivi sur la base de l'augmentation ou la réduction de leur nombre (166).

La CIM-11 définit deux diagnostics exclusifs l'un de l'autre, la consommation nocive d'alcool et la dépendance à l'alcool : le premier porte sur tous les patients ayant des conséquences négatives de la consommation d'alcool sans critères de dépendance ; le second porte sur les patients répondant aux critères de la dépendance, qu'ils aient ou non des conséquences négatives de leur consommation d'alcool.

Les critères diagnostiques du TUA et de la dépendance à l'alcool se recoupent très largement, la dépendance de la CIM correspondant au TUA d'intensité modérée à sévère

Par ailleurs, la SFA distingue l'usage à moindre risque de l'usage à risque à partir des repères de consommation définis en 2017 par un groupe d'experts sous l'égide de Santé publique France et en dessous desquels le risque est considéré comme acceptable eu égard au poids culturel et économique de l'alcool.

Un usage à moindre risque est défini par les repères suivants (Santé publique France) :

si vous consommez de l'alcool, pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie, il est recommandé de :

ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour,

avoir des jours dans la semaine sans consommation ;

Et pour chaque occasion de consommation, il est recommandé de :

réduire la quantité totale d'alcool que vous buvez à chaque occasion,

boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau,

éviter les lieux et les activités à risque,

s'assurer que vous avez des personnes que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité.

Un usage à risque correspond à des consommations qui dépassent les repères ou aux alcoolisations ponctuelles importantes, qui donc exposent à un risque considéré comme non acceptable, mais qui n'ont pas (encore) entraîné de conséquences nocives. La CIM-11 a introduit cette notion sous le terme « consommation dangereuse d'alcool ».

1.2.1.2. Circonstances devant faire évoquer un usage à risque et un trouble de l'usage d'alcool

Bien que non spécifiques, elles doivent d'autant plus, orienter vers un repérage d'usage à risque ou de troubles de l'usage d'alcool (TUA) :

hypertension artérielle ;

troubles digestifs :

- anorexie, amaigrissement,
- pituite matinale,
- vomissements matinaux,
- diarrhée chronique,
- reflux gastro-œsophagien ;

altération de l'état général ;

troubles cognitifs, en particulier plaintes mnésiques ;

plaintes psychiques :

- anxiété récente ou aggravative,
- dépression,
- troubles du sommeil ;

événements sociaux :

- difficultés familiales,
- difficultés au travail ;

absentéisme ;

chutes ou traumatismes répétés ;

passages aux urgences répétés ;

prise en charge d'un tabagisme ;

anomalies biologiques évocatrices sur un bilan biologique :

- augmentation des transaminases, de la γ-GT ;
- macrocytose ;
- hypertriglycéridémie ;
- thrombopénie ;
- augmentation des CDT.

1.2.1.3. Bilan biologique

Les marqueurs de consommation d'alcool ont un triple intérêt : intérêt diagnostique pour rattacher à la consommation d'alcool une pathologie, en particulier en cas de déni ; suivi (dépistage et aide à la verbalisation des rechutes) ; surtout, intérêt éducatif et motivationnel (112, 174). Ils ne sont pas recommandés pour le dépistage systématique, étant trop peu sensibles pour les marqueurs classiques, et pas disponibles en routine clinique pour les métabolites de l'alcool.

Leur normalité peut, à tort, rassurer le praticien dans son repérage et le conduire à ignorer un TUA.

Marqueurs classiques

Marqueur de référence disponible en routine, la carbohydrate deficient transferrin (CDT) (27) est très spécifique et se normalise en quelques semaines après arrêt de la consommation. Sa sensibilité est un peu améliorée par rapport à la gamma-glutamyl transpeptidase (γ-GT).

La gamma-glutamyl transpeptidase (γ-GT) (26) est une enzyme hépatique dont le dosage permet de mettre en évidence une atteinte hépatique, dont une des étiologies pourrait être la conséquence d'une consommation d'alcool. De sensibilité médiocre, elle dépiste la moitié des consommateurs excessifs et un peu plus de la moitié des consommateurs dépendants. La spécificité est mauvaise, les principaux faux positifs sont les hépatopathies métaboliques, et elle est élevée dans la plupart des maladies du foie. La γ-GT se normalise en 4 à 10 semaines après arrêt de la consommation.

Le volume globulaire moyen (VGM) (26) permet de mettre en évidence une anomalie globulaire dont une des causes peut être la consommation chronique d'alcool. C'est le marqueur le moins sensible (un tiers des patients) et il se normalise en 3 mois après arrêt de la consommation. Il y a peu de faux positifs (anémie carentielle en folates ou en vitamine B12, hypothyroïdie, hyperréticulocytose, certains médicaments).

Marqueurs directs

Alcoolémie (26) : la mesure du taux d'alcool dans le sang se fait sur prise de sang.

Il y a une bonne corrélation entre la concentration d'alcool dans l'air expiré et la concentration sanguine. Ainsi, l'alcoolémie peut être estimée par un dosage de l'alcool en mg/l dans l'air expiré (éthylotest ou alcootest, éthylomètre).

A jeun, 80 à 90 % de l'éthanol ingéré sont absorbés dans les 30 à 60 minutes. Après absorption, la distribution de l'éthanol se fait en quelques minutes (demi-vie de distribution : 7 à 8 mn) vers les organes très vascularisés comme le cerveau, les poumons et le foie. L'alcool est éliminé essentiellement par le foie (95%). Les 5% restants sont éliminés par les reins, la peau, les poumons et la salive.

Selon les recommandations australiennes, certaines données probantes soutiennent l'utilisation du dosage d'alcoolémie dans les professions où la sécurité est essentielle (174) comme discuté dans la question 4.

Métabolites de l'alcool

Il est maintenant possible de doser de façon fiable des métabolites directs de l'alcool. Les deux marqueurs les plus répandus sont l'éthylglucuronide (EtG) 26) et le phosphatidyléthanol (PEth) (28).

L'EtG urinaire a une fenêtre de détection d'une consommation d'alcool de quelques jours.

Le PEth dosé dans le sang total est extrêmement intéressant, car il est très spécifique (un taux supérieur à 20 µg/L signe qu'il y a eu présence d'éthanol dans le sang) et globalement proportionnel

à la consommation d'alcool des 3 à 4 dernières semaines, avec toutefois des variations individuelles. C'est le seul capable de détecter une consommation à risque modérée. Ce test est disponible en routine dans certains laboratoires.

Les marqueurs directs sont utiles pour repérer les consommations à risque dans certaines situations, notamment sur la route, mais ne permettent pas de connaitre les habitudes de consommation d'une personne et donc d'évaluer la présence d'un TUA.

En résumé :

- La CDT est le marqueur de référence disponible en routine, très spécifique, mais sa sensibilité reste insuffisante.
- La gamma-GT est un marqueur de l'effet de l'alcool sur le foie.
- Le phosphatidyléthanol, non disponible en routine, est le marqueur le plus sensible et le plus spécifique.

1.2.1.4. Dépendance physiologique et syndrome de sevrage

Syndrome de sevrage simple

Le syndrome de sevrage touche jusqu'à 50 % des patients ayant une consommation importante d'alcool, il n'est donc ni constant ni nécessaire au diagnostic de TUA, mais il expose à des complications graves, voire mortelles et doit donc être anticipé. Il est d'intensité limitée et sans complication chez 95 % des personnes alcoolo-dépendantes. Seul un petit nombre de patients (10 à 20 %) nécessite une prise en charge dans le cadre d'un sevrage thérapeutique devant idéalement s'inscrire dans un projet de soins (112).

Le sevrage apparaît quelques heures après la dernière consommation (donc typiquement quand le patient se lève ou peu de temps après) et disparaît avec la prise de quelques unités d'alcool.

Le tableau clinique est caractéristique avec des troubles :

- neurovégétatifs : tremblements, sueurs, tachycardie, hypertension artérielle ;
- psychiques : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
- digestifs : anorexie, nausées, vomissements.

Non traités et en l'absence de prise d'alcool, les symptômes s'amplifient et atteignent un maximum en 48 heures, puis régressent spontanément en quelques jours, mais avec un risque non négligeable d'évoluer vers un accident de sevrage. Sous traitement, les signes s'amendent en quelques jours.

Chez un patient ayant des antécédents de syndrome de sevrage, la reprise d'alcool après une phase d'abstinence s'accompagne habituellement très rapidement de la résurgence de signes de sevrage et d'une perte de contrôle rapide de la consommation.

Accidents de sevrage

Les accidents de sevrage sont représentés par des convulsions de sevrage et le *delirium tremens*.

Les crises d'épilepsie de sevrage sont généralisées, surviennent dans les 48 heures après l'arrêt de l'alcool et ont tendance à se répéter rapidement, nécessitant un traitement immédiat mais de courte durée.

Le *delirium tremens* peut être précédé d'une crise d'épilepsie. Il réalise habituellement un tableau clinique caractéristique avec un état confuso-onirique : désorientation temporo-spatiale, hallucina-

tions visuelles, à type de zoopsies ou autres, et hallucinations auditives avec des thèmes de persécution, intensément vécues, associées à des tremblements intenses et généralisés et une agitation importante liée à une angoisse intense avec risque de passage à l'acte hétéro- ou auto-agressif et troubles du comportement. Des sueurs profuses, une fièvre modérée, une tachycardie, de l'hypotension ou de l'hypertension artérielle peuvent être décrites [2].

Principales complications (25)

Intoxication éthylique aiguë (IEA)

Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'IEA se définit comme un état transitoire consécutif à la prise d'alcool, entraînant des perturbations physiologiques, psychologiques et comportementales. Il s'agit d'une ingestion, délibérée, aiguë, d'alcool éthylique dont la traduction clinique est l'ivresse (alcoolique). Il n'existe pas de seuil de quantité bue pour en définir le début ni la différencier d'alcoolisations socialement admises.

Elle évolue classiquement en trois phases :

- la phase d'excitation avec l'euphorie, le sentiment de toute-puissance et la désinhibition ;
- la phase d'ébriété ou ivresse avec une parole logorrhéique, hachée et bredouillante, la dysarthrie, la pensée embrouillée, l'injection des conjonctives, les troubles de l'équilibre par incoordination cérébelleuse, les vomissements ;
- la phase de dépression avec somnolence et endormissement.

Elle peut se compliquer d'un coma éthylique, calme, avec hypotension, hypotonie, hypothermie, qui se complique très rarement de dépression respiratoire ou d'inhalation fatale.

Il existe des formes cliniques appelées « ivresse pathologique » : excitomotrices avec risque hétéro- et auto-agressif, hallucinatoires, délirantes ou convulsivantes, souvent suivies d'une amnésie de ce qui s'est passé au plus haut de l'alcoolémie (« trou noir »).

Il existe une grande variabilité individuelle dans le lien entre alcoolémie et effets observables. Des effets sont mesurables dès 0,2 g/L, mais certaines personnes sont dans un coma profond à 3 g/L, alors que d'autres discutent quasiment normalement. La tolérance est augmentée chez les consommateurs à risque réguliers, mais il existe déjà une différence interindividuelle dès les premières consommations.

L'intoxication éthylique aigue est la principale cause des complications sociales de l'alcool, même en l'absence d'ivresse évidente, du fait des troubles du comportement qu'elle entraîne, et une cause de complications somatiques non négligeables, essentiellement des accidents et des conduites suicidaires.

Pathologies somatiques attribuables à l'alcool

La consommation d'alcool est un facteur de risque reconnu de nombreuses pathologies. Les principales sont listées ci-dessous :

Cancers

- facteur de risque fort :
  - cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage ;
  - carcinome hépatocellulaire.
- facteur de risque modéré :
  - cancer colorectal ;
  - cancer du sein.

Appareil digestif

- maladie du foie liée à l'alcool, pancréatite, reflux gastro-œsophagien, pathologie ulcéreuse gastroduodénale, diarrhée…

Appareil cardiovasculaire

- hypertension artérielle, troubles du rythme et mort subite, cardiomyopathie dilatée.

Système nerveux

- troubles cognitifs liés à l'alcool, syndrome de Korsakoff, démence alcoolique
- encéphalopathies carentielles et métaboliques : Gayet-Wernicke, Marchiafava-Bignami

Atrophie cérébelleuse

- hématome cérébral traumatique, hémorragie cérébroméningée (liée à l'hypertension artérielle) ;
- polyneuropathie sensitivomotrice, névrite optique rétrobulbaire ;
- crises convulsives de sevrage et épilepsie, délirium tremens.

Appareil locomoteur

- nécrose de la tête fémorale, ostéoporose, ostéomalacie ;
- fractures, traumatismes crâniens.

Atteintes hématologiques

- macrocytose, anémie, thrombopénie, leucopénie.

Complications métaboliques

- hypoglycémies, acidocétose alcoolique, intolérance au glucose ;
- dénutrition, risque de syndrome de renutrition inappropriée ;
- hypertriglycéridémie, hyperuricémie et goutte ;
- troubles ioniques : hypokaliémie (risque de trouble du rythme cardiaque), hyponatrémie (risque de syndrome de démyélinisation osmotique en cas de correction trop rapide).

Atteinte dermatologique

- aggravation d'un psoriasis, rhinophyma.

Complications psychiatriques

- trouble de l'humeur ou trouble anxieux provoqué par l'alcool ;
- trouble psychotique provoqué par l'alcool (pharmacopsychose) ;
- aggravation de troubles psychiatriques préexistants.
- conduites suicidaires

Complications sociales

Parmi les indices faisant suspecter un usage à risque ou un TUA, les indicateurs sociaux sont souvent les plus précoces : problèmes professionnels, problèmes financiers, situation conjugale, violence domestique, etc. (112)

Les complications sociales d'un TUA ne sont pas spécifiques à ce produit. Les complications aiguës sont représentées par l'agressivité, la sexualité non voulue et non protégée, les problèmes judiciaires (garde à vue pour ivresse publique manifeste, conduite en état d'alcoolisation, violences, vols, homicides).

La fréquence de ces conséquences augmente lorsqu'une consommation ponctuelle dépasse 60 g d'alcool (six verres standard) qui définit donc l'alcoolisation ponctuelle importante dans les études épidémiologiques.

Les complications chroniques concernent : les relations avec les proches, avec à la clé des séparations, un éloignement familial, un isolement croissant ; le retentissement sur les capacités à assurer un travail, avec des pertes d'emploi ; la dégradation financière ; la capacité à gérer ses affaires administratives ; les difficultés à assumer un logement, avec un risque de désocialisation qui peut être extrême.

1.2.2. Le tabac

1.2.2.1. Tabagisme

Effets recherchés

En France, le tabac est essentiellement consommé par voie inhalée (29), ce qui favorise les pics de nicotine.

Cet alcaloïde arrive dans les alvéoles, où il est très rapidement absorbé, puis traverse la barrière hémato-encéphalique en quelques secondes. La nicotine se fixe alors sur des récepteurs cholinergiques spécifiques situés sur les neurones dopaminergiques, adrénergiques et sérotoninergiques, entraînant notamment (30) :

- l'amélioration de l'éveil, de l'attention, du temps de réaction et des performances cognitives ;
- une diminution de l'appétit ;
- une régulation de l'humeur.

Les effets durent peu de temps, en raison d'une demi-vie d'élimination très rapide (environ 2 heures) (31).

Risques liés au tabagisme

Ce chapitre est volontairement centré sur les risques pour la santé, liés à la fumée de tabac. Néanmoins, les auteurs rappellent qu'en raison de la combustion nécessaire pour inhaler le tabac, un risque d'incendie et d'explosion peut exister.

Tabagisme actif

En France, en population générale, le tabagisme est responsable de 75 000 décès par an (32).

Le CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) a classé le tabagisme comme cancérogène certain (groupe 1) pour le développement des cancers du poumon, des voies ORL, du sinus paranasal, de l'œsophage, de l'estomac, du côlon, du rectum, du pancréas, du foie, du rein, de l'urètre, de la vessie, du col de l'utérus, des tumeurs mucineuses de l'ovaire et de la moëlle osseuse (leucémie myéloïde aiguë) (33).

Sur le plan respiratoire, Jayes L *et al ;* rapportent que les fumeurs ont 4 fois plus de risque de développer une BPCO que les non-fumeurs (RR = 4,01 ; IC 95 % [3,18 - 5,05]) (34). Le tabagisme augmente le risque de développer un asthme, ainsi que sa sévérité (35). Sur le plan infectieux, le risque de pneumonie communautaire est multiplié par 3 chez le fumeur consommant 20 cigarettes par jour.

Sur le plan cardio-vasculaire, le tabagisme est associé à une majoration de l'athérosclérose au niveau des artères coronaires, de l'aorte, des carotides, des artères à destinée cérébrales et des artères périphériques. L'usage du tabac augmente la mortalité coronarienne de 50 %. Le tabagisme

multiplie par 2 le risque d'accident vasculaire cérébral. Il est également impliqué dans l'atteinte vasculaire périphérique et la genèse de l'hypertension artérielle (31).

Enfin, un des risques du tabagisme est la dépendance (31). En effet, la rapidité d'action de la nicotine, sa concentration importante au niveau cérébral et sa demi-vie d'élimination très rapide (environ 2 heures) lui confèrent un pouvoir addictogène élevé.

Aux côtés de ces données de population générale, il existe des données plus spécifiques au monde du travail.

D'une part, la Société française de médecine du travail (devenue Société française de santé au travail), associée à d'autres sociétés savantes, montrent que le risque relatif de cancer broncho-pulmonaire est estimé entre 20 et 40 en cas d'exposition au radon chez un fumeur (36). Ce surrisque existe également en cas de co-exposition tabac - agents cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR). A titre d'exemple, en cas d'association tabac-arsenic, le risque relatif de cancer broncho-pulmonaire varie entre 50 et 150, en fonction du nombre de paquets-années. Pour mémoire, les articles R. 4451-58 et R. 4412-87 du Code du travail rendent obligatoires les actions d'information et de formation sur l'incidence du tabagisme chez les travailleurs exposés au radon ou aux agents CMR.

D'autre part, à travers une méta-analyse de 46 études anglo-saxonnes, Troelstra SA *et al.* en 2020 ont montré que le fait de fumer est significativement associé avec une augmentation des absences pour maladie (RR = 1,31 ; IC 95 % [1,24–1,39]) par rapport aux non-fumeurs (37).

Enfin, en France, en s'appuyant sur les résultats de la cohorte CONSTANCES, la Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) rapporte que les travailleurs fumeurs ont un risque de perte d'emploi à un an au moins multiplié par 1,5 par rapport aux non-fumeurs (3).

Tabagisme passif

Depuis 2007, la réglementation française interdit de fumer dans certains lieux à usage public, tels les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail, ainsi que les moyens de transport collectif (article R. 3512-2 du Code de la santé publique). Néanmoins, certains salariés restent parfois exposés aux fumées de tabac. C'est le cas notamment en cas de travail sur la terrasse d'un café ou d'un restaurant, ou en cas de travail au domicile d'un particulier.

Sur le plan respiratoire, chez l'adulte, l'exposition passive à la fumée de tabac entraîne une irritation des muqueuses. Underner M *et al*., à travers une revue de la littérature menée en 2015 ont montré que le tabagisme passif accroît de manière significative le risque de survenue d'asthme (38). A titre d'exemple, dans une étude portant sur 4 197 adultes non-fumeurs exposés de manière passive au tabac, l'odds-ratio de développer un asthme est égal à 1,43 (IC 95 % [1,03 – 2,0]). De même, dans une revue de la littérature publiée en 2018, Peiffer G *et al*. rapportent que le tabagisme passif est associé à une augmentation du risque de BPCO (RR = 1,44 ; IC 95 % [1,02—2,01]), de cancer du poumon (RR = 1,41 ; IC 95 % [1,21—1,65]), et d'infection pneumococcique invasive (OR = 2,5 ; IC 95 % [1,2 à 5,1]) (35).

Khoramdad *et al.* ont réalisé une méta-analyse afin d'étudier la relation entre l'exposition passive au tabac et la survenue de pathologies cardio-vasculaires (39). En s'appuyant sur 18 publications comportant 10 études de cohorte (2 313 935 sujets) et 8 études cas-témoins (10 672 sujets), les auteurs montrent que le tabagisme passif est significativement associé au risque de survenue d'une pathologie cardio-vasculaire (RR ajusté = 1,28 (IC 95 % [1,09 -1,50]) et au risque de décès (RRajusté = 1,12 (IC 95 % [1,06 -1,20]).

Enfin, les conséquences du tabagisme passif chez la femme enceinte ont fait l'objet d'un rapport d'experts du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) et de la SFT (Société française de tabacologie), publié en 2020 (40). Pour les auteurs, l'exposition passive à la fumée du tabac est associée à un risque accru de mort fœtale in utero, de malformations fœtales, de prématurité et de poids à la naissance inférieur à 2500 g (Niveau de preuve 2).

1.2.2.2. Vapotage

Par rapport aux fumeurs, l'exposition des vapoteurs aux substances potentiellement toxiques est plus faible (8). En particulier, l'aérosol émis par la cigarette électronique ne contient pas de monoxyde de carbone (CO) ou de goudrons. En 2015, pour l'Académie nationale de Médecine, « même s'il est difficile de quantifier précisément la toxicité à long terme de la cigarette électronique, celle-ci est à l'évidence infiniment moindre que celle de la cigarette traditionnelle » (41).

A l'heure actuelle, et dans l'attente d'études complémentaires quant aux risques liés au vapotage, il peut être intéressant de noter les éléments suivants :

- composition du e-liquide : en 2019, les États-Unis ont émis une alerte sanitaire face à l'hospitalisation de plus de 2 000 américains pour des lésions pulmonaires et au décès de 39 d'entre eux (42). L'achat, sur un marché parallèle, de e-liquides contenant des taux élevés de THC et d'acétate de vitamine E a été mis en cause. Il est donc recommandé d'être certain de la composition du liquide et de sa provenance ;
- température de chauffage du liquide : lorsqu'ils sont chauffés à des températures élevées, le polyéthylène-glycol et le glycérol se fragmentent pour former des aldéhydes tels que le formaldéhyde, l'acétaldéhyde et l'acroléine (43) ;
- état de la résistance : certains métaux contaminants (exemple : nickel, chrome, étain, aluminium) peuvent également se retrouver dans les aérosols à mesure que l'élément chauffant en métal se détériore (44) ;
- flacon et réservoir : une étude, menée de 2019 à 2020 auprès des 8 centres anti-poisons de France, a permis de recenser 919 cas d'exposition au liquide de vapotage, essentiellement par voie orale ou oculaire. Les circonstances portaient notamment sur la manipulation du flacon, le rangement du flacon avec des médicaments (collyres…), le flacon laissé à la disposition des enfants et la fuite au niveau du réservoir (45) ;
- batterie et chargeur de la batterie : une batterie en mauvais état ou l'utilisation d'un chargeur inadapté ont été à l'origine d'explosions, d'incendies ou de brûlures (46).

1.2.3. Le cannabis

Ces données sont extraites en partie d'une synthèse sur le sujet de D. Gorelick dans l'ouvrage Les addictions (25) et d'une une revue récente des données les plus probantes (224).

Le terme cannabis (quelquefois appelé marijuana) renvoie au plant de cannabis et à ses dérivés, y compris ses constituants chimiques.

Dans le monde, le cannabis est la quatrième substance psychoactive la plus utilisée après la caféine, l'alcool et le tabac.

1.2.3.1. Pharmacologie du cannabis et des dérivés cannabinoïdes

Données chimiques

La plante de cannabis contient plus de 120 composés dérivés de phytocannabinoïdes. Les plus étudiés sont les cannabinoïdes, et notamment le THC (Δ-9-tétrahydrocannabinol), le cannabidiol (CBD), le cannabinol, le cannabigérol et le cannabivarile.

La plupart des effets psychoactifs du cannabis (euphorie, sédation, analgésie) sont dus au THC.

La puissance du cannabis est mesurée en termes de contenu en THC. Ce dernier a augmenté depuis 20 ans, alors que les taux de CBD restent stables (47).

Le CBD n'est pas euphorisant. Il ne provoque pas d'excitation.

Données pharmacodynamiques

Le cannabidiol interagit avec le système endocannabinoïde qui est présent dans l'organisme à l'état normal. Il agit au moins sur deux récepteurs – les récepteurs au cannabinoïde de type 1 (CB1) et de type 2 (CB2) – et aussi sur de nombreux ligands de ces récepteurs (48). Les récepteurs CB1 sont retrouvés dans tout le corps, y compris le système nerveux. Les récepteurs CB2 sont limités au système immunitaire. Le THC exerce son action par un effet d'agoniste partiel des récepteurs CB1. Le mécanisme d'action du CBD n'est pas clair. Ce n'est pas un agoniste des récepteurs au cannabinoïde.

Données pharmacocinétiques

Le cannabis et les cannabinoïdes sont ingérés de différentes manières (49).

L'inhalation est le mode d'administration le plus populaire, soit par fumée (combustion) dans du papier roulé (joint) ou dans des feuilles de tabac, des narguilés, des vapoteuses ou des e-cigarettes.

Les extraits de cannabis à très forte concentration (plus de 90 % de concentration de THC sous forme d'huile, de résine ou de cire) peuvent être vaporisés sur des surfaces chaudes. Le cannabis oral sous forme de capsule ou de tablette est parfois incorporé dans de la nourriture ou dans des boissons. Cette forme d'ingestion connaît une popularité croissante. Il existe également des administrations par les muqueuses et transdermiques. Elles sont surtout le fait du cannabis médical et sont rarement utilisées de manière récréative. Les formulations rectales et vaginales ne sont pas fréquentes. Les cannabinoïdes ne sont pas habituellement injectés. Ils sont en effet lipophiliques (hydrophobes). C'est le cas du THC plus que du CBD. Cela ne les rend pas facilement absorbables à travers la peau et ils sont alors difficiles à injecter. Les paramètres pharmacocinétiques des cannabinoïdes varient selon les modes d'administration.

L'inhalation produit un pic rapide de THC et de CBD (pic de concentration en 10 à 30 minutes) avec une biodisponibilité importante (environ 30 %) (50). Il y a des différences significatives entre les individus du fait des variations selon les techniques d'inhalation. L'administration orale provoque un pic plus bas et plus retardé (après environ 2 heures). Ce pic est mesuré par un dosage plasmatique. Les personnes n'ayant jamais consommé de cannabis ou ceux qui l'utilisaient avant par inhalation peuvent, quand ils passent à une forme orale, espérer un effet plus rapide et par erreur croire qu'ils n'ont pas pris une dose « suffisante ». Cette absence d'effet immédiat peut les conduire à prendre des doses répétées et à créer une overdose sans le vouloir. La biodisponibilité après administration per os est faible (6 à 10 %) en raison d'un mécanisme de premier passage métabolique dans le foie. Le passage par les muqueuses de la bouche ou du pharynx aboutit à une pharmacocinétique intermédiaire qui évite l'effet de premier passage métabolique.

Les cannabinoïdes sont rapidement diffusés dans tout le corps. En cas de consommation chronique de cannabis, les dérivés cannabinoïdes s'accumulent dans les tissus gras. Un relargage dans le sang peut apparaître avec des concentrations significatives plusieurs semaines après la dernière ingestion de cannabis.

Le THC et le CBD sont métabolisés dans le foie par le cytochrome p450 (50) conduisant à la formation de 11-hydroxy-tétrahydrocannabinol (11-OH-THC) métabolite psychoactif et de 11-nor-9-carboxy-Δ 9 -tétrahydrocannabinol (THC-COOH), sans activité pharmacologique avérée (50). Au cours des étapes successives de distribution et de digestion du Δ9-THC, les concentrations en THC-COOH dans le sang augmentent tandis que celles de Δ9-THC décroissent.

Seulement 15 à 30 % du THC sanguin sont éliminés dans les urines sous forme de THC-COOH. En raison de sa forte fixation tissulaire, l'élimination urinaire est lente. Les demi-vies d'élimination sont très variables selon la dose et selon qu'il s'agit de consommateurs occasionnels ou réguliers. Un résultat positif dans les urines ne permet donc pas de distinguer une consommation récente d'une consommation plus ancienne. Cible principale de l'analyse urinaire, le dosage de THC-COOH ne donne pas d'information sur la voie d'administration, la quantité de cannabis qui a été utilisée, le moment de l'exposition, ni le niveau d'altération du comportement (86). Le THC crée des métabolites hydroxylés et carboxylés. L'activité des métabolites du CBD n'est pas bien connue.

Le THC et le CBD ont des demi-vies d'environ 24 heures.

Les cannabinoïdes sont rapidement diffusés dans tout le corps.

Dépistage biologique du cannabis

A chaque milieu biologique, correspondent des molécules cibles (Δ9-THC, le 11-OH-THC et le THC-COOH).

Les matrices les plus usuellement utilisées à ce jour sont le sang, la salive et les urines.

Le sang : il constitue un milieu idéal pour la confirmation du dépistage car il permet de doser le Δ9-THC, le 11-OH-THC et le THC-COOH et de différencier généralement, selon les termes du législateur les sujets « ayant fait usage de » de ceux-ci, « sous influence » de cannabis.

Dans les urines : on retrouve essentiellement le THC-COOH, métabolite inactif. En raison de la forte lipophilie du Δ9-THC, celui-ci sera libéré très lentement des tissus adipeux. Ainsi, après consommation de cannabis, le THC-COOH sera encore présent jusqu'à 8 à 12 jours après la prise chez un fumeur régulier et jusqu'à 3 semaines chez un gros consommateur. Un résultat positif dans les urines ne permettra donc pas de distinguer une consommation récente d'une consommation plus ancienne. Par ailleurs, même si le prélèvement urinaire est un prélèvement non invasif, il n'est pas facile à effectuer, du fait de son caractère intrusif. Les possibilités d'adultération sont nombreuses et largement explicitées sur Internet où l'on peut trouver des sites dédiés à ces pratiques.

Dans la salive, sont peu ou pas excrétés les cannabinoïdes mais leur voie d'administration étant quasiment toujours buccale, le Δ9-tétrahydrocannabinol est détectable dans ce milieu pendant plusieurs heures, suite à la contamination buccale par la fumée inhalée. Dans la demi-heure suivant l'inhalation, des concentrations salivaires de Δ9-THC supérieures à 100 ng/mL peuvent être mesurées. Les concentrations salivaires sont plus élevées que les concentrations plasmatiques dans les premières heures. Le Δ9-THC reste détectable dans la salive pendant 3 à 6 heures en moyenne.

Les méthodes utilisées pour le dépistage salivaire ou urinaire reposent sur l'immunochimie. Quelle que soit la méthode utilisée, la présence de résultats faussement positifs (en raison de la possibilité de réactivités croisées avec d'autres substances comme l'acide niflumique ou l'acide tiaprofénique) ou faussement négatif (en raison d'une sensibilité insuffisante) ne peut jamais être exclue (86).

Démontrer qu'une personne a consommé du cannabis est une chose aisée avec des techniques de dépistage fiables. Les tests de dépistage répondent à cette question. Montrer qu'au moment d'un fait (contrôle routier, accident du travail, décès, etc.), l'intéressé(e) était sous l'influence du cannabis, et que son comportement était altéré, est beaucoup plus difficile (86).

1.2.3.2. Trouble de l'usage du cannabis

Epidémiologie

Dans le monde, on estime que 22 millions de personnes répondent aux critères de trouble lié à l'usage de cannabis (224).

Classification et manifestations cliniques

Depuis 2013, le DSM-5 a combiné l'ensemble des troubles en un seul diagnostic : trouble lié à l'usage du cannabis. Celui-ci peut être classé comme léger (globalement ressemblant à un usage toxique ou abus), modéré et sévère (globalement équivalent à la dépendance). La CIM-11 ajoute une nouvelle catégorie qui est l'usage dangereux que le groupe de travail a choisi d'assimiler à l'usage à risque. Cette catégorie correspond à une consommation de cannabis qui augmente le risque de maladie physique ou mentale pour la personne qui consomme. Il n'y a pas d'équivalent dans le DSM-5.

Facteurs de risque

Le principal facteur de risque de développer un trouble de l'usage de cannabis est l'intensité de cette consommation. Celle-ci est évaluée par la durée de la consommation et la fréquence de l'usage. Dans deux grandes études en population générale chez des adultes américains, les personnes utilisant du cannabis tous les jours avaient une prévalence de 30 % sur l'année passée de dépendance au cannabis. Celles utilisant le cannabis de manière occasionnelle avaient une prévalence de 9 % (51). Chez les adolescents, la prévalence d'un usage nocif ou d'une dépendance était de 11 % chez ceux qui consommaient du cannabis depuis au moins 1 an, contre 20 % chez ceux qui l'utilisaient depuis au moins 3 ans (221).

Le fait d'être un homme, d'être jeune et de consommer du cannabis à forte teneur en THC représenteraient également des facteurs de risques (224).

Les facteurs psychosociaux associés au trouble de l'usage de cannabis ont été mis en évidence par des études en population générale ou des études longitudinales sur des échantillons de population plus réduits. On retrouve parmi ces facteurs psychosociaux une humeur dépressive, de l'anxiété, des troubles des conduites à l'adolescence, des troubles psychiatriques préexistants, des événements de vie fréquents et/ou sévères dans l'enfance (abus physique ou violence psychologique) et l'usage du cannabis (52). La plupart des facteurs génétiques influençant la consommation de cannabis sont ceux qui apparaissent aussi comme des déterminants des autres consommations de substances. Ils ne sont donc pas spécifiques du cannabis.

Comorbidités

Les troubles de l'usage de cannabis sont associés à de nombreux autres troubles psychiatriques et à d'autres addictions.

D'après l'étude transversale américaine NESARC-III (n=36309), les personnes souffrant d'un trouble de l'usage du cannabis au titre du DSM-5, ont un risque augmenté de consommation et de troubles liés à la consommation de substances psychoactives (53) : sédatifs (RR 5,1, IC à 95 % 2,9-9,0), cocaïne (RR 9,3, IC à 95 % 5,6-15,5), stimulants cognitifs (RR 4,3, IC à 95 % 2,3-7,9), MDMA et

métamphétamines (RR 16,1, IC à 95 % 6,3-40,8), opioïdes (RR 4,6, IC à 95 % 3,0-6,8) et alcool (RR 3,0, IC à 95 % 2,5-3,7) (53). Le risque de tabagisme est multiplié par 6,2.

Il existe une comorbidité significative entre le trouble de l'usage de cannabis, la dépression majeure et les troubles bipolaires (54).

Conséquences négatives

Toutes les études concernant les conséquences négatives du cannabis sont observationnelles. Elles peuvent démontrer des associations, mais elles ne prouvent pas de causalité. Beaucoup d'études ne contrôlent pas des facteurs confondants tels que la consommation d'autres substances et les antécédents familiaux. Les effets indésirables les plus prouvés associés au cannabis sont : les accidents de voiture (augmentation de 40 % du risque) (55, 126), le suicide et les troubles cardiovasculaires et pulmonaires (56). Les autres morbidités et mortalités sont dues à la consommation de cannabis associée aux troubles psychiatriques et à celle associée à d'autres substances psychoactives, en particulier l'alcool et le tabac, plus qu'au cannabis lui-même.

Aucune étude n'a évalué les effets à long terme de l'exposition à la fumée passive. La ventilation des espaces utilisés par les consommateurs constitue un des paramètres environnementaux les plus importants pour réduire les risques d'exposition à la fumée secondaire du cannabis (234).

Cannabis et risque de psychose

La consommation de cannabis peut provoquer des états psychotiques transitoires limités dans le temps et liés à une intoxication aiguë. Le risque augmente avec la puissance du THC consommé ou chez les consommateurs ayant un antécédent personnel de psychose. La psychose cannabique dure plus longtemps que la période d'intoxication et augmente le risque de développer une schizophrénie (57).

Le fait de commencer le cannabis avant l'âge de 16 ans et l'usage fréquent de cannabis sont deux facteurs qui augmentent le risque de tout type de psychose (58).

Les psychoses induites par le cannabis sont souvent impossibles à distinguer de la schizophrénie. La seule différence est que le patient a eu un antécédent de consommation de cannabis avant l'apparition des signes psychotiques.

Une question posée est celle de savoir si la consommation du cannabis est un facteur causal de schizophrénie. La réponse n'est pas claire. Il peut y avoir des mécanismes bidirectionnels et des facteurs génétiques communs, tant pour la consommation de cannabis que pour la schizophrénie (59). Que le cannabis soit cause ou conséquence, la consommation de cannabis aggrave l'état des schizophrènes.

Cannabis et troubles cognitifs

Le cannabis, consommé de manière aigu, altère les fonctions cognitives dans le domaine de l'apprentissage à court à terme. Il perturbe aussi la mémoire de travail, la mémoire prolongée et le processus de traitement de l'information (60). Les consommateurs réguliers sont moins atteints que les consommateurs occasionnels. Cette donnée suggère l'existence d'une tolérance.

Les troubles cognitifs se résolvent 6 à 7 heures après l'inhalation et 8 à 12 heures après l'ingestion orale.

Les usages à long terme de cannabis chez les adultes provoquent des troubles modérés de l'apprentissage, de la mémoire, de la capacité à prendre des décisions et des fonctions exécutives (61). Ces déficits disparaissent en principe après 1 à 3 mois d'abstinence.

Conséquences cardiovasculaires

L'utilisation de cannabis de manière aiguë peut provoquer des tachycardies transitoires et une hypotension orthostatique. Le fait de fumer du cannabis est associé à un risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et d'arythmie cardiaque (surtout tachycardie supraventriculaire et fibrillation auriculaire). Ces troubles apparaissent dans les heures suivant l'usage de cannabis même chez de jeunes individus sans facteur de risque cardiovasculaire (62).

Conséquences pulmonaires

Le fait de fumer du cannabis provoque des symptômes respiratoires transitoires aigus (toux, dyspnée, respiration sifflante ou asthme, production d'expectorations). La consommation aiguë de cannabis peut aggraver l'asthme.

Si le THC ne semble pas être un agent cancérogène, la consommation sous forme de joint du cannabis, du fait de la combustion, entraîne un dégagement de substances cancérigènes qui contaminent les cellules pulmonaires profondes par voie aérienne pouvant évoluer vers un cancer pulmonaire (Institut National du Cancer).

Syndrome gastro-entérologique

La consommation fréquente, notamment tous les jours, et à long terme de cannabis est associée à un syndrome bien défini mais peu compris : présence de nausées et de vomissements épisodiques et sévères, habituellement accompagnés de douleurs abdominales (63). Ce syndrome peut être difficile à distinguer de vomissements cycliques. Les symptômes sont améliorés par l'exposition à l'eau chaude (douche ou bain). Ils disparaissent après quelques jours d'arrêt de la consommation de cannabis.

1.2.3.3. Intoxication au cannabis

Les effets psychologiques aigus de la consommation de cannabis sont l'euphorie (high), la réduction de l'anxiété et la sédation. Ces effets sont recherchés en cas d'usage récréatif.

Dans certains cas, le cannabis peut provoquer de l'anxiété au lieu de la sédation.

Les autres effets psychologiques sont l'augmentation de la sociabilité, les troubles de la mémoire à court terme, les troubles de concentration, les altérations perspectives (altération de la perception du temps).

Les effets physiques incluent des troubles de la coordination motrice (ataxie), un trouble de l'articulation de la parole, la bouche sèche, une ingestion des conjonctives (yeux rouges), une tachycardie et un nystagmus horizontal. Il existe une augmentation de l'appétit.

Le début et la durée de l'intoxication au cannabis varient avec la modalité d'administration. En cas d'inhalation, l'intoxication débute quelques minutes après et dure 3 à 4 heures. Avec une administration orale, l'intoxication débute entre 30 minutes et 3 heures après et dure 8 à 12 heures. L'intensité de l'intoxication varie avec la dose de THC consommée par l'individu et avec son degré de tolérance.

Les patients n'ayant jamais consommé de cannabis ressentent des signes d'intoxication avec des doses de THC variant entre 2 et 3 mg par inhalation ou 5 à 10 mg par prise orale (64). Les symptômes d'intoxication au cannabis sont souvent modérés et limités dans le temps. La plupart ne font pas l'objet d'une consultation médicale.

Le diagnostic d'intoxication au cannabis est retenu quand les symptômes sont assez sévères pour être cliniquement significatifs (difficultés à communiquer, à coopérer avec les autres).

1.2.3.4. Syndrome de sevrage au cannabis

Le syndrome de sevrage au cannabis correspond à un groupe de symptômes qui apparaissent dans la semaine suivant l'arrêt ou la diminution significative d'une consommation de cannabis chez des individus qui ont été des usagers chroniques ou qui ont pris de fortes doses. La prévalence d'un syndrome de sevrage dans l'année est de 50 % chez les consommateurs réguliers et de 25 % chez ceux qui consomment moins de 1 fois par jour (65). La plupart des cas sont d'intensité modérée et ne nécessitent pas une consultation ou un traitement médical. Les symptômes habituels de sevrage sont : la dépression, l'anxiété, l'irritabilité, l'instabilité, la diminution de l'appétit, les troubles du sommeil incluant les cauchemars et les rêves intenses. Les signes physiques sont beaucoup moins habituels. Ils comportent des douleurs et crampes abdominales, des douleurs musculaires, des tremblements, des maux de tête, des sueurs, des frissons et une perte de poids. Ces signes peuvent durer plusieurs semaines. Il n'existe pas de traitement reconnu pour le sevrage en cannabis. Le CBD peut réduire l'envie de cannabis dans quelques cas.

1.2.3.5. Usage thérapeutique du THC

Plusieurs dérivés du cannabis riche en THC sont utilisés de manière médicale et sont approuvés dans certains pays.

Il s'agit du dronabinol et des analogues synthétiques du THC (nabilone). Ils sont utilisés pour traiter les nausées sévères, les vomissements et la cachexie.

Le nabiximols (SATIVEX) qui est un mélange THC/CBD à quantités égales, traite les douleurs et la spasticité musculaire de la sclérose en plaques. Le nabiximols a fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché au Canada et en France (mais en France, il n'est pas commercialisé pour l'instant). La demande doit être faite par un médecin hospitalier pour une durée limitée et renouvelable de 1 à 6 mois, après avoir justifié l'inefficacité des médicaments classiques. En dix ans, seule une centaine de patients a pu en bénéficier.

L'indication la plus claire concerne les douleurs chroniques ou les douleurs neuropathiques, la spasticité musculaire de la sclérose en plaques, les nausées sévères, les vomissements, l'anorexie avec perte de poids (cachexie) et l'anxiété.

1.2.3.6. Focus sur le cannabidiol

Le CBD (cannabidiol) et le THC (Δ-9-tétrahydrocannabinol) sont les deux principales substances parmi les plus de 100 contenues dans la plante Cannabis sativa (67). Dans la plante, le CBD se trouve principalement au niveau de la fleur et des feuilles (68). Le cannabidiol (CBD) est un phytocannabinoïde obtenu soit par extraction de la plante, soit par synthèse.

La plupart des études sur les effets et les risques pour la santé disponibles à ce jour sont encore expérimentales ou à faible niveau de preuve.

Les données récentes soulignent que le CBD possède des propriétés psychoactives potentielles. Le CBD est pourvu d'une très faible affinité pour le récepteur CB1 ce qui explique qu'il ne présente pas les effets psychoactifs euphorisants du THC. Il a néanmoins une action sur d'autres récepteurs (sérotonine, dopamine, GABA) et cibles pharmacologiques cérébrales qui pourraient expliquer certains effets psychoactifs et neurologiques comme la sédation, la somnolence et l'effet anticonvulsivant (67, 69).

Les effets recherchés par les consommateurs sont multiples (70, 72, 73). Des consommations de CBD par des personnes peu ou pas consommatrices de drogues en général à des fins d'automédication ont été rapportées. Elles visent l'amélioration de la qualité de leur sommeil, la diminution de certaines douleurs, musculaires, articulaires ou migraineuses, ou de sensations d'angoisse.

L'efficacité du CBD contre le stress, l'anxiété, l'insomnie n'est pas prouvée scientifiquement bien que des usagers de produits riches en CBD rapportent parfois ce type d'effets qui dépend, soit d'un effet placebo, soit de l'effet psychotrope du CBD, soit des deux pouvant se rapprocher, dans le ressenti, d'un léger effet anxiolytique.

De nombreux témoignages relayés par les réseaux sociaux décrivent le recours au CBD par des fumeurs de cannabis réguliers ou quotidiens souhaitant diminuer, voire arrêter leur consommation. Ce recours au CBD comme substitut au THC ou en alternance avec celui-ci est argumenté par plusieurs facteurs : une intention de réduire les dommages de ce dernier (notamment les difficultés mnésiques), de diminuer les risques judiciaires encourus (notamment en matière de contrôle routier), de ne pas ressentir des effets psychoactifs jugés indésirables dans certains contextes (situation de travail). Le CBD est alors principalement fumé, ce qui permet à ces personnes de retrouver certaines caractéristiques de leur pratique habituelle (l'odeur et le goût des fleurs de cannabis, la préparation du joint).

De même, des personnes dépendantes au tabac et souhaitant arrêter d'en consommer déclarent utiliser le CBD pour accompagner leur tentative, celui-ci pouvant alors être utilisé sous formes d'huile, d'infusions ou d'e-liquide.

Risques

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés, c'est-à-dire dans moins d'un cas sur dix, sont issus des données des essais cliniques sur le cannabidiol (69, 70). Il s'agit de somnolence (effet dose-dépendant sur la vigilance), perte d'appétit, diarrhées, fièvre, fatigue et vomissements.

Concernant la conduite automobile, deux essais en double aveugle n'ont pas montré d'altération de la vigilance et des fonctions cognitives sur simulateur de conduite, que ce soit par inhalation de joint contenant 500 mg de marijuana riche en CBD (16,6 % de CBD total ; 0,9 % de THC total) (74) ou par ingestion de 15, 300 ou 1500 mg de CBD (75).

Le potentiel addictogène du CBD

Un rapport de l'OMS en 2018 a considéré que la substance n'a pas de propriétés psychoactives et ne présente aucun potentiel d'abus ou de dépendance. Les études expérimentales et cliniques d'évaluation du potentiel d'abus du CBD sont peu nombreuses, incitant, à ce stade à la prudence avant de préciser si un tel potentiel existe ou non. En 2018, un essai canadien randomisé en double aveugle a montré sur un échantillon de 95 usagers de multiples substances à des fins récréatives, le faible potentiel d'abus du CBD hautement purifié (dose : 750 mg) en comparaison de l'alprazolam (2 mg) et du dronabinol (10 et 30 mg). Néanmoins, l'appétence (« drug liking ») au CBD était transitoirement significativement supérieure à celle au placebo, aux doses élevées (1 500 mg et 4 500 mg) de CBD (76).

La composition des produits contenant du CBD

Celle-ci peut être incertaine pour les raisons principales évoquées ci-dessous.

Le CBD de synthèse a l'avantage d'être pur et contient peu d'impuretés, contrairement au CBD d'origine végétale. Les produits riches en CBD (souvent à base d'extrait de fleur de cannabis) contiennent d'autres substances, dont du THC en quantité variable.

Le CBD est une molécule très instable, sensible à l'oxydation, la température et à la lumière. Or, les formes non-pharmaceutiques sont vendues sans condition de conservation. Il peut donc y avoir un décalage entre la composition affichée et réelle de certaines huiles, extraits ou autres produits à base de CBD du fait de cette instabilité chimique.

La qualité des produits proposés étant très variable, il n'est pas toujours possible d'avoir la garantie de ne pas consommer d'autres substances que le CBD (exemple : autres cannabinoïdes naturels et synthétiques) ou d'être en présence de THC supérieure à la limite autorisée de 0,3 %.

Règlementation

En France, le cannabidiol n'est pas considéré comme un stupéfiant. La vente libre de spécialités contenant du CBD est autorisée dès lors que la quantité de THC contenu dans le produit vendu sous le nom de CBD ne dépasse pas 0,3 % et que celui-ci n'est pas présenté sous des allégations thérapeutiques (arrêté du 30 décembre 2021 portant application de l'article R.5132-86 du code de la santé publique.

La vente des fleurs et feuilles dont le taux de THC est inférieur ou égal à 0,3 % est également autorisée ***(Décision du conseil d'Etat du 29/12/2022).***

Les liquides de vapotage sont autorisés à la vente, sous réserve de conformité à la réglementation européenne ***(REACH, 18 décembre 2006).***

Bien que le CBD ne semble pas modifier les capacités de conduite (74), conduire un véhicule après avoir consommé du CBD contenant jusqu'à 0,3 % de THC, et parfois beaucoup plus dans les produits achetés sur internet, peut entraîner dans les heures qui suivent la prise de produit un résultat positif aux tests de dépistage et de confirmation du THC par les forces de l'ordre, qu'il s'agisse d'analyses salivaires ou sanguines, et donc d'entraîner une sanction judiciaire par infraction à la législation des stupéfiants (77).

La Cour de cassation **(chambre criminelle, 21 juin 2023, n°22-85.530)** considère qu'à partir du moment où la consommation d'un produit à base de CBD entraîne la présence de traces de produits stupéfiants (ici : THC), sa consommation est incompatible avec la conduite. Il paraît donc conseillé aux consommateurs de CBD d'éviter de conduire dans les heures la prise de produit.

Risques liés à la voie d'administration

Le CBD est utilisé par inhalation, ingestion ou application cutanée selon les effets recherchés.

C'est la voie orale qui présente le moins de risques et permet de mieux maîtriser l'adaptation de posologie, en raisonnant en milligramme de cannabidiol/jour et en commençant par des doses progressives. L'objectif est de trouver la dose minimale efficace sans effet indésirable (70).

Concernant la voie respiratoire, il peut s'agir, soit d'une inhalation de fumée produite par la combustion d'un joint, soit d'une inhalation de vapeur provenant de e-liquide chauffé à près de 200 °C par une vapote) ou d'un vaporisateur (180° - 210°) utilisant des fleurs séchées.

Fumer des substances psychoactives est un des modes de consommation les plus délétères sur la santé. Fumer un joint riche en CBD entraîne les mêmes risques (respiratoires, cardiovasculaires, cancer) liés à la toxicité de la combustion qu'un joint riche en THC ou une cigarette.

La vaporisation est une alternative à la combustion (joint) pour réduire les risques associés (effets cardio-vasculaires, pulmonaires, cancérigènes). L'adaptation des doses est plus difficile avec les formes fumées ou vaporisées car cela dépend des pratiques individuelles.

Le vapotage de CBD dans certains e-liquides ne répondant pas aux normes françaises et européennes peut positiver des tests de dépistage du THC. L'analyse toxicologique des e-liquides révèle

parfois une inadéquation entre le produit vendu et le(s) produits contenu(s) dans ces e-liquides (cannabinoides de synthèse) (104).

Une consommation en augmentation

L'offre de CBD connait en France un essor depuis 2018 à travers l'ouverture de nombreux magasins présentant volontiers cette molécule sous le terme de cannabis « bien-être ». Une enquête menée en 2022 par Santé Publique France indique que 16,4 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé du CBD au moins une fois au cours de leur vie et 10,0 % déclarent en avoir consommé dans les 12 derniers mois (71, 81).

Ces chiffres témoignent de la diffusion significative et rapide du CBD en France, au regard de sa disponibilité pour le grand public. Le niveau de consommation dans l'année de CBD parmi les adultes atteint ainsi celui du cannabis (10,6 % en 2021 parmi les 18-65 ans). C'est parmi les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans que l'expérimentation (27,6 %) et la consommation dans l'année de CBD est la plus fréquente (17,5 %). Les hommes sont plus nombreux à avoir expérimenté le CBD (18,5 % vs 14, 5 % chez les femmes). Les jeunes consomment généralement le CBD en le fumant (80 % parmi les consommateurs de 18-24 ans), les moins jeunes plutôt par voie orale (près des deux tiers des 55-75 ans).

OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) est à la fois un dispositif de pharmacosurveillance et une enquête transversale, annuelle et nationale auprès de structures spécialisées dans la prise en charge des addictions (Réseau français d'addictovigilance). Elle décrit une augmentation importante de la consommation en 2021(80). Depuis 2017, le nombre de consommateurs de CBD a été multiplié par 30 en 5 ans ainsi qu'une utilisation dans des contextes variés : antalgie, détente, sevrage THC. En 2021, les consommateurs de CBD (n=60) ont un âge moyen de 40 ans et 83 % sont des hommes. Parmi eux, 41 % exercent une activité professionnelle, 58 % ont des revenus réguliers et 80 % un logement stable. Le CBD est majoritairement fumé (92 %). Plusieurs sujets évoquent une dépendance : 39 % ont augmenté les doses dans les 6 derniers mois et 7 % présentent une souffrance à l'arrêt. Neuf sujets sur 60 déclarent avoir une dépendance. Dix sujets le consomment avec de l'alcool et on note 83 % de polyconsommation. Parmi les produits associés, 65 % des sujets sont sous traitement de substitution aux opiacés (74 % méthadone, 23 % buprénorphine). Dix sujets consomment également des benzodiazépines, 7 des antipsychotiques, 6 des antidépresseurs, 4 des antalgiques opiacés et 2 de la kétamine. Vingt-cinq % consomment également du cannabis, 7 de la cocaïne, 5 de l'héroïne et 3 des drogues de synthèse (LSD, chimique et 3-MMC).

Usages

Usage pharmaceutique du CBD

En France, le CBD pharmaceutique (EPIDYOLEX) a une indication depuis décembre 2018 dans des formes rares et sévères d'épilepsie et le traitement symptomatique des manifestations de la spasticité liée à une sclérose en plaques (AMM). De nombreuses autres indications sont suggérées, mais on ne dispose pas, à ce jour, de données suffisantes ni d'études correctement menées pour valider ces indications.

Autres formes disponibles de CBD non-pharmaceutiques en vente libre : cosmétiques, E-liquides destinés aux cigarettes électroniques, compléments alimentaires, tisanes et autres boissons, confiseries, usage fumé…

Le CBD n'est pas un aliment. L'autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) a suspendu en juin 2022 les évaluations du cannabidiol en tant que nouvel aliment dans l'attente de nouvelles données.

Interactions du CBD avec les médicaments

Des études expérimentales in vitro ont montré que le CBD est un puissant inhibiteur de plusieurs cytochromes enzymatiques. Il en résulte de nombreuses interactions médicamenteuses. Celles-ci sont susceptibles de ralentir l'élimination du CBD transformé au niveau du foie par les enzymes CYP3A4 et CYP2C19 et d'augmenter les taux sanguins de certains médicaments comme par exemple avec la méthadone, l'ésoméprazole, le clopidogrel, la fluoxétine et le fluconazole, impliquant pour les personnes concernées une surveillance clinique et biologique plus rapprochée.

En 2019, l'ANSM a alerté sur les dangers liés à l'utilisation de produits contenant du CBD en vente libre, notamment en raison d'interactions potentiellement toxiques entre le CBD et certains médicaments. L'Académie nationale de médecine, dans un communiqué en 2022, recommande que les usagers de CBD soient informés que si leur dose de cannabidiol consommée dépasse 50 mg/j, la prise doit être précédée par la recherche préalable de possibles interactions médicamenteuses avec d'éventuels traitements en cours, avec l'aide de leur médecin ou de leur pharmacien (105).

Tests de dépistage du CBD

Selon la société française de toxicologie analytique en 2022 (79), la consommation de cannabidiol (CBD), sous forme contrôlée, et donc exempte de THC, quelle que soit sa présentation (gélule, crème, sucrerie, tisane, cigarette électronique …), ne conduit pas à un résultat salivaire positif pour le THC.

La possibilité d'une transformation du CBD en THC est un argument avancé par les utilisateurs pour expliquer la présence de THC dans la salive. Une étude exhaustive de la littérature (106, 107) confirme que le CBD ne se transforme pas en THC in vivo. Dans les conditions analytiques usuelles, on n'observe pas de conversion du CBD en THC lors de l'analyse, aussi bien après prise de CBD sous forme de e-cigarette qu'après administration orale. Aucune réaction croisée avec les tests de dépistage DrugWipe 5S (Securetec®) et DT5000 (Dräger®) n'a été identifiée.

A ce jour, il n'existe pas de tests de dépistage salivaire pour le CBD (ni pour d'autres matrices, d'ailleurs).

Les travaux publiés dans la littérature confirment que la consommation de CBD pur n'entraîne donc pas l'apparition de THC dans la salive. Par contre, la consommation ponctuelle ou répétée de CBD contenant du THC qui respecterait la loi (moins de 0,3 %) entraîne néanmoins la présence de THC pendant au moins 3 heures dans la salive après la prise. Une consommation non contrôlée, excessive et cumulée de ces produits pourrait aboutir à une accumulation de CBD chez un même sujet.

Pour les produits à base de fleurs ou d'extraits de cannabis, la présence de THC, même en faible quantité, notamment lors de prises répétées, peut aboutir à des tests urinaires positifs, y compris à distance de la dernière prise (78).

1.2.3.7. Cannabinoïdes de synthèse

Les cannabinoïdes de synthèse (CS) ne sont pas issus d'une plante et ne contiennent pas de tétrahydrocannabinol (THC) mais d'autres molécules qui en imitent les effets psychoactifs. Ils sont différents structurellement du CBD ou des autres cannabinoïdes présents dans le cannabis ou même des endocannabinoïdes. Il s'agit d'agonistes complets du même récepteur CB1 avec une affinité plus importante (10-200 fois) que le THC (agoniste partiel). Ils ont des effets encore méconnus sur

le long terme. À l'exception du dronabinol et de la nabinole, ils sont interdits et pour la majorité classée "stupéfiants".

En Europe, 209 cannabinoïdes de synthèse ont été identifiés entre 2008 et fin 2020, dont 10 nouveaux par an depuis 2016 selon la Mildeca (82). Depuis 2008, plus de 91 CS ont été identifiés en France.

Le réseau SINTES a collecté 21 échantillons d'e-liquides en 2021, avec plusieurs cas de compositions inexactes et d'intoxications aux CS. La majorité de ces collectes ont été réalisées auprès de mineurs (83).

La description du contenu sur l'emballage peut différer du véritable contenu.

Présentations

Mélanges à fumer : matière végétale sèche à laquelle un ou plusieurs cannabinoïdes ont été ajoutés ou vaporisés (quasi-impossibilité de différencier l'herbe adultérée d'une herbe non contaminée) :

- sous forme de poudres, de comprimés, de produits ressemblant à la résine de Cannabis ;
- E-liquides aux CS (impossibilité de discerner visuellement ce que contient l'e-liquide).

Les dénominations sont nombreuses : Bhuda-blue (PTC), Spice (Gold-Silver-Diamond.), Herbe chamanique, Chimique, K2, MDMB-4en-PINACA, 4FMDMB-BINACA, 4F-ADB,Yucatan Fire, Sence, Chill X, Smoke, Genie, Algerian Blend, Black Mamba, Mojo, AK-57 Carat Gold, K2… CP-47, 497-C8, JWH-018, HU-201, AM-630, UR-144…

Le marché évoluant très rapidement sur internet, **ces noms peuvent déjà être obsolètes.**

Usages

L'inhalation est le mode de consommation le plus courant : dans un joint, un vaporisateur, un bang (pipe à eau), une vapoteuse, papiers imprégnés de CS mélangés à du tabac.

Les mélanges de matière végétale pourraient être consommés sous forme d'infusion.

Effets

Ils sont susceptibles de provoquer des effets THC-like plus puissants c'est-à-dire plus intenses et plus longs que le THC traditionnel, comme le Δ9-tétrahydrocannabinol (plusieurs heures et jusqu'à plusieurs jours pour certains CS) (83, 84). Ils ont un fort pouvoir addictogène.

La tolérance est souvent plus rapide et le syndrome de sevrage davantage marqué qu'avec les cannabinoïdes dits classiques.

Plusieurs alertes ont déjà été faites par les Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) dont le CEIP-Addictovigilance de Bordeaux et de Marseille dès 2020 https://www.rdr.ceid-addiction.com/wp-content/uploads/2024/07/Alerte-cannabinoide-de-synthese.pdf

Effets secondaires et toxicité

Aucune étude ne recense les effets réels des cannabinoïdes de synthèse qui peuvent s'avérer très puissants, notamment :

- cardio-vasculaires (infarctus, tachycardie, bradycardie, hypertension artérielle). Tout syndrome coronarien aigu chez un sujet jeune sans antécédent cardiovasculaire particulier doit faire rechercher la prise de cannabinoïdes de synthèse (et de cannabis) ;
- psychiatriques (attaques de panique, hallucination, délire, psychose aiguë, agressivité, agitation, pharmacodépendance) ;

- neurologiques (convulsions, AVC, vertiges, pertes de connaissance) ;
- digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales).

Difficulté de dépistage

Bien que des méthodes de détection existent dans le sang, la salive, les urines et les cheveux ; leur dépistage reste compliqué et non utilisable en pratique courante.

1.2.4. La cocaïne

Ces données font essentiellement référence à une synthèse sur le sujet de L.Karila et A.Benyamina dans l'ouvrage Les addictions (25).

1.2.4.1. Caractéristiques de la substance

La cocaïne est extraite de la feuille de l'*Erythroxylum coca*, arbre au bois rouge, qui se développe dans des régions au climat doux et humide, à des altitudes variant de 500 à 1200 mètres.

La cocaïne est disponible en France soit sous forme de poudre blanche de saveur amère (chlorhydrate de cocaïne), soit sous forme de galettes/cailloux, après adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque (crack ou freebase). Il existe de nombreux produits adultérants (lidocaïne, xylocaïne, paracétamol, phénacétine, lévamisole, etc.). Selon le rapport SINTES de l'OFDT, la tendance à l'augmentation de la concentration en principe actif de la cocaïne observée depuis 2018 se confirme en 2023 et s'accompagne d'une diminution voire d'une absence d'adultération (produits de coupe) (230).

La cocaïne est une substance lipophile ayant une demi-vie courte de l'ordre de 40 minutes. Elle traverse la barrière hémato-encéphalique, se fixe sur de nombreux sites au niveau du système nerveux central, mais également au niveau cardiaque, hépatique, rénal, surrénal et placentaire. L'élimination de la cocaïne se fait par voie hépatique et plasmatique. Dans les urines, de nombreux métabolites sont détectables jusqu'à 72 à 96 heures.

Il existe différentes voies de consommation de la cocaïne : intranasale (sniffée), inhalée (fumée), injectée par voie intraveineuse dans 3 % des cas. Ces deux dernières voies d'administration sont assez similaires en termes d'effets (rapidité d'action, effets physiologiques et psychotropes, potentiel addictif puissant).

La cocaïne par voie intranasale est la plus consommée, dans toutes les classes sociales et dans les situations festives. Les effets débutent 3 à 5 minutes après son usage et se prolongent pendant 30 minutes. Concernant la forme base (crack ou freebase), l'effet est très rapide, en 8 à 10 secondes, grâce à la surface d'échange pulmonaire importante. Les vapeurs de cocaïne base absorbées sont directement conduites à l'étage cérébral. L'effet maximal est obtenu en 5 à 10 minutes, à l'origine d'une puissante euphorie. L'effet étant bref, de l'ordre de 8 à 10 minutes seulement, les prises sont répétées tant qu'il y a de la cocaïne base à disposition. L'injection de cocaïne ne semble plus être un phénomène fréquent. Il est cependant retrouvé chez certains anciens injecteurs de drogues (4).

1.2.4.2. Données cliniques

Les effets de la cocaïne sont variables selon les individus, les doses consommées et la voie d'administration. L'effet se décompose en plusieurs étapes.

La première est le rush qui se traduit par l'apparition rapidement progressive d'une intense euphorie. Cette euphorie est le principal effet recherché par la majorité des consommateurs de cocaïne. Elle renforce le comportement de consommation.

Le rush est suivi d'un phénomène appelé high (sentiment puissant de bien-être) dominant les pensées et les comportements.

Rapidement après, s'installe une envie frénétique (ou binge) de consommer à nouveau de la cocaïne. Classiquement, l'intoxication aiguë à la cocaïne se décrit cliniquement comme un épisode maniaque

1.2.5. Le protoxyde d'azote ou N2O

Le protoxyde d'azote (N_2O) est également connu sous les noms de "gaz hilarant", "happy balloon" ou "proto". Son utilisation est une pratique émergente de risques, y compris sur le plan professionnel (87). Son mésusage est en hausse.

1.2.5.1. Un gaz chimique utilisé dans plusieurs domaines

En cuisine pour faire fonctionner des syphons (à chantilly par exemple). Le protoxyde d'azote est vendu sous forme de cartouches ou de bonbonnes disponibles dans la grande distribution et sur Internet. Celles-ci sont détournées de leur usage et le gaz des cartouches est inhalé grâce à un ballon de baudruche rendant le gaz pur d'autant plus dangereux (notamment par rapport au risque de brûlure). Le public consommateur est plutôt jeune (collégiens, lycéens, étudiants et apprentis) mais des adultes en population active peuvent également avoir tendance à l'utiliser dans un contexte récréatif. Son usage s'est amplifié particulièrement ces dernières années du fait d'un accès facile et d'un faible coût (88).

Dans le champ médical, sous le nom de MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote), il est utilisé pour son action anesthésiante/analgésiante. Il est largement utilisé en milieu de soins avec les noms commerciaux suivants : KALINOX, ENTONOX, OXYNOX, ANTASOL. En France, ce médicament a reçu une autorisation de mise sur le marché en 2001. Inscrit sur la liste des substances vénéneuses, son usage est très réglementé. Il peut être administré hors structure hospitalière par un professionnel de santé préalablement formé (Ehpad, cabinets dentaires de ville, soins ambulatoires) dans des indications précises (soins au cas par cas selon l'évaluation du professionnel formé). Les professionnels de santé sont exposés par inhalation avec en l'absence de mesures de prévention des mesurages atmosphériques pouvant témoigner d'une exposition importante.

Dans le milieu industriel, il est disponible dans plusieurs secteurs qui l'utilisent comme gaz de compression et propulseur d'aérosol (automobile, horlogerie, photographie, industrie alimentaire).

1.2.5.2. Variabilité des effets recherchés (hors champ d'utilisation d'origine) (88)

Bien qu'il provoque des effets euphorisants immédiats, des rires incontrôlés ou des distorsions sensorielles (troubles visuels), son usage est souvent banalisé car ses effets disparaissent aussi rapidement qu'ils apparaissent et parce que sa vente est légale. Cependant, son usage comporte des risques majeurs pour la santé, notamment en cas de consommation répétée.

Certains y ont recours pour ses effets à visée auto-thérapeutique (recherche d'anxiolyse, d'effet hypnotique et amnésiant).

1.2.5.3. Effets toxiques et risques pour la santé (87, 108)

Exposition aiguë ou en cas de prise ponctuelle

Complications liées à l'hypoxie dose-dépendante (vertiges, étourdissements et désorientation augmentant le risque de chutes et d'accidents).

Asphyxie et perte de connaissance (risque de convulsions, inhalation bronchique, arrêt respiratoire…)

Gelures et brûlures au froid (œdème du pharynx…)

Exposition chronique (au moins 3 mois)

Troubles neurologiques graves par déficit en vitamine B12 (80 % des cas) : paresthésies (fourmillements), perte d'équilibre, difficultés motrices (marche, préhension)

Troubles cardiovasculaires secondaires à des problèmes hématologiques (anémie, thromboses veineuses ou artérielles

Troubles psychiatriques non spécifiques

Troubles de l'usage et pharmacodépendance

Cette exposition chronique implique les consommateurs récréatifs de plus en plus nombreux mais également les professionnels de santé qui utilisent le protoxyde d'azote dans leur pratique. Il est décrit chez certains soignants exposés régulièrement au MEOPA des effets secondaires (signes digestifs, céphalées, engourdissement, troubles de la vigilance) en lien avec l'échappement du gaz par le masque lors des soins. Des mesures atmosphériques témoignent, dans certains milieux de soins, de dosages parfois importants mais il n'existe pas en France de valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP) à la différence de certains autres pays européens. Il est à noter que de nombreux pays européens (Allemagne, Royaume-Uni, Belgique, Danemark...) ainsi que les États-Unis, le Canada et l'Australie ont fixé des VLEP sur 8 heures comprises entre 25 et 100 ppm (109).

Les enquêtes de prévalence en population active et les cas d'abus et de dépendance déclarés en addictovigilance/ toxicovigilance (centres antipoison) font conjointement état d'une évolution de la consommation de N2O, qui sort d'un but uniquement festif pour s'inscrire de plus en plus dans le quotidien des usagers.

Selon l'enquête menée en 2022 par Santé Publique France, l'utilisation du protoxyde d'azote semble assez marginale et ne concerne que les plus jeunes : moins de 1 % des Français en ont consommé dans l'année. L'âge moyen du consommateur est de 25 ans et 3,2 % des 18-24 ans en ont consommé au cours de l'année (8). La plupart des études de prévalence se focalisent sur les étudiants et les jeunes adultes. Elles confirment une augmentation de l'utilisation du N20 au cours de ces dernières années à des fins récréatives. Le protoxyde d'azote fait encore rarement l'objet d'une attention particulière dans les études nationales et européennes car il est souvent regroupé avec d'autres substances inhalées (89).

Dans l'étude de cohorte i-Share (89) menée auprès de plus de 10 000 étudiants français entre 2015 et 2017 (âge moyen 21 ans), le protoxyde d'azote est la troisième substance la plus fréquemment consommée par les étudiants au cours de la vie (28 %) après le cannabis (57 %) et le poppers (26 %).

Parmi les polyconsommateurs, 65 % ne consommaient que du protoxyde d'azote et du poppers, montrant un lien fort entre ces deux substances.

La consommation de substances était globalement plus élevée, particulièrement celle du protoxyde d'azote mais aussi l'alcool et le tabac dans l'étude I-Share que précédemment constatée dans les études françaises et européennes chez les jeunes.

L'étude COSYS (90) réalisée par le 1er observatoire français des usages de substances psychoactives (CEIP – Addictovigilance de Paris) auprès de 46 000 étudiants âgés de 18 à 25 ans en 2017, indique une prévalence d'usage de protoxyde d'azote à la hausse chez les hommes (6,2 %) comme chez les femmes (3 %), précisant que ces usagers sont également consommateurs de substances illicites (cannabis, ecstasy/MDMA, cocaïne).

La prévalence de consommation paraît plus élevée chez **les étudiants en santé** que dans la population étudiante générale. Une étude par questionnaire anonyme en ligne (91) a été réalisée en 2021 auprès d'étudiants de professions de santé à l'Université de Montpellier (médecine, odontologie, pharmacie et sage-femme). Sur un échantillon de 593 élèves (âge moyen = 22,3 ± 2,6 ans), dont 68,6 % de filles, 76,6 % (IC à 95 % [72,9 - 79,9 %]) ont déclaré avoir déjà utilisé du N2O. L'association avec l'abus d'alcool (OR = 2,48 IC 95% [1,51 ; 4,09]) et l'utilisation de poppers (OR = 9) est significative. Consommer de l'alcool, utiliser des poppers, suivre des études plus longues, détourner des produits médicaux à des fins récréatives ou être membres d'une association d'étudiants sont associés à une probabilité plus élevée d'utiliser du N2O.

Une étude néo-zélandaise en 2003 portant sur 1782 étudiants en première année (toutes disciplines confondues) a révélé une fréquence élevée d'utilisation récréative de N2O (92). Dans cette étude, 96 hommes (15 %) sur 652 étaient des utilisateurs, contre 61 femmes (9 %) sur 708 (p = 0,0005).

Une autre étude transversale par questionnaire en ligne de mars à octobre 2021 et portant sur 981 étudiants parisiens de toutes spécialités a montré une prévalence de consommation de 80 %, avec environ 24 % de trouble de l'usage (93). Cet usage est associé de manière significative à une consommation de poppers (p<0,0005), alcool (p<0,0005) et cocaïne (p=0,004). Les facteurs associés à un trouble de l'usage de N20 sont un trouble de l'usage d'alcool (p=0,017), d'être de sexe masculin (p=0,006) et de faire partie d'une association d'étudiants (p=0,0130).

L'étude descriptive transversale française de Ternon en 2021 (94) traitant de l'usage de protoxyde au sein d'une population d'étudiants en médecine (N=165), rapporte que le N20 arrive en deuxième position parmi les substances psychoactives consommées avec une prévalence d'usage élevée chez les étudiants en médecine. En effet, au cours de cette enquête, 77 % des étudiants en avaient déjà inhalé et 49,1 % au cours des douze derniers mois. Cet usage n'apparaît pas dans cette étude comme une stratégie de gestion du stress professionnel.

Dans l'étude PETRA réalisée chez 4431 étudiants de l'Université de Lille en 2021, la consommation de protoxyde d'azote était significativement plus fréquente dans le domaine de la santé et du sport (97).

Selon le réseau d'addictovigilance 2022 (95), ce sont les jeunes adultes (moyenne d'âge de 22 ans) qui seraient les plus concernés. Si la consommation reste majoritairement masculine, on note une augmentation chez les femmes (42,5 % en 2021 *versus* 31,6 % en 2020) selon le rapport d'addictovigilance. Le protoxyde d'azote est généralement utilisé seul, contrairement à d'autres consommations qui associent plusieurs substances. En 2021, près de la moitié (47 %) des signalements aux centres d'addictovigilance mentionnent une consommation quotidienne (3,4 % en 2020). Le nombre de cas graves déclarés aux centres d'addictovigilance a été multiplié par 3 entre 2020 (82 cas) et 2021 (265 cas). Le nombre de cas déclarés aux centres antipoison de gravité moyenne et forte a également été multiplié par 3 entre 2020 (49 cas) et 2021 (158 cas).

Au regard des données disponibles, les populations particulièrement exposées sont donc : les professionnels de santé travaillant au contact du protoxyde d'azote (87), les jeunes ayant moins de 25 ans (moyenne d'âge des consommateurs : 22 ans selon l'ANSM), les étudiants et particulièrement les étudiants en santé ainsi que les polyconsommateurs (96).

1.2.6. Stimulants cognitifs et méthylphénidate (MPH)

Le méthylphénidate est un psychostimulant indiqué dans le cadre d'une prise en charge globale du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez l'enfant de 6 ans et plus, lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes. Il a également une indication pour certaines narcolepsies.

En France, le méthylphénidate n'est pas indiqué de manière systématique en initiation dans le traitement du TDAH chez l'adulte. Il est indiqué dans le traitement du TDAH avec hyperactivité chez l'adulte pour lequel un impact fonctionnel modéré à sévère sur au moins deux composantes (professionnelle et/ou universitaire, sociale y compris familiale) est mis en évidence et lorsque la présence de symptômes du TDAH a bien été établie dans l'enfance et en tenant compte du fait que le traitement pharmacologique fait partie d'une prise en charge globale.

Le méthylphénidate est un psychostimulant ayant une structure chimique de type amphétaminique avec un effet « cocaïne-like ». Il crée un sentiment d'euphorie et d'excitation motrice chez les personnes non atteintes de TDAH entraînant un éveil prolongé, une suppression de la fatigue et pouvant donner une impression d'amélioration de la concentration. Il peut être utilisé à visée de conduites dopantes intellectuelles/professionnelles/sociales (82). Dans l'étude de Schifano (99), les effets du MPH se sont révélés être une amélioration de la mémoire de travail et de la vitesse de traitement, du bien-être (en tant que possible stimulant des performances cognitives), du rappel et de l'attention soutenue, ainsi que des impacts positifs sur la fatigue et la mémoire déclarative.

Il présente de nombreux effets indésirables (labilité de l'humeur…) et complications neurologiques, psychiatriques et cardiovasculaires. Des cas de mort subite ont été rapportés toujours dans le cadre de polyconsommation (82).

Les spécialités à base de méthylphénidate sont inscrites sur la liste des stupéfiants avec une prescription limitée à 28 jours. Il peut être prescrit en médecine de ville depuis fin 2019 **(Medikinet, Quasym, Ritaline, Ritaline LP, Concerta LP et génériques)** mais reste soumis à une restriction de prescription initiale hospitalière. Cependant, une utilisation hors AMM est toujours constatée, notamment en initiation de traitement chez des adultes atteints de TDAH (100).

L'amélioration cognitive peut donc être obtenue en prenant des médicaments (dont le méthylphénidate, le modafinil…) ou des substances en vente libre (caféine, guarana…) susceptibles d'améliorer les capacités de l'esprit. Depuis quelques années, le MPH et d'autres stimulants sont détournés, principalement comme stimulants cognitifs.

La littérature décrit l'utilisation détournée sans ordonnance de ces molécules et le potentiel de dépendance et/ou d'accoutumance qui y est associé sont signalés (82).

Des études internationales portant sur les étudiants universitaires et particulièrement les étudiants en médecine rapportent que les étudiants qui utilisent ces amplificateurs cognitifs ne visent pas seulement à obtenir une amélioration cognitive, mais aussi une amélioration de la motivation et un débordement d'énergie. Ils peuvent utiliser une combinaison de ces substances avec de l'alcool et/ou des sédatifs récréatifs dans le but d'obtenir un sommeil de bonne qualité, de réduire la nervosité et d'améliorer la performance globale aux examens et aux évaluations liées aux études (98).

Il n'existe pas de données disponibles sur la prévalence d'usage en milieu de travail actuellement en France.

Utilisation chez les personnes non atteintes de TDAH : La mise à jour de l'enquête nationale 2000-2006 sur la période 2006-2011 encadrée par les CEIP (Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance) et l'ANSM (Agence nationale de Sécurité du Médicament) a montré une progression du nombre de cas de détournement du méthylphénidate (21 *versus* 83 cas), principalement réalisés pour diminuer la sensation de fatigue, améliorer les capacités attentionnelles ou en substitution de la cocaïne pour voie intranasale ou intraveineuse (101).

Une revue systématique récente de la littérature menée sur l'utilisation et l'impact des amplificateurs cognitifs chez les étudiants universitaires a montré que le MPH est l'un des activateurs cognitifs les plus populaires parmi le modafinil, les mélanges de sels d'amphétamine et les composés liés à la caféine. D'une manière générale dans cette étude, la prise d'amplificateurs cognitifs est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Les substances sont en grande partie obtenues auprès de leur entourage, ainsi que par Internet. Il est suggéré que ces différentes substances sont de plus en plus utilisées chez les personnes en bonne santé, principalement les étudiants sans troubles cognitifs diagnostiqués, pour augmenter leur vigilance, leur concentration ou leur mémoire, dans la conviction que ces stimulants amélioreront leur performance pendant les examens ou les études. L'impact des stimulants cognitifs peut inclure la tolérance, la dépendance et/ou des complications somatiques (98).

Plusieurs études ont examiné les schémas d'utilisation et d'abus du MPH chez les étudiants en médecine. La plage d'utilisation du MPH était de 8 % à 17 %, la plupart des études indiquant son utilisation en l'absence d'un diagnostic formel de TDAH pour améliorer les performances scolaires (102).

Bien que de faible niveau de preuve, l'étude transversale de Zahavi en 2023 (102) a évalué la prévalence et les principales raisons de l'utilisation et de l'abus de MPH chez les internes résidents israéliens. Sur un échantillon de 342 médecins d'âge moyen de 36,5 ans,16,4 % ont été classés comme utilisateurs à bon escient (c'est-à-dire présentant un diagnostic formel de TDAH) et 35,1 % comme utilisateurs abusifs.

Le méthylphénidate fait l'objet d'un suivi national de pharmacovigilance et d'addictovigilance, d'une analyse régulière des données d'utilisation, de conditions particulières de prescription et de délivrance et d'un plan de gestion des risques.

Des documents d'information à destination des patients et de leur entourage ont été par ailleurs réalisés dans l'objectif de rappeler les risques liés à l'utilisation du méthylphénidate, les modalités de surveillance du traitement ainsi que les règles de bonne utilisation.

1.2.7. Détection de stupéfiants

Le dosage et l'interprétation en termes de durée d'action, d'altération de la vigilance dépend de l'outil analytique utilisé et de la matrice étudiée.

D'une manière générale, les échantillons sont d'abord soumis à un test de dépistage (screening), puis à un test de confirmation. Ces tests de dépistage utilisant des techniques immunochimiques présentent differentes limites de détection plus ou moins sensibles (p. Ex., 20, 50, 75, 100 nanogrammes pal ml (ng/ml) pour le THC-COOH dans l'urine). Si un résultat est positif au dépistage, il est préférable de réaliser par la suite un test de confirmation effectué à l'aide de méthode plus sophistiquées

Un dépistage immunochimique, type savonnette où apparaissent des traits colorés, a des durées de détectabilité plus courtes qu'avec une technique de laboratoire de type chromatographie couplée à la spectrométrie de masse en tandem, qui est une technique beaucoup plus sensible.

A titre indicatif, il existe des tableaux concernant la détection des stupéfiants et leur seuil de positivité dans les différentes matrices. La durée de positivité d'une substance peut varier en fonction de nombreux facteurs, y compris techniques. Aussi, il a été choisi de communiquer 2 exemples en annexes 5 et 6.

L'état des connaissances en 2022 (79) réalisé par le groupe de travail de la Société Française de Toxicologie Analytique permet de répondre à des questions que les salariés, employeurs et services de prévention et de santé au travail sont susceptibles de se poser.

Concernant la salive, les contaminations passives (ou le risque de faux positifs) sont beaucoup plus fréquentes qu'avec les autres matrices et s'observent dans 4 circonstances très différentes détaillées ci-dessous.

1.2.7.1. Consommation d'un médicament

À l'exclusion de la sélégiline qui peut se transformer en méthamphétamine et amphétamine, de certains anorexigènes qui ne sont plus inscrits à la Pharmacopée française mais encore disponibles, comme le fenproporex, des vieilles présentations de Vicks aux États-Unis et des médicaments à base d'amphétamine, de morphine, codéine, éthylmorphine ou pholcodine, il n'existe pas de substance thérapeutique pouvant conduire à un résultat positif pour les stupéfiants dans la salive. La présence de morphine dans la salive provient essentiellement d'une consommation d'héroïne ou de morphine médicamenteuse.

1.2.7.2. Consommation d'un aliment ou d'un supplément alimentaire

La consommation de graines de pavot peut conduire à positiver la salive pour la morphine et la codéine au cours des quelques heures qui suivent l'ingestion.

1.2.7.3. Echange de fluide corporel

Même s'il n'existe pas d'étude contrôlée, il est admis qu'embrasser une personne ayant très récemment consommé de la cocaïne peut conduire à un résultat positif. Cela a été le cas chez un sportif de haut niveau et la durée de risque de contamination n'a pas été établie. En théorie, ce raisonnement pourrait être élargi à tout résultat salivaire positif à un autre stupéfiant par contamination de la salive.

1.2.7.4. Contamination par la fumée

Cette situation concerne les stupéfiants fumés, comme l'héroïne, la cocaïne sous forme crack, et surtout le cannabis. En France, fumer de l'ice (méthamphétamine) reste tout à fait exceptionnel.

L'héroïne peut être chauffée et les vapeurs dégagées inhalées dans une pratique qui s'appelle « chasse au dragon ». Cette vapeur contient de l'héroïne inchangée, de la 6- acétylmorphine et des produits de pyrolyse.

Le crack, forme de cocaïne destinée à être fumée, libère lorsqu'il est chauffé de la cocaïne inchangée ainsi que deux produits de pyrolyse, l'anhydroecgonine méthylester et l'acide benzoïque.

La fumée de joint de cannabis renferme du Δ-9-tétrahydrocannabinol (THC) et d'autres cannabinoïdes (14). La quantité de THC présente dans la fumée a été estimée entre 40 et 50 % de la teneur

originale du produit. Le degré d'exposition passive au THC, pour les personnes se trouvant à proximité immédiate de fumeurs, dépend de nombreux facteurs (pourcentage de cannabis présent dans la cigarette, durée d'exposition, taille et ventilation de la pièce, caractéristiques individuelles). Différentes études ont montré qu'on ne dépasse pas une heure de positivité. Cependant, une revue de la litterature réalisée par l'institut national de santé publique du Quebec invite à la prudence pour les individus devant démontrer une absence complète de métabolites de cannabis dans leurs fluides biologiques en raison de leurs occupations et emplois. Les concentrations seuils et les limites légales actuelles au Canada et au Quebec permettent généralement de limiter la possible confusion entre une exposition active et une exposition passive au cannabis par inhalation ce qui ne semble pas être le cas dans les pays européees où la plupart des limites légales sont infèrieures à celle fixée par le Canada (234).

Des tableaux rassemblant les seuils de positivité pour les principales drogues, sont disponibles (Santé publique France, 2019 ; laboratoire ToxGEN) (Cf. annexes).

Il s'agit de seuils de détection et non d'incrimination. Ces seuils sont définis par l'arrêté du 13 septembre 2016 fixant les modalités du dépistage des substances témoignant de l'usage de stupéfiants et des examens et analyses prévus par le code de la route, et abrogeant l'arrêté du 05 septembre 2001.

1.3. Interrelation entre substances psychoactives et milieu professionnel

Malgré une certaine reconnaissance du lien « usage de substances psychoactives et travail » par la littérature, les données probantes semblent encore insuffisantes pour comprendre toutes les logiques de ce double lien. Les études, d'une manière générale, tendent à souligner que l'emploi est plutôt protecteur vis-à-vis des usages de substances psychoactives ce qui n'exclut pas des situations professionnelles à risque.

La plupart des travaux existants décrivent surtout les populations qui consomment de l'alcool mais les liens de causalité avec la situation de travail paraissent encore peu détaillés (110, 111).

Selon la SFA, l'environnement professionnel peut constituer un facteur important de vulnérabilité ou de protection pour un sujet vis-à-vis de l'alcool. L'environnement peut favoriser un mésusage par les valeurs qui sont véhiculées, le niveau et la fréquence de la consommation habituelle d'alcool, et la pression qu'il peut exercer sur la consommation des individus. Inversement, l'environnement peut être protecteur pour des raisons contraires, et par le soutien qu'il peut exercer à toute démarche visant à améliorer l'hygiène de vie et face aux événements de vie pénibles. D'un autre côté, le mésusage de l'alcool peut entrainer des complications sociales, familiales ou professionnelles, et ainsi détériorer les capacités de soutien de l'environnement (112).

Les conséquences et l'impact sur le travail des consommations de substances psychoactives sont mieux appréhendées que les facteurs professionnels prédictifs de consommation.

Cette question abordera :

- les conséquences des usages de substances psychoactives en milieu professionnel ;
- les facteurs professionnels de risque d'usage de substances psychoactives.

1.3.1. Conséquences des consommations de substances psychoactives en milieu professionnel

Les consommations de substances psychoactives accroissent les risques pour la santé et la sécurité du salarié concerné entraînant également des conséquences pour le travail, l'entreprise ou l'institution.

1.3.1.1. Sur le plan de l'entreprise/institution

En 2019, une étude transversale portant sur 5167 travailleurs belges visait à obtenir des données de prévalence sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (AOD) ainsi qu'à explorer les associations entre la consommation d'AOD autodéclarée et les conséquences au travail ressentis par les travailleurs (retard au travail, absentéisme, perte de productivité, blessures, conflits avec les collègues et sanctions de la part des employeurs). Cette étude conclut qu'un travailleur avec un usage problématique d'alcool selon l'Audit-C présente un risque de conséquences négatives sur le travail 3,6 fois plus élevé (IC 95 % [2,86 à 4,60]) qu'un travailleur non concerné. Les travailleurs ayant une consommation de drogues illicites plus d'une fois par mois présentaient également un risque accru d'impact sur le travail (RC= 5,8 ; IC 95 %[2,87 à 11,84]) (113).

Aux États-Unis en 2019, une enquête du Conseil national de sécurité a révélé que 75 % des employeurs déclarent que la consommation d'opioïdes a eu un impact sur le travail et son rendement (114).

Outre la responsabilité de l'employeur qui peut se trouver engagée (santé, sécurité, pouvoir règlementaire), il existe un risque de diminution des performances économiques (baisse de la productivité) et sociales (absentéisme, présentéisme, arrêts de travail). La consommation à risque d'alcool et le trouble de l'usage représente un facteur de risque d'invalidité et de retraite anticipée (115).

Les mésusages d'alcool peuvent également participer à la dégradation de la qualité de vie et des conditions de travail, impactant notamment les relations avec les collègues, la hiérarchie ou encore les destinataires/bénéficiaires du travail (patients, usagers…) (116).

1.3.1.2. Sur le plan individuel

L'impact sur la santé peut concerner la sphère cognitive, psychologique et somatique de l'individu entraînant une baisse de la motivation, des performances (comportement, raisonnement, décisions) et de la qualité du travail (concentration, attention, jugement) avec mises en danger et risques pour la sécurité (accidents de travail et de trajet).

Sur le plan cognitif, les intoxications aiguës et la consommation chronique d'une quantité importante d'alcool nuisent aux fonctions exécutives (117, 118). Par conséquent, les effets de stimulation et l'altération des fonctions exécutives peuvent participer à une difficulté dans la réalisation des tâches et des missions de travail ainsi que dans la décision de limiter sa consommation d'alcool du fait d'une certaine minimisation des troubles.

L'absentéisme et les arrêts de travail

La cohorte Gazel retrouvait déjà en 2017 une relation dose-réponse entre la consommation quotidienne d'alcool et le risque d'absentéisme (119).

En croisant les données de la cohorte norvégienne WIRUS (Workplace Interventions Ensure Risky Alcohol Use and Sick Leave) avec les arrêts de travail (classés en fonction de la durée et du nombre total de jours d'arrêts), une étude prospective sur 12 mois portant sur 14 entreprises, 95 unités de travail (n=2560 ; taux de participation = 14,3%)) n'a pas retrouvé d'association que ce soit en terme

d'habitudes de consommations ou de dommages liés à la consommation d'alcool avec les arrêts de travail (quel que soit leur durée ou le nombre total de jours d'arrêts) (120).

En 2020, une méta-analyse comprenant 21 études (12 études de cohorte et 9 études transversales) a montré que les buveurs à risque (20 à 40 g d'alcool/jour) et à haut risque (> 40 g d'alcool/jour) présentaient un risque élevé d'arrêts maladie par rapport aux buveurs légers à modérés (1 à 20 g d'alcool/j) des deux sexes (121). Chez les hommes, c'est la consommation d'alcool à haut risque qui est significativement associée à un risque accru d'arrêts maladie [(RR = 1,17 (1,07-1,27)] par rapport à une consommation légère à modérée. Chez les femmes, la consommation d'alcool à risque [RR = 1,13 (1,02-1,25)] et à haut risque [RR = 1,10 (1,03-1,17)], est statistiquement associée à un risque accru d'arrêts maladie. Une tendance en J est apparue en ne considérant que les études de cohorte sans les enquêtes transversales. Cette revue systématique et méta-analyse retrouve alors un risque plus élevé d'arrêts maladie chez les abstinents et non buveurs ainsi que les gros buveurs (>40 g d'alcool/jour) par rapport aux buveurs modérés. Chez les hommes, l'abstinence est alors associée à un risque accru d'arrêts de travail de 17 %, [RR = 1,17 (1,03–1,32)] par comparaison à la consommation d'alcool à haut risque [RR = 1,14 (1,00–1,29)]. La même tendance est observée chez les femmes : abstention d'alcool [RR = 1,12 (1,03–1,20))/ consommation d'alcool à haut risque [RR = 1,10 (1,01–1,19)]. Cette méta-analyse avance l'hypothèse que les arrêts de travail chez les abstinents concerneraient d'anciens gros consommateurs ou bien auraient une autre origine que l'alcool.

Marzan en 2023 confirme la forte association dose-réponse entre la consommation d'alcool et les arrêts maladie sur une enquête nationale menée auprès des travailleurs australiens âgés de ≥ 20 à 69 ans (222).

Selon la méta-analyse de Troelstra en 2020, le tabagisme augmente à la fois le risque et le nombre de jours d'absence pour maladie dans les populations actives, quels que soient le lieu d'étude, le sexe, l'âge et la catégorie professionnelle (cf. p 28). Encourager l'arrêt du tabac sur le lieu de travail pourrait donc être bénéfique pour les employeurs et les salariés (37).

Selon l'étude de cohorte CONSTANCES, la consommation de cannabis augmente prospectivement le risque d'absences pour maladie de courte et moyenne durée, même à partir d'une fois par mois et avec une relation dose-dépendante pour les absences pour maladie de courte durée. Ces résultats devraient être pris en compte dans les campagnes d'information et de prévention de santé publique pour alerter la population générale et les travailleurs de ce risque accru (122).

La relation entre les habitudes de consommation d'alcool et les absences pour maladie est donc assez bien documentée. Dans l'ensemble, les données probantes suggèrent que des niveaux plus élevés de consommation d'alcool et de consommation à risque peuvent augmenter la probabilité d'absence pour maladie. Néanmoins, la littérature recommande la réalisation d'études longitudinales prenant en compte la durée des arrêts de travail et les modes de consommation (116).

Diminution des performances et de la qualité au travail

Ils sont illustrés entre autres par les données de l'étude WIRUS (123, 124).

Le présentéisme lié à l'alcool (diminution du rendement au travail associé à la consommation d'alcool) se démarque comme un sujet important mais encore peu étudié. La revue systématique WIRUS (124) conforte l'idée selon laquelle la consommation d'alcool des travailleurs peut être associée à une altération des performances au travail. Ce lien nécessite d'être étayé par des études longitudinales (124).

Les accidents du travail

En 2019, 21 165 accidents, soit 38 % des accidents, ont impliqué un usager en trajet domicile travail ou trajet professionnel (Observatoire national interministériel de la sécurité routière). D'après la revue systématique de Frumento, les travailleurs impliqués dans des accidents de la route se sont révélés positifs à l'alcool en moyenne dans 3,02 % des cas, aux drogues dans 0,84 % des cas et pour les médicaments dans 14,8 % des cas (125) mais le nombre d'études concernant les médicaments est très faible (N=3).

En France, l'étude ActuSAM (2016) concerne les accidents routiers mortels, sans tenir compte de leur survenue dans un contexte privé ou de travail. Elle précise le risque d'être responsable d'un accident routier mortel en étant sous l'influence de :

- cannabis seul : risque multiplié par 1,65 [1,16-2,34] ;
- alcool seul (≥0,5g/l) : risque multiplié par 17,8 [12,1-26,1] ;
- alcool + cannabis : risque multiplié par 29 : chiffre à priori communiqué par les autorités gouvernementales mais ne figurant pas dans la publication officielle de l'étude ActuSAM (126).

Dans l'étude de cohorte CONSTANCES, le risque d'accidents du travail graves est multiplié par 2 dès lors qu'il existe une consommation chronique hebdomadaire excessive (définie dans CONSTANCES par au moins 2 verres par jour chez les femmes et 4 verres par jour chez les hommes). Le risque d'accidents du travail graves est augmenté de 50 % pour ceux qui ont une API au moins une fois par semaine (3).

Les secteurs professionnels susceptibles de présenter des risques d'accidents du travail plus fréquents sont davantage étudiés dans la littérature scientifique comme le secteur de la construction (127).

La perte d'emploi, l'accès et le retour à l'emploi

La majorité des études qui traitent de la question sur les déterminants et les conséquences de la consommation d'alcool en lien avec l'environnement professionnel concluent à une codétermination des risques de chômage et de consommation d'alcool.

Sur la base de l'enquête déjà ancienne Santé et itinéraire professionnel (SIP) 2006-2010, a été mis en évidence le lien existant entre consommation à risque chronique d'alcool et la situation de l'emploi en 2010. Être buveur à risque en 2010 augmente de façon importante le risque d'être au chômage. La probabilité de ne pas être en emploi pour les buveurs à risque est environ de 30 % supérieure à celle des autres personnes (110).

Selon la cohorte CONSTANCES (3) :

L'usage d'alcool, de tabac ou de cannabis est associé à des risques augmentés de perte d'emploi à court terme et tous les travailleurs sont potentiellement concernés. Ces risques existent quel que soit l'âge, le sexe, l'existence de symptômes dépressifs et l'état de santé général. Ces risques existent y compris en l'absence d'autres facteurs de vulnérabilité à la perte d'emploi (niveau d'éducation, catégorie professionnelle, revenus, stress au travail, type de contrat de travail, type de temps de travail et temps passé au chômage).

Les fumeurs ont un risque de perte d'emploi à un an au moins multiplié par 1,5 par rapport aux non-fumeurs, et cela, y compris pour ceux consommant moins de 10 cigarettes par jour.

Un usage dangereux de l'alcool (défini par un score à l'AUDIT entre 8 et 15) est associé à un risque multiplié par 1,5 de perte d'emploi à un an, et pour les sujets dépendants, ce risque est multiplié par 2.

La consommation de cannabis, même occasionnelle (moins d'une fois par mois), est associée à un risque de perte d'emploi à un an presque multiplié par 2. Ce risque est presque multiplié par 3 lorsque la consommation est d'au moins une fois par mois.

Les résultats d'une étude transversale de la cohorte CONSTANCES concernant le tabac, sont en accord avec la littérature scientifique concernant le rôle protecteur de l'emploi sur les comportements de santé délétères. Les actifs occupés issus de la population française métropolitaine ont des prévalences de tabagisme plus faibles que les actifs inoccupés chez les hommes comme chez les femmes (128).

L'accès à l'emploi chez les adultes demandeurs d'emploi est également influencé par la consommation de tabac, alcool et cannabis selon une recherche prospective à partir de la cohorte CONSTANCES (129).

Comparés aux non-fumeurs, les fumeurs modérés et les gros fumeurs sont davantage susceptibles de rester au chômage avec des OR de 1, 33 (IC 95 % [1,08-1,64]) et 1,42 (IC 95 % [1,04-1,93]).

Par rapport aux consommateurs d'alcool à faible risque, les non-consommateurs d'alcool et les consommateurs d'alcool à risque élevé ou très élevé sont davantage susceptibles de rester au chômage, avec des OR de 1,40 (IC à 95 % [1,03-1,83]) et 2,10 (IC 95 % [1,53-2,87]), respectivement.

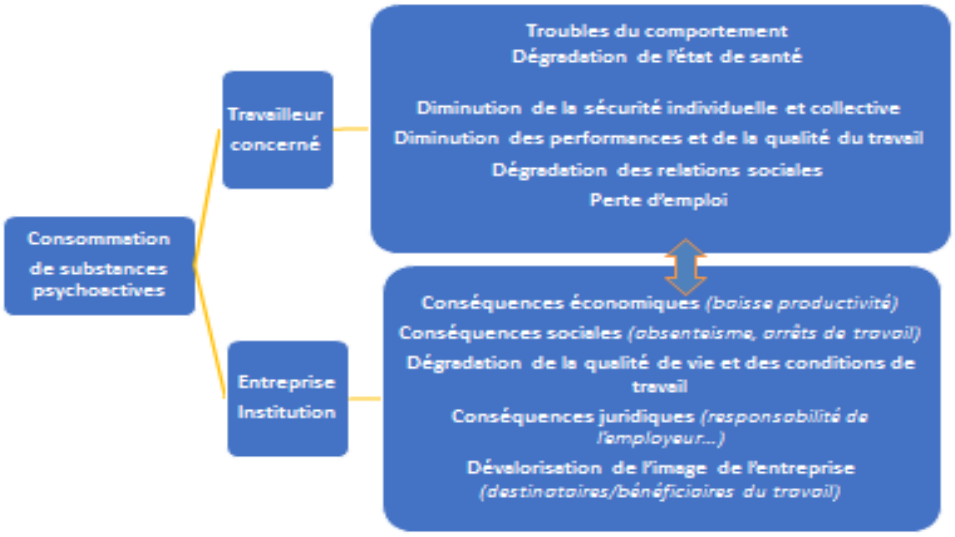
Comparés aux participants qui n'ont jamais consommé de cannabis, les consommateurs, une fois par semaine ou plus, sont davantage susceptibles de rester au chômage avec un OR de 1,63 (IC 95 % [1,33-2,01]).

L'étude de cohorte CONSTANCES a également fourni des résultats prospectifs sur l'association entre la consommation de substances et l'emploi ultérieur chez les étudiants (130).

Si la consommation de tabac n'est pas associée de manière significative à l'emploi, la consommation de cannabis au moins une fois par semaine est associée à une probabilité accrue de chômage (OR= 1,73 (IC95 % [1,16-2,57]).

La dépendance à l'alcool était associée à une probabilité accrue d'être au chômage OR =1,65 (IC95% [1,16-2,34]).

En conclusion, la consommation de substances psychoactives peut altérer l'état de santé des salariés. Ces altérations peuvent diminuer l'efficience au travail et nuire aux relations interpersonnelles. Le schéma suivant propose une synthèse des données de la littérature.



Conséquences des consommations de substances psychoactives

L'étude des facteurs influençant l'usage de substances psychoactives est donc essentielle.

1.3.2. Facteurs professionnels de risque de consommation de substances psychoactives

Les facteurs de risque et de protection professionnels vis-à-vis des conduites addictives sont interdépendants et se combinent y compris avec les facteurs personnels comme par exemple le niveau d'éducation, le fait de vivre seul ou pas … (113). Néanmoins, peu de modèles dans la littérature ont étudié ces associations de manière suffisante pour conceptualiser ce lien.

Les facteurs protecteurs sont souvent mal identifiés dans la population des travailleurs, en dehors de la population au chômage où le travail est reconnu comme protecteur.

Les facteurs de risque professionnels sont susceptibles d'initier, de favoriser ou de renforcer les usages de substances psychoactives. Ils favorisent également la rechute chez les individus vulnérables.

Si la majorité des études concernent l'alcool, il existe également des données concernant l'usage du tabac, du cannabis et des médicaments psychotropes. Les données probantes à propos de l'impact des facteurs de risque sur les modes de consommation et en fonction des sexes sont relativement peu nombreuses consistant en des associations significatives et non pas des facteurs de causalité.

Ces facteurs de risque trouvent leurs sources dans les conditions et l'organisation du travail, la disponibilité des substances, les pratiques culturelles (131, 132).

1.3.2.1. Conditions d'emploi, facteurs organisationnels et relationnels

La consommation de substances psychoactives chez les travailleurs peut être une réponse aux qualités physiques et psychosociales de l'environnement de travail, pouvant alors accroître la probabilité de consommer des substances afin de gérer les pressions et les tensions concurrentes (133).

La durée hebdomadaire de l'emploi

Selon l'étude de cohorte CONSTANCES, les hommes travailleurs à temps partiel ont des prévalences plus élevées d'usage d'alcool, de consommation de tabac, de cannabis et de médicaments anxiolytiques que ceux travaillant à temps plein. Chez les femmes, on observe l'inverse. Par ailleurs, les travailleurs à temps partiel sont davantage touchés par le mésusage de médicaments psychotropes anxiolytiques que ceux à temps complet (3).

Une revue systématique et méta-analyse réalisés par l'OMS sur l'impact de la durée des heures travaillées fournit des données peu probantes. L'exposition à de longues heures de travail augmente potentiellement la consommation d'alcool mais le lien avec l'usage à risque doit être exploré. Il n'a pas été retrouvé d'association avec le trouble de l'usage d'alcool (134).

Horaires atypiques

L'étude de cohorte CONSTANCES confirme que les horaires atypiques (travail en horaires nocturnes, de week-end ou irréguliers) sont associés de manière prospective à la consommation de tabac, alcool, cannabis (135). Selon les auteurs, les usages de substances psychoactives peuvent apparaître rapidement après l'exposition du salarié à un travail en horaires atypiques. En revanche, aucune association n'a été relevée avec la consommation de gras et de sucre. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les actifs précaires et les autres actifs (138).

Contraintes physiques et conditions de travail difficiles

La plupart des études cherchant à évaluer l'incidence des conditions de travail en la matière soulignent le rôle important des contraintes physiques et de la pénibilité en lien avec des conditions de travail difficiles ou inconfortables (par exemple, un environnement froid, de longues heures debout, des efforts physiques extrêmes…).

En France, la cohorte Gazel montrait déjà que la variation de consommation d'alcool sur un an apparaît statistiquement associée à la variation de l'exposition à certaines contraintes, comme travailler en plein air, être exposé aux secousses et vibrations, ou encore porter des charges lourdes (223).

L'association entre la consommation de substances psychoactives et les facteurs liés au travail peut être médiée par la douleur ou l'inconfort lié au travail. Une prévalence plus élevée de troubles liés à l'usage d'opioïdes est associée à la pénibilité aux États-Unis (136).

La consommation d'alcool à risque est plus fréquemment associée aux emplois physiquement difficiles (110).

Selon l'étude de cohorte longitudinale CONSTANCES, les efforts physiques importants perçus au travail ainsi que l'épuisement physique au travail sont associés significativement à la consommation de tabac et de cannabis ainsi que de sucres et de graisse. Aucune association n'a, en revanche, été relevée avec la consommation d'alcool. Concernant le tabac, un effort physique important est associé à une consommation de tabac avec une relation dose-dépendante. Les anciens fumeurs ont davantage tendance à rechuter et les fumeurs sont moins susceptibles d'arrêter. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les actifs précaires et les autres actifs (135, 138).

Selon une étude canadienne prospective sur 16 ans, les personnes ayant des emplois plus exigeants physiquement étaient plus susceptibles d'être dans la catégorie des buveurs modérés par rapport à la catégorie des non-buveurs 12 % (IC à 95 % [1,01 à 1,23]). Des niveaux plus élevés d'efforts physiques au travail étaient associés à la plus forte consommation d'alcool chez les hommes, mais à une consommation d'alcool plus faible chez les femmes (139).

Risques psychosociaux et tension psychique

Les risques psychosociaux (RPS) au travail que sont le stress, la violence interne et la violence externe ainsi que leurs facteurs favorisants constituent une des composantes pouvant favoriser des conduites addictives. Ils peuvent être engendrés par l'activité en elle-même, l'organisation du travail ou être générés par les rapports sociaux au travail.

Des facteurs divers sont à l'origine du stress et des RPS au travail. Il en existe plusieurs approches : les 6 familles du rapport Gollac (2011), le modèle de Karasek (1985, demande psychologique-latitude décisionnelle et soutien social), le modèle de Siegrist (1998, effort-récompense), l'approche de la clinique de l'activité (Yves Clot) et le modèle C2R (contraintes-ressources-régulation) de l'ANACT. Plusieurs études ont signalé des associations entre les facteurs psychosociaux du travail et diverses mesures de consommation nocive d'alcool ou de morbidité liée à l'alcool.

Les études de l'incidence des risques psycho-sociaux sur la consommation d'alcool fournissent des résultats contrastés mais des associations longitudinales ont déjà été décrites entre le stress au travail et les usages d'alcool, de tabac et de cannabis.

Stress

La cohorte CONSTANCES a pu mettre en évidence que le stress au travail était associé à un risque accru d'usage chronique de benzodiazépines à 2 ans. Elle décrit également une relation de proportionnalité entre l'intensité du stress au travail (mesurée selon l'échelle de déséquilibre efforts-récompense) et le risque de consommation chronique de ces médicaments, qui était au moins multiplié par 2 chez les sujets les plus stressés quelle que soit la catégorie sociale concernée (140, 141). Une étude transversale, menée dans le cadre du projet national norvégien WIRUS (n=3414) constate une augmentation des consommations à risque d'alcool chez les travailleurs rapportant des niveaux élevés de déséquilibre efforts-récompense en conjonction avec un surengagement élevé [OR ajusté =1,40 (IC 95 % [1,10-1,78]) par rapport à ceux qui ont de faibles niveaux de déséquilibre efforts-récompense ainsi qu'un faible surengagement (19).

Charge de travail

Celle-ci peut être associée à une charge mentale importante et à une articulation vie professionnelle-vie privée problématique. De nombreuses études ont montré que les exigences de l'activité, le contrôle et la complexité du travail favorisaient la consommation d'alcool (110).

Les exigences psychologiques sur le lieu de travail peuvent influencer différemment la consommation d'alcool chez les hommes et chez les femmes (131). Une enquête canadienne longitudinale (échantillon national représentatif, n=5458) sur 16 ans (1994 à 2010) constate que l'effort physique et les exigences psychologiques au travail peuvent être associés à des trajectoires de consommation d'alcool (139). Les femmes travaillant dans des lieux de travail psychologiquement exigeants peuvent adopter des comportements de consommation d'alcool plus élevés que les hommes (139).

Autonomie décisionnelle et contrôle sur le travail

Une autonomie insuffisante ou non adaptée, un manque de marges de manœuvre entraînant des contraintes de rythme (délais serrées et stricts ou cadences élevées) ainsi que la faible possibilité d'exercer ses compétences semblent avoir un impact sur l'usage de SPA.

L'étude prospective d'Almorth portant sur 3 millions de travailleurs suédois visait à étudier l'association entre le contrôle de l'emploi basé sur l'occupation, les exigences professionnelles et leur combinaison (tension professionnelle) et la morbidité diagnostiquée liée à l'alcool tout en tenant compte de plusieurs facteurs potentiellement confondants mesurés tout au long de la vie, y compris l'éducation. Un faible contrôle du travail était associé à un risque accru de morbidité liée à l'alcool, tandis

que des exigences professionnelles élevées avaient tendance à être associées à un risque réduit. Les emplois passifs et exigeants chez les hommes et les emplois passifs chez les femmes étaient également associés à un risque accru de diagnostic d'alcool. Cependant, toutes les associations se sont révélées affaiblies dans les modèles ajustés pour d'autres facteurs mesurés prospectivement tout au long de la vie, en particulier dans les modèles incluant le niveau d'éducation. Un moindre contrôle du travail reste toutefois associé à un risque plus élevé de morbidité liée à l'alcool (142).

Rapports sociaux et soutien social

L'étude prospective de Dobson réalisé à partir d'un échantillon national canadien sur 16 ans constate que les buveurs modérés (2-3 verres/jour) rapportent moins de soutien social que les non-consommateurs 8 % (IC95 % [1,01 à 1,15]). Cette étude ne précise pas s'il s'agit du soutien des collègues ou des supérieurs hiérarchiques (139).

L'enquête réalisée en période d'épidémie de la COVID-19 portant sur plus de 4 000 salariés du secteur public et du secteur privé indique que parmi les répondants qui déclarent consommer davantage de substances psychoactives, 75 % attribuent cette augmentation à leurs conditions de travail. Les principales raisons de cette hausse incluent un sentiment de solitude par rapport à leurs collègues (31 %), des évolutions des conditions d'emploi et de travail (29 %) et une charge de travail (26 %) potentiellement sources de stress (143).

Selon l'étude prospective américaine de Rospenda sur 25 ans portant sur 2530 employés d'université aux Etats-Unis, le harcèlement psychologique chronique au travail serait associé à un abus d'alcool (144). D'autres études longitudinales seraient nécessaires.

Exigences émotionnelles

Les métiers en lien avec le public du fait d'exigences émotionnelles professionnelles élevées. Selon la cohorte CONSTANCES (226) :

Chez les hommes, l'exposition stressante au public est associée à des risques augmentés d'usage de tabac, de cannabis et d'alcoolisations ponctuelles importantes (API).

Chez les femmes, l'exposition stressante au public est associée à des risques accrus d'augmenter leur consommation de tabac et de cannabis ainsi que leur consommation hebdomadaire d'alcool. De plus, chez les femmes exposées, il existe un risque au moins multiplié par 2 de dépendance à l'alcool.

Le risque aggravé de consommation de substances psychoactives existe indépendamment de la présence d'autres facteurs de vulnérabilité (souffrance au travail, trouble de l'usage d'alcool) et quelle que soit la catégorie socio-professionnelle.

Les métiers de services (personnel naviguant, contrôleurs des transports en commun etc.), les métiers relationnels (ex : commerce, enseignement, formation etc.) et les professions du soin sont concernés. Du fait de l'importance grandissante du secteur tertiaire, de très nombreux travailleurs sont exposés à ce risque professionnel.

Des professions davantage exposées du fait du cumul des risques

Si tous les métiers sont concernés, certaines professions sont plus susceptibles d'être liées à la consommation de substances. Par exemple, les chauffeurs de camions de longue distance, qui doivent rester éveillés et maintenir leur concentration pendant de longues périodes monotones de conduite, peuvent être plus exposés au risque de consommer des stimulants. D'autres groupes de travailleurs soumis à de fortes pressions, à une concurrence féroce ou au harcèlement moral dans leur cadre professionnel peuvent consommer diverses substances améliorant les performances

pour différentes raisons, comme pour améliorer leur productivité ou surmonter la fatigue due au décalage horaire (EMCCDA).

Les médecins et les autres professionnels de la santé ont une facilité d'accès aux médicaments combinée à du stress au travail. Outre les facteurs inhérents au métier, plusieurs études non probantes évoquent les conditions de travail chez les infirmiers qui évoluent négativement : exigences de soins accrues, conditions de travail inadéquates, salaires bas, manque de soutien social, charge de travail, stress, facilité d'accès et faible rémunération (145).

Des professions davantage exposées aux risques de traumatisme psychique

Selon la méta-analyse d'Irizar, les professions présentant un risque accru de syndrome de stress post-traumatique (SSPT), notamment les premiers intervenants (police, pompiers, personnel ambulancier et secouristes), les professionnels de la santé mais également conducteurs de train et journalistes présentent un risque majoré de consommation de substances psychoactives (146). L'American Academy of Nursing confirme à travers la littérature que les infirmières sont plus exposées que la population générale aux troubles liés à l'usage de substances, au syndrome de stress post-traumatique et d'épuisement (147).

Epuisement professionnel

Un lien entre le sentiment d'épuisement professionnel (qu'il soit associé à une surcharge de travail, une perte de sens et de motivation ou un ennui et une sous charge de travail) et troubles de l'usage des substances est retrouvé dans plusieurs études qui restent non probantes étudiant des secteurs particuliers comme le milieu de la santé, de l'armée… (159, 160).

Précarité et évolution du travail

Les changements dans les modes de travail, y compris l'augmentation du télétravail pendant la pandémie de COVID-19 et la croissance des modalités de travail à court terme et de l'emploi précaire, entraînent souvent la perte de la relation traditionnelle employeur-salarié. Les personnes travaillant dans ces conditions peuvent être exposées à un risque élevé de consommation de drogues et d'alcool pour faire face au stress et aux tensions de ces modes de travail, d'autant plus qu'elles n'ont pas nécessairement de lieu de travail fixe ou d'employeur pour assumer la responsabilité de les soutenir et de prévenir l'escalade des problèmes. De nouveaux modèles préventifs pour répondre à leurs besoins devront être élaborés (EMCCDA, 26).

L'une des préoccupations émergentes est la croissance rapide, en Europe et dans le monde, des modalités de travail à court terme et de ce que l'on appelle le travail précaire. Ces pratiques de travail se caractérisent notamment par l'absence de contrôle social/individuel sur les conditions de travail, la fragmentation des temps et des espaces de travail, le chevauchement ou l'estompement des frontières entre vie professionnelle et vie privée ou la difficulté à trouver un équilibre entre le travail rémunéré et d'autres aspects de la vie, les conditions de concurrence.

Selon une étude de cohorte suédoise (n=339 403) portant sur des individus de 27 ans entre 2000 et 2003, les jeunes adultes occupant un emploi précaire présentaient un risque accru de morbidité liée à l'alcool par rapport aux individus du même âge occupant un emploi standard (161).

Peu d'études concernent le profil « salarié intérimaire » qui présente des spécificités d'exposition dont un environnement/organisation du travail souvent instables, une variabilité et typologie spécifiques des tâches, des employeurs multiples.

1.3.2.2. Disponibilité et accessibilité des substances psychoactives, pratiques culturelles socialisantes

Parmi les raisons non liées à l'emploi figurent des facteurs sociaux, tels qu'une tolérance sociale « élevée » à l'égard de la consommation d'alcool et de drogues (normalisation de la consommation de substances), des modèles culturels qui peuvent rendre les travailleurs plus susceptibles de consommer des drogues, et l'accès plus large des travailleurs à ces substances (dans les secteurs de l'alcool et du divertissement, par exemple) (EMCCDA).

La disponibilité physique de l'alcool au travail est définie comme la facilité avec laquelle l'alcool peut être obtenue pour être consommée au travail, pendant les pauses et lors d'événements liés au travail. La disponibilité sociale de l'alcool au travail est définie comme la mesure dans laquelle les collègues de travail soutiennent la consommation d'alcool en dehors ou au travail.

Les données de l'étude transversale norvégienne WIRUS (Workplace Interventions Ensure Risky Alcohol Use and Sick Leave) suggèrent que des facteurs allant au-delà des caractéristiques individuelles, tels que la culture organisationnelle et le contexte social, pourraient jouer un rôle dans la survenue d'arrêts de maladie et leur durée. (120).

Une autre étude transversale menée dans le cadre du projet Wirus auprès d'un échantillon large (n=5388) et hétérogène (22 entreprises) de salariés, souligne l'importance des normes sociales et culturelles de la consommation d'alcool sur le lieu de travail ainsi que du leadership. Celui-ci par sa posture peut influencer la culture de consommation au travail et impacter le repérage précoce de travailleurs susceptibles de bénéficier d'intervention de prévention. Cette étude met également en évidence que le soutien social au travail qui est plutôt présenté comme un facteur protecteur par la littérature, peut devenir à l'inverse un facteur d'intégration associé à une culture de consommation (152). Ceci va dans le sens de la revue systématique de Baeck en 2023 qui montre qu'un contexte social positif et un soutien social de qualité sans consommation d'alcool est associé à un risque réduit de rechute de trouble de l'usage d'alcool (155). A l'inverse, des interactions sociales inadaptées sur le lieu de travail majorent le risque de consommation de substances ou d'alcool (144).

1.3.2.3. Management et niveau de bien-être, satisfaction au travail et qualité de vie au travail

Une étude transversale norvégienne (n = 1608) sur autodéclaration décrit que les buveurs à risque d'alcool hommes et femmes signalent une détresse psychologique et une moindre satisfaction au travail sans pouvoir préjuger d'une relation causale (154).

Certaines formes de management peuvent inciter certains professionnels à se « doper » avec des substances psychoactives (par exemple les managements de l'hyperperformance favorisant la productivité et la compétition entre salariés, le flou des statuts et des rôles…) (125). Certaines des études sélectionnées par la revue systématique de Frumento ont également fourni des informations sur l'impact des facteurs professionnels sur la consommation de substances. La vulnérabilité à la consommation d'alcool sur le lieu de travail était significativement augmentée par les facteurs de stress liés au travail (conflit de rôle et abus de supervision) combinés à un faible suivi social des comportements de consommation d'alcool.

Ces facteurs interagissent également avec le niveau de bien-être, la satisfaction au travail et plus globalement la qualité de vie au travail.

Une étude longitudinale coréenne portant sur une cohorte de 9611 participants de 2009 à 2021 montre que le travail temporaire et l'insatisfaction au travail avaient des effets néfastes sur les troubles liés à la consommation d'alcool et les symptômes dépressifs (157).

Selon l'étude transversale de Lambrecht (113), un faible niveau de bien-être au travail est associé à la prise de médicaments psychoactifs (OR=2,3, IC95% [1,10 à 4,91]) qui aurait un impact sur le travail.

Une étude norvégienne a indiqué que la consommation d'alcool à risque chez les travailleurs norvégiens était associée à des niveaux de détresse psychologique significativement plus élevés et à une moindre satisfaction au travail par rapport aux travailleurs qui buvaient moins (154).

1.3.2.4. Télétravail

Le télétravail est une organisation du travail en plein développement depuis la crise sanitaire du Covid en 2020. Sur le plan réglementaire, l'article L. 1222-9 du Code du travail dispose que « …le télétravail désigne toute forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication... ».

Le télétravail présente des avantages pour les travailleurs : l'absence de trajet domicile-travail réduit le stress et permet un meilleur équilibre vie professionnelle – vie privée ; lorsque l'environnement du domicile le permet, il est noté moins d'interruption dans les tâches et une meilleure productivité (156, 157). *A contrario*, l'organisation du télétravail, son environnement matériel et logiciel ainsi que d'autres facteurs peuvent avoir des effets négatifs : l'isolement du travailleur, la perte du collectif de travail, l'ennui, l'épuisement si le temps et la charge de travail sont mal gérés, le risque de troubles musculosquelettiques… (158). Toutefois, il est utile de rappeler que la Haute autorité de santé et la Société française de médecine du travail (devenue Société française de santé au travail) considèrent que le télétravail fait partie des mesures mobilisables dans le cadre du plan de maintien en emploi ou de retour au travail (159).

Aussi, il convient de s'interroger sur l'impact préventeur ou facilitateur du télétravail sur les usages de substances psychoactives. La revue de la littérature apparaît pauvre sur ce sujet. En effet, aucune recommandation, méta-analyse ou revue systématique de la littérature n'a été retrouvée sur ce sujet spécifique. Seules 4 études, portant principalement sur les usages d'alcool et de cannabis ont pu être sélectionnées.

Nielsen MB et al ont mené, avant la crise sanitaire du Covid, une étude transversale auprès de 14 728 télétravailleurs norvégiens, dont l'âge moyen est égal à 43,56 ans (154). Parmi ces sujets, 1,6 % (n = 223) avaient effectué plus de 15 heures de télétravail la semaine précédant l'enquête (soit plus de 2 jours). En interrogeant les travailleurs sur le nombre moyen d'unités d'alcool consommées par semaine, les auteurs montrent que télétravailler plus de 15 heures par semaine est significativement associé à une consommation d'alcool plus élevée (OR ajusté = 1,42 ; IC 95 % [1,05 – 1,92]).

En 2018, Nargis N et al ont étudié l'impact du télétravail sur le tabagisme à partir d'une population de 1 390 travailleurs américains (161). Parmi eux, 10,1 % télétravaillent au moins une fois par semaine et 11,7 % sont fumeurs. Les résultats ne montrent pas d'association significative entre l'intensité du tabagisme et la fréquence de télétravail. Toutefois, les auteurs sont prudents sur leurs conclusions. En effet, les effectifs des sous-groupes sont faibles. De plus, il est possible que les télétravailleurs soient moins susceptibles de fumer à domicile en raison des lois sur les logements sans tabac aux Etats-Unis.

Durant la période de pandémie, Watanabe C et al ont mené une enquête par internet auprès de 20 395 travailleurs japonais, dont 5 271 télétravaillent au moins 1 jour par semaine (162). Le questionnaire comprenait notamment des items sur les modalités du télétravail – choisi par le travailleur ou imposé par l'entreprise – et les modalités de consommation d'alcool – « en augmentation » ou

« sans augmentation ». Les résultats montrent que près de 10 % des télétravailleurs (n = 651) le font par contrainte. Chez ces derniers, l'analyse multivariée révèle une augmentation significative de leur consommation d'alcool lorsque le télétravail est supérieur à 1 jour par semaine (OR = 1,53 ; IC 95 % [1,18 – 2,00]). A l'inverse, les résultats ne montrent pas d'augmentation significative de l'usage d'alcool chez les salariés ayant choisi le télétravail (OR = 1,12 ; IC 95 % [0,98 – 1,27]).

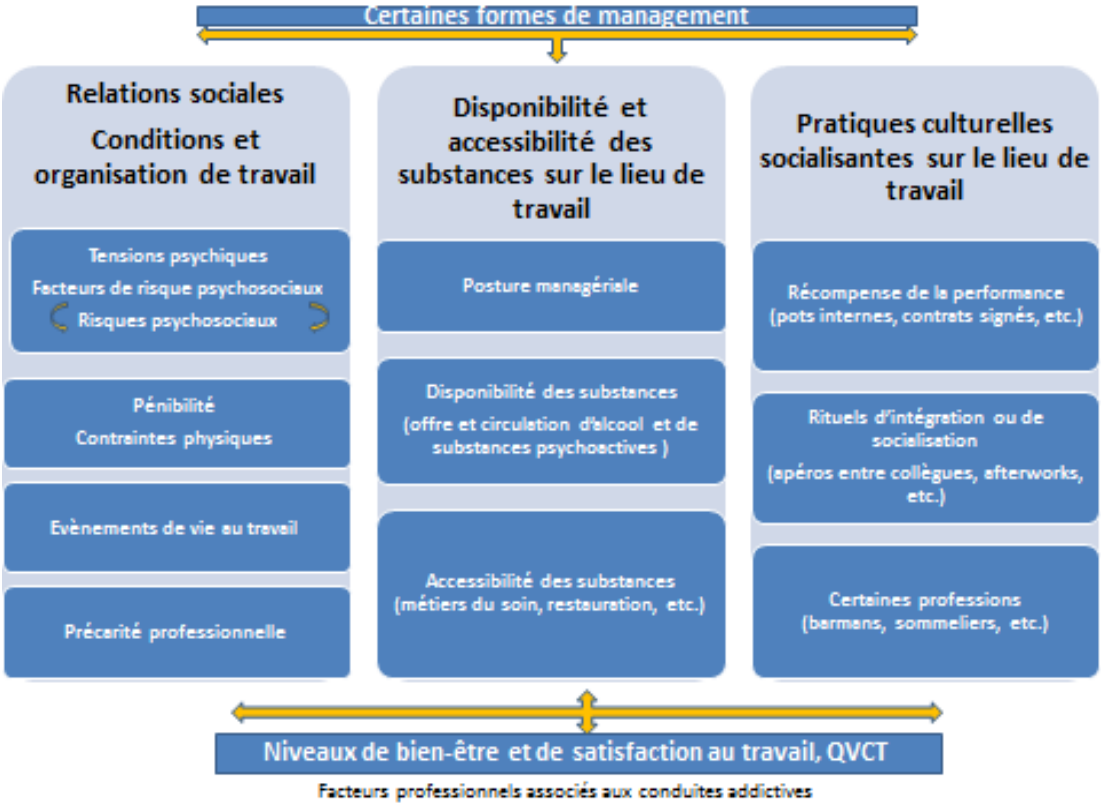
En France, la Mildeca a piloté une enquête, via un institut de sondage auprès de 4 000 travailleurs en octobre 2020, soit 6 mois après le premier confinement et quelques semaines avant un nouveau confinement partiel (165). Parmi les résultats, il est à noter que 31 % des travailleurs ont rapporté un sentiment d'isolement par rapport aux autres collègues, ce qui est significativement associé à un usage plus important de l'ensemble de substances psychoactives ($p \geq 0,05$). Deux autres facteurs de hausse de consommation ont été cités : les évolutions des conditions d'emploi et de travail (29 %) et la charge de travail (26 %). Un résultat non publié de l'enquête montre que le fait d'être en télétravail, durant cette période de pandémie, n'augmente pas les usages de substances psychoactives.

L'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) a publié, en 2024, un avis relatif à l'état des connaissances sur l'influence du travail à distance sur la santé des travailleurs (164). Ce rapport souligne que la littérature actuellement disponible concernant les effets du télétravail sur la santé dans des contextes comparables à celui de la France et hors pandémie s'avère relativement pauvre et que « la transposition à la situation française de travaux réalisés à l'étranger dans des contextes économiques et socio-culturels différents est à faire avec précaution ». En dehors de certains bénéfices, certaines conditions de travail et certains effets négatifs sur la santé physique et mentale des travailleurs (troubles musculosquelettiques, perturbation des rythmes circadiens, comportement alimentaire et addictif, risques psychosociaux…) nécessitent l'attention des acteurs de la santé au travail. Des travaux de recherche sont à poursuivre sur le télétravail.

En conclusion, il est difficile actuellement de se prononcer sur l'impact spécifique du télétravail sur les usages de substances psychoactives. Il est nécessaire de mener des études sur de grands effectifs, dans différents secteurs d'activité, prenant en compte d'une part les critères d'organisation du télétravail (fréquence hebdomadaire, horaires, conditions matérielles et logicielles, relations avec les collègues et la hiérarchie, autonomie, objectifs…), et d'autre part la situation du travailleur (type de contrat de travail, catégorie socioprofessionnelle, métier, caractéristiques du logement…) ainsi que ses éventuelles plaintes (douleurs, stress, troubles du sommeil…) et son niveau d'usage de substances psychoactives (abstinence, trouble de l'usage…). Dans l'attente des résultats de ces études, il convient de ne pas remettre en cause le fait que le télétravail constitue une des mesures mobilisables dans le cadre du plan de maintien en emploi ou de retour au travail (159).

En synthèse de ce chapitre et à ce jour, des associations significatives entre usage de substances psychoactives et certains facteurs professionnels sont observées à travers les données disponibles sans parler de relations causales.

Le schéma suivant reprend les différents facteurs professionnels associés aux conduites addictives cités dans la littérature sans prétendre modéliser une situation complexe.



Facteurs professionnels associés aux conduites addictives

Les prochaines études devraient mettre à profit des études méthodologiques plus solides, permettant d'évaluer les facteurs professionnels favorisants l'usage de substances psychoactives, en particulier sur le plan organisationnel et tenant compte des différents secteurs d'activité.

Le *workaholism* ne rentre pas dans le cadre de nos recommandations puisqu'il ne concerne pas directement les usages de substances psychoactives. Décrit pourtant comme un processus résultant d'intéractions complexes entre facteurs socio-professionnels et individuels, il présente des similitudes avec certains usages de substances psychoactives sur le plan psychologique et comportemental. Il est décrit dans l'annexe 8.

1.4. Pathologies duelles en population active

Les pathologies duelles désignent la co-occurence d'un trouble de l'usage de substances psychoactives et d'un trouble psychiatrique. Le trouble de l'usage de substances psychoactives précède l'expression des troubles psychiatriques dans un certain nombre de cas et le poly-usage notamment de médicaments psychotropes comme les benzodiazépines figure parmi les facteurs d'alerte. Les pathologies duelles concerneraient environ 3% de la population générale selon la National Survey on Drug Use and Health Services Administration aux États Unis (SAMHSA 2012).

La recherche de la littérature n'a pas permis d'identifier de cohorte française qui étudie spécifiquement la pathologie duelle trouble mental/trouble de l'usage de substances psychoactives. Il est donc important d'évaluer les consommations des patients travailleurs ayant une pathologie psychiatrique

et d’être vigilant sur l’existence de troubles psychiatriques chez les patients travailleurs usagers de substances psychoactives.

2. Quelles sont les responsabilités juridiques des différents acteurs en termes de partage d'information, dépistage et traçabilité ?

Préambule

La santé au travail présente quelques particularités. Si, conformément aux principes du Code de la santé publique relatifs aux droits des usagers du système de santé, « toute personne a droit de choisir librement son médecin », un tel principe ne s'impose pas dans le cadre du suivi en santé au travail. En effet, le salarié est lié par un contrat de travail à son employeur sur lequel repose l'obligation d'organiser les Services de prévention et de santé au travail (article L. 4622-1 du Code du travail) afin notamment d'assurer la surveillance de son état de santé en fonction des risques concernant sa santé au travail, sa sécurité, et celle des tiers (article L. 4622-2 du Code du travail). Ainsi, le travailleur n'a pas le libre choix de son médecin du travail, de son infirmier de santé au travail, ni de tout autre membre de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail.

S'il appartient bien à l'employeur de s'assurer de l'effectivité du suivi individuel de l'état de santé de ses travailleurs du fait de leur travail, le salarié, tenu d'une obligation de sécurité, est tenu de se présenter aux différentes visites médicales réglementairement prévues. Pour la Cour de cassation, le refus de se présenter à une visite médicale constitue une faute pouvant avoir de lourdes conséquences disciplinaires (jusqu'au licenciement pour faute grave) (Cour de Cassation, Chambre sociale, 17 octobre 2000, 97-45.286).

2.1. Partage d'information

2.1.1. Rappels sur le secret professionnel et le secret médical

La prise en compte des particularités d'un individu pose la question du devenir des informations reçues et de la possibilité, ou non, de les partager. Plusieurs acteurs interviennent dans l'entreprise, en particulier l'employeur, les travailleurs, leurs représentants et les membres du service de prévention et de santé au travail.

Aussi, il paraît nécessaire de rappeler les grands principes entourant la préservation du secret professionnel. L'étude de la réglementation montre que plus de 50 professions ou fonctions sont concernées par le secret professionnel (agents des douanes, notaires, travailleurs sociaux…), à chaque fois sur des points précis et différents d'un métier à l'autre.

L'article 226-13 du Code pénal dispose que la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Il existe toutefois des dérogations légales strictement définies par l'article 226-14 du Code pénal. Dans ce cadre, et sous certaines conditions, la révélation du secret ne peut se faire qu'à destination d'autorités judiciaires (dont le Procureur de la République), médicales ou administratives, dans des circonstances précises (maltraitances, sévices...).

Pour certains, il existe une différence entre secret médical et secret professionnel. En pratique, sur le plan juridique, le secret médical, inscrit dans le Code pénal depuis 1810, est devenu le secret

professionnel dans ce même Code en 1994. Toutefois, au sein du Code de la santé publique, les expressions « secret médical » et « secret professionnel » sont utilisées suivant les situations (cf ci-après).

2.1.2. Secret médical et secret professionnel applicables à l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail

Les missions des services de prévention et de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail pouvant comprendre des médecins du travail, des collaborateurs médecins, des internes en médecine du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmier(e)s. Ces équipes peuvent être complétées par des auxiliaires médicaux disposant de compétences en santé au travail, des assistants de services de prévention et de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail (article L. 4622-8 du Code du travail).

Les professionnels de santé – dont font partie les médecins du travail, les collaborateurs médecins, les internes en médecine du travail et les infirmiers de santé au travail – de même que les professionnels du secteur médico-social ou social, sont soumis au secret médical conformément à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévues par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue portées à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

S'appliquant spécifiquement au médecin, l'article R. 4127-4 du Code de la santé publique dispose que le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. De plus, en vertu de l'article R. 4127-72 du Code de la santé publique, le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle.

2.1.3. Partage d'information avec d'autres professionnels de santé (médecin traitant, médecin addictologue...)

Conformément au IIième alinéa de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, et par principe, un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Toutefois, en application du IIIème alinéa de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-2, alors ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

En pratique : le médecin du travail et le médecin traitant ou l'addictologue ne faisant pas partie de la même équipe de soins, au sens de la loi, alors, le partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne (ou du travailleur) requiert son consentement préalable, recueilli par tout

moyen, y compris de façon dématérialisée. De même, cette personne (ou ce travailleur) doit être dûment informé(e) de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle/il peut exercer ce droit à tout moment.

2.1.4. Partage d'information avec l'employeur

2.1.4.1. Au sujet d'un travailleur

Le médecin du travail ne peut en aucun cas transmettre à l'employeur d'information relevant du secret médical, et donc d'information relative à un usage de substances psychoactives. En effet, l'article R. 4127-95 du Code de la santé publique dispose que "le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé, n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions...".

Les règles relatives au secret s'imposent également aux infirmiers de santé au travail. En effet, l'article R. 4312-5 du Code de la santé publique dispose que le secret professionnel s'impose à tout infirmier. De plus, pour les infirmiers ayant un exercice salarié, ce qui est le cas des infirmiers de santé au travail, l'article R. 4312-63 du Code de la santé publique dispose que "l'infirmier, quel que soit son statut, est tenu de respecter ses devoirs professionnels et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, l'infirmier ne peut accepter, de la part de son employeur, de limitation à son indépendance professionnelle...".

La Cour de Cassation a ainsi rappelé dans un arrêt publié le 10 juillet 2002 « … le dossier médical d'un salarié, couvert par le secret médical qui s'impose au médecin qui le tient, ne peut en aucun cas être communiqué à son employeur… » (Cass. soc., n° 00-40.209 du 10 juillet 2002).

Le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs repose sur différentes visites (articles R. 4624 et suivants du Code du travail) : visite d'information et de prévention (VIP), examen médical d'aptitude (en cas de suivi individuel renforcé - SIR), visites de pré-reprise et de reprise, visite à la demande, visite de mi-carrière, visites post-exposition ou de fin de carrière (en cas de SIR)... A l'issue de tout colloque singulier entre un professionnel de santé au travail et le travailleur, les seules informations pouvant être transmises à l'employeur portent notamment sur la réalisation effective de la visite (attestation de suivi, avis d'aptitude...) ainsi que d'éventuelles propositions ou recommandations sur le poste de travail (exemple : aménagement ou adaptation) ou, en cas d'inaptitude, des indications relatives au reclassement, le cas échéant, émises par le médecin du travail (Cf. L'arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste – 4 modèles).

2.1.4.2. En cas de risque pour la santé des travailleurs

Il existe une obligation pour le médecin du travail. En effet, lorsqu'il constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, à l'échelle du collectif de travail, le médecin du travail doit proposer par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver (article L. 4624-9 du Code du travail). Charge à l'employeur de prendre en considération ces propositions. S'il les refuse, il doit en faire connaître, par écrit, les motifs.

Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur sont transmises au comité social et économique (CSE), à l'agent de contrôle de l'inspection du travail, au médecin inspecteur du travail ou aux agents des services de prévention des organismes de sécurité

sociale et des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail constitués dans les branches d'activités présentant des risques particuliers.

2.2. Dépistage des usages de substances psychoactives

2.2.1. Tests de dépistage réalisés par l'employeur

Le Code du travail ne contient pas, à l'heure actuelle, de disposition relative au dépistage des usages de substances psychoactives. Néanmoins, la jurisprudence (cf. ci-dessous) autorise l'employeur à utiliser, sous certaines conditions, des dispositifs de type éthylotest ou test salivaire de dépistage immédiat de stupéfiants.

2.2.1.1. Ethylotest

C'est un arrêt de 1980 du Conseil d'Etat qui a autorisé pour la première fois l'employeur à recourir au test de dépistage de l'alcool à l'encontre des travailleurs (CE., n° 06/361 du 1er février 1980).

Par la suite, la Cour de Cassation est venue quelques années plus tard définir les modalités d'utilisation d'un tel contrôle, considérant que le recours (en l'espèce) à l'éthylotest était subordonné à l'inscription et la mise à jour du règlement intérieur (Cass. soc. n° 01-47.000 du 24 février 2004). Ainsi, les dispositions d'un règlement intérieur permettant d'établir sur le lieu de travail l'état d'ébriété d'un salarié en recourant à un contrôle de son alcoolémie sont licites dès lors, d'une part, que les modalités de ce contrôle en permettent la contestation, d'autre part, qu'eu égard à la nature du travail confié à ce salarié, un tel état d'ébriété est de nature à exposer des personnes ou des biens à un danger, de sorte qu'il peut constituer une faute grave. Ainsi, si le recours à un alcootest est légitime avant l'utilisation d'une machine dangereuse ou la conduite d'un véhicule de l'entreprise, l'employeur peut également recourir à ce procédé à la fin d'une journée de travail pour constater une faute disciplinaire.

En résumé, un employeur souhaitant utiliser un éthylotest doit inscrire l'usage de ce dispositif dans son règlement intérieur en précisant :

- la liste des postes pour lesquels le dépistage de consommation d'alcool peut être pratiqué. Ce contrôle ne peut concerner que des travailleurs dont les fonctions sont de nature à exposer des personnes ou des biens à un danger ;

- les modalités permettant au travailleur de contester le résultat (Cf. ci-dessous : A - 3. Contrôle du résultat).

2.2.1.2. Test salivaire de dépistage immédiate de stupéfiants

En France, c'est en 2016 que le Conseil d'État a encadré les modalités d'usage par l'employeur du test salivaire de détection immédiate de produits stupéfiants (CE., n° 39/4178 du 5 décembre 2016). Ainsi :

- le test ne peut être réalisé par l'employeur ou un supérieur hiérarchique que s'il est inscrit au règlement intérieur ;
- les contrôles de consommation de substances stupéfiantes sont aléatoires et réservés aux seuls postes dits "hypersensibles drogue et alcool", pour lesquels l'emprise de la drogue constitue un danger particulièrement élevé pour le salarié ou pour des tiers ;
- le salarié a le droit d'obtenir une contre-expertise médicale à la charge de l'employeur (Cf. ci-dessous : A - 3. Contrôle du résultat) ;

- l'employeur ou le supérieur hiérarchique réalisant ce test doit respecter le secret professionnel sur les résultats ;
- un résultat positif peut donner lieu à une sanction.

Il est à souligner que, conformément à cette décision du Conseil d'État en date du 5 décembre 2016, les tests salivaires utilisables par l'employeur ne peuvent dépister que des stupéfiants, c'est à dire des substances mentionnées dans l'arrêté du 22 février 1990 modifié fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. Cet arrêté comprend, notamment, le cannabis, la cocaïne, la morphine, l'ecstasy (MDMA). Par contre, les médicaments de type benzodiazépines ne figurent pas, à l'heure actuelle, dans la liste des stupéfiants.

2.2.1.3. Contrôle du résultat

Les jurisprudences actuelles permettent au travailleur de contester le résultat de l'éthylotest ou du test salivaire de dépistage de stupéfiants, sans en préciser réellement toutes les modalités pratiques. En 2023, la Cour de cassation indique tout de même que la contre-expertise, sollicitée par le salarié, doit être réalisée dans les suites immédiates du contrôle pour en remettre en cause les résultats de son premier dépistage positif. En effet, l'objet de cette contre-expertise est de permettre au salarié de contester les résultats du contrôle d'alcoolémie, ce qui impose dès lors qu'elle soit réalisée dans le plus court délai possible (Cass. soc., n° 22-13.460 du 6 décembre 2023).

Néanmoins, il peut être intéressant de prendre en compte les dispositions du Code de la route relatives à la conduite sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants, ainsi que les dispositions du Code de la santé publique qui s'y rapportent (cf. ci-dessous).

Alcool

Lorsque les épreuves de dépistage, réalisées avec un éthylotest chimique ou électronique conformément à l'article R. 234-2 du Code de la route, permettent de présumer l'existence d'un état alcoolique, les officiers ou agents de police judiciaire font procéder aux vérifications destinées à établir la preuve de l'état alcoolique.

En vertu de l'article L. 234-4, alinéa 3ème du Code de la route, ces vérifications sont faites :

- soit au moyen d'un éthylomètre homologué permettant de déterminer la concentration d'alcool par l'analyse de l'air expiré,

- soit au moyen d'analyses ou examens médicaux, cliniques ou biologiques. Aux termes de l'article R. 3354-3 du Code de la santé publique, les vérifications comportent l'examen médical avec prise de sang, l'analyse du sang, et l'interprétation médicale des résultats recueillis. L'article R.3354-6 du Code de la santé publique dispose que ces examens sont effectués dans le plus court délai possible. Sauf en cas de décès, ce délai ne dépasse pas six heures.

Stupéfiants

Aux termes des articles L. 235-2 et R. 235-5 du Code de la route, si les épreuves de dépistage salivaire se révèlent positives, les vérifications reposent sur une analyse biologique du prélèvement salivaire. Conformément à l'article R. 235-6 du présent Code, l'officier ou l'agent de police judiciaire demande au conducteur s'il souhaite se réserver la possibilité de demander à bénéficier d'un prélèvement sanguin à la recherche, notamment, de l'usage de drogues illicites et/ou de médicaments psychoactifs pouvant avoir des effets sur la capacité de conduire le véhicule. Si le prélèvement sanguin est réalisé, un examen clinique est également effectué.

Test réalisé par l'employeur et contrôle du résultat

La jurisprudence relative au contrôle par éthylotest ou test salivaire en milieu de travail permet la contestation du résultat obtenu, sans en préciser les modalités techniques. Cela peut nécessiter la réalisation d'une analyse biologique. Ce type d'examen peut être réalisé sans ordonnance, à la demande du patient (ie travailleur), dans le cadre de l'article L. 6211-10 du Code de la santé publique. Dans ce cas, l'article L. 162-13-2 du Code de la Sécurité sociale précise qu'il n'y aura pas de remboursement par l'Assurance maladie. La charge financière de cet examen réalisé au titre de la contre-expertise incombe alors ici à l'employeur.

Il n'en demeure pas moins que le résultat de cet examen reste soumis au secret médical ; de sorte qu'il est rendu par le biologiste médical au patient / travailleur par voie électronique ou, à la demande du travailleur, sur support papier (article D. 6211-3 du Code de la santé publique). En effet, le biologiste médical étant soumis au secret médical, il ne peut, en aucun cas, remettre directement les résultats à l'employeur.

2.2.2. Repérage et dépistage par le médecin du travail, l'interne en médecine du travail, le collaborateur médecin ou l'infirmier de santé au travail

Cette partie traite d'une part du repérage, phase de la visite de santé au travail où le professionnel de santé interroge le travailleur sur ses usages de substances psychoactives, et d'autre part, du dépistage biologique (exemple : recherche de substance psychoactive dans un échantillon urinaire). Ce type de dépistage étant un acte médical, il ne peut pas être réalisé par l'employeur.

Par ailleurs, il est important de préciser que les informations traitées dans ce paragraphe n'abordent pas la réglementation relative à la médecine d'aptitude physique et mentale en vigueur pour certaines professions telles que conducteur de train (arrêté du 6 août 2010 relatif à la certification des conducteurs de train), personnel navigant commercial (arrêté du 4 septembre 2007 relatif aux conditions d'aptitude physique et mentale du personnel navigant commercial)...

2.2.2.1. Dispositions relatives au repérage et au dépistage

En dehors de la réglementation relative à la médecine d'aptitude précitée, il n'y a pas de réglementation spécifique imposant, de manière spécifique et directe, au médecin du travail ou aux autres professionnels de santé d'interroger un travailleur sur ses consommations de substances psychoactives, ou d'effectuer un dépistage. Toutefois, il peut être fait référence à l'article R. 4127-32 du Code de la santé publique qui dispose que « le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ». Pour l'infirmier, c'est l'article R. 4311-2 du Code de la santé publique qui affirme que « les soins (infirmiers, préventifs notamment) sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques ».

De plus, il est intéressant de noter que :

- l'un des objets de la visite d'information et de prévention (VIP) est, notamment, d'interroger le salarié sur son état de santé (article R. 4624-11 du Code du travail) ;
- dans le cadre du suivi individuel renforcé (SIR), l'examen médical d'aptitude a, entre autres, pour objet de s'assurer que le travailleur est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter, notamment en vérifiant la compatibilité du poste avec l'état de santé du travailleur qui y est affecté, afin de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail (article R. 4624-24 du Code du travail) ;

- au cours de la visite de reprise, une vérification de la compatibilité entre le poste de travail que doit reprendre le travailleur, ou le poste de reclassement auquel il doit être affecté, et l'état de santé du travailleur est à établir (article R. 4624-32 du Code du travail).

Aussi, en s'appuyant sur les extraits de la réglementation cités ci-dessus et l'existence de recommandations de bonne pratique, dont celles de la Haute Autorité de Santé relatives au contenu du Dossier médical en santé au travail (2009), il revient au médecin du travail d'interroger le travailleur sur ses usages de substances psychoactives lors des visites. Le collaborateur médecin, l'interne et l'infirmier de santé au travail peuvent également interroger le travailleur, dans le cadre de protocoles définis par le médecin du travail (article R. 4624-13 du Code du travail). Ces derniers devront tenir compte des actes relevant du rôle propre de l'infirmier, régis par l'article R. 4311-5 du Code de la santé publique, dont l'entretien d'accueil et le recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne.

De plus, un dépistage biologique peut être effectué dans certains cas. En effet, conformément à l'article R. 4624-35 du Code du travail, le médecin du travail peut réaliser ou prescrire les examens complémentaires nécessaires, entre autres, à la détermination de la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, notamment au dépistage des affections pouvant entraîner une contre-indication à ce poste de travail, ainsi qu'au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage professionnel du travailleur. Dans le cadre de protocoles, le collaborateur médecin, l'interne ou l'infirmier de santé au travail peuvent également participer à ce dépistage biologique.

Dans tous les cas, le médecin du travail doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose (article R. 4127-35 du Code de la santé publique), y compris donc quand il prescrit un dépistage biologique de substances psychoactives.

2.2.2.2. Conditions de réalisation du dépistage biologique

À l'heure actuelle, les examens complémentaires permettant de dépister spécifiquement l'usage de substances psychoactives, notamment dans le sang ou les urines, sont des examens de biologie médicale.

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique (articles L. 6211-1 et suivants), un examen de biologie médicale est réalisé par un biologiste médical ou, pour certaines phases, sous sa responsabilité.

L'examen se déroule en 3 phases :

- la phase pré-analytique, qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique sur un être humain, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon biologique jusqu'à l'endroit où il est analysé ;
- la phase analytique, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique. Si cette phase n'est réalisée ni dans un laboratoire de biologie médicale, ni dans l'établissement de santé dont relève ce laboratoire, une convention signée entre le représentant légal du laboratoire et le professionnel de santé ou, le cas échéant, entre le représentant légal du laboratoire et le représentant légal de la structure dans laquelle exerce ce professionnel de santé fixe les procédures applicables ;
- la phase post-analytique, qui comprend la validation par le biologiste médical, l'interprétation contextuelle du résultat ainsi que la communication du résultat au prescripteur – par voie électronique - et au patient – par voie électronique ou, à sa demande, sur support papier.

Il existe sur le marché des bandelettes urinaires utilisant des réactions immuno-chimiques afin de dépister la consommation de substances psychoactives. Ce dispositif de dépistage urinaire ne figure pas dans l'arrêté du 1er août 2016 modifié déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques. L'utilisation de ces bandelettes urinaires constitue donc un examen de biologie médicale, devant être réalisé par un biologiste médical ou sous sa responsabilité.

Au total, la réalisation d'un dépistage biologique de consommation de substances psychoactives chez un travailleur doit se faire dans le cadre d'un accord écrit entre le médecin du travail ou le représentant du service de prévention et de santé au travail et le représentant légal du laboratoire de biologie médicale. Le résultat de l'examen est validé par un biologiste médical avant communication au médecin du travail et au travailleur. Il convient de rappeler que l'utilisation d'une bandelette urinaire de dépistage de consommation de substances psychoactives étant un examen de biologie médicale, son résultat doit être également validé par le biologiste médical avant d'être communiqué.

2.2.2.3. Indépendance vis-à-vis de l'employeur

Il est à noter que l'employeur ne peut imposer au médecin du travail ou à l'infirmier de santé au travail (ou à l'infirmier d'entreprise) d'interroger le travailleur sur ses consommations ou de réaliser un dépistage, y compris à travers le règlement intérieur. En effet, les articles R. 4127-5 et R. 4312-63 du Code de la santé publique garantissent l'indépendance professionnelle de ces professionnels de santé. De plus, pour la Cour de Cassation, le dossier médical d'un salarié, couvert par le secret médical qui s'impose au médecin qui le tient, ne peut en aucun cas être communiqué à son employeur (Cass. soc., n° 00-40.209 du 10 juillet 2002).

2.2.2.4. Possibilité de refus de la part du travailleur

Le travailleur peut refuser les investigations et/ou le traitement proposés. Dans ce cas, le médecin du travail doit respecter ce refus après avoir informé le travailleur de ses conséquences (article R. 4127-36 du Code de la santé publique). Ces dernières peuvent, dans certains cas, nécessiter un aménagement du poste de travail ou impacter l'aptitude du travailleur.

L'infirmier est également tenu de respecter les droits de la personne (article R. 4311-2 du Code de la santé publique). La conduite à tenir en cas de refus d'un travailleur de donner des informations sur ses usages de substances psychoactives ou de réaliser un examen de biologie médicale est à prévoir dans le protocole défini par le médecin du travail.

2.3. Traçabilité

2.3.1. Service de prévention et de santé au travail

Deux documents peuvent être utilisés par les équipes de santé au travail pour tracer les usages de substances psychoactives. L'un fournit des informations à une échelle collective : la fiche d'entreprise. L'autre trace des informations à une échelle individuelle : le dossier médical en santé au travail (DMST).

2.3.1.1. Fiche d'entreprise

La Fiche d'entreprise est un document régi par les articles R. 4624-46 et suivants du Code du travail, afin de recenser les risques professionnels en entreprise (ou en établissement) et les effectifs de

salariés concernés. Elle est établie et mise à jour par le médecin du travail ou par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

Le contenu de la Fiche d'entreprise est défini par un arrêté du 29 mai 1989. Ce document répertorie, entre autres, les risques physiques, chimiques et infectieux auxquels sont exposés les travailleurs, ainsi que les risques et contraintes liés à des situations de travail (posture, manutention, charge mentale…) et les risques d'accidents prépondérants (chutes, machines dangereuses…). D'autres éléments sont également recensés : le temps de travail (travail de nuit…), les caractéristiques des locaux de travail, l'existence d'un restaurant d'entreprise ou d'un réfectoire… Pour le milieu agricole, la fiche d'entreprise est régie par l'arrêté du 10 juin 2009 définissant les informations contenues par la fiche d'entreprise prévue à l'article R. 717-31 du code rural et abrogeant l'arrêté du 12 juillet 1994.

La Fiche d'entreprise contient également les actions de prévention mises en œuvre pour limiter ces risques et celles préconisées notamment par le médecin du travail.

Pour rappel, la Fiche d'entreprise ne contient pas de rubrique « Usages de substances psychoactives » (ou « Pratiques addictives »), ce qui est également le cas, par exemple, pour les risques psychosociaux. Néanmoins, l'arrêté du 29 mai 1989 n'est pas limitatif, tandis qu'il existe une rubrique « Autres pathologies remarquées ». Ainsi, il est possible d'inscrire des informations relatives aux pratiques addictives et à leur prévention dans la fiche d'entreprise.

Pour la fonction publique, une fiche des risques professionnels reprend les principes de la fiche d'entreprise.

2.3.1.2. Dossier médical en santé au travail

Le dossier médical en santé au travail (DMST) est régi par les articles L. 4624-8 et R. 4624-45-3 et suivants du Code du travail Il est constitué par le médecin du travail ou, le cas échéant, par le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier de santé au travail. Ce document ne peut être communiqué à l'employeur.

Le DMST retrace, dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions du médecin du travail. L'article R. 4624-45-4 du Code du travail fixe les éléments contenus dans le DMST. Parmi ces derniers, peuvent être citées, notamment (liste non exhaustive) :

- les informations permettant de connaître les risques actuels ou passés auxquels le travailleur est ou a été exposé, ainsi que les mesures de prévention mises en place ;
- les informations relatives à l'état de santé du travailleur recueillies lors des visites et examens nécessaires au suivi individuel de son état de santé. À ce titre, des informations relatives aux usages de substances psychoactives du travailleur peuvent donc être inscrites dans les DMST ;
- les correspondances échangées entre professionnels de santé aux fins de la coordination et de la continuité de la prise en charge du travailleur.

Les courriers de l'employeur relatifs à un travailleur et destinés au médecin du travail ne figurent pas explicitement dans les éléments du DMST cités dans l'article R. 4624-45-4 du Code du travail. Or, dans certains cas, ce type de courrier peut concerner des situations où un usage de substances psychoactives est évoqué. Il convient toutefois de noter que l'article R. 4624-45-4 susmentionné n'est pas limitatif. De plus, dans un rapport relatif au DMST (2015), le Conseil national de l'Ordre des médecins considère que les courriers de l'employeur au médecin du travail font partie intégrante du dossier médical et par conséquent constituent un « élément communicable ».

2.3.2. Employeur

2.3.2.1. Document unique d'évaluation des risques professionnels - DUERP

Depuis 2001, l'employeur a l'obligation d'évaluer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, liés à la nature des activités de l'établissement (article L. 4121-3 du Code du travail). Cette évaluation est transcrite et mise à jour dans le Document unique d'évaluation des risques (DUERP) ; et les versions sont désormais, depuis le 31 mars 2022, conservées pendant 40 ans (article L. 4121-3-1, I, II et V du Code du travail).

Dans une circulaire de 2002, le Ministère en charge du Travail indique que l'évaluation des risques se définit comme le fait d'appréhender les risques créés pour la santé et la sécurité des travailleurs, dans tous les aspects liés au travail (circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002). Il précise que « la combinaison de facteurs liés à l'organisation du travail dans l'entreprise est susceptible de porter atteinte à la santé et à la sécurité des travailleurs, bien qu'ils ne puissent être nécessairement identifiés comme étant des dangers. À titre d'exemple, l'association du rythme et de la durée du travail peut constituer un risque psychosocial – comme notamment le stress – pour le travailleur ».

Il revient alors à l'employeur, le cas échéant, d'évaluer le risque « Usage de substances psychoactives » et de l'inscrire dans le Document unique d'évaluation des risques (DUERP).

De plus, des dispositions spécifiques à l'alcool sont à prendre en compte. En effet, l'article R. 4228-20 du Code du travail limite d'une part au cidre, au vin, à la bière et au poiré les alcools pouvant être introduits sur le lieu de travail. D'autre part, il dispose également que lorsque la consommation de ces boissons alcoolisées est susceptible de porter atteinte à la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur prévoit dans le règlement intérieur ou, à défaut, par note de service, les mesures permettant de protéger la santé et la sécurité des travailleurs et de prévenir tout risque d'accident. Ces mesures, qui peuvent notamment prendre la forme d'une limitation voire d'une interdiction de cette consommation, doivent être proportionnées au but recherché. Ainsi, une évaluation du risque lié à la consommation sur le lieu de travail de cidre, vin, bière ou poiré est à réaliser. En 2022, une décision du Conseil d'Etat a validé l'interdiction de l'introduction, de la distribution ou la consommation de boissons alcoolisées pour tous les travailleurs d'un établissement industriel, y compris pour les salariés ayant des tâches administratives (Conseil d'Etat, 14 mars 2022, décision n°434343). En effet, au sein de cette entreprise, les salariés - y compris ceux ayant une activité administrative - sont appelés à se déplacer régulièrement sur l'ensemble du site où se trouvent des machines dangereuses ou des produits chimiques et à partager les mêmes locaux.

2.3.2.2. Traçabilité des mesures de prévention

À l'issue de l'évaluation des risques et de sa transposition dans le Document unique d'évaluation des risques (DUERP), des mesures de prévention sont à définir (article L. 4121-3-1, III du Code du travail).

Pour les entreprises de moins de 50 travailleurs, une liste d'actions de prévention des risques et de protection des salariés est consignée dans le DUERP.

Pour les entreprises de 50 travailleurs et plus, la liste détaillée des mesures de prévention est inscrite dans un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Par ailleurs, en complément de ces mesures de prévention, les mesures relatives à la consommation de boissons alcoolisées permettant de protéger la santé et la sécurité des travailleurs et de prévenir tout risque d'accident sont également à inscrire dans le règlement intérieur ou dans une note de

service (article R. 4228-20 du Code du travail). D'autres dispositions peuvent également être rappelées dans ces documents, telles l'interdiction de détenir ou d'utiliser de manière illicite des stupéfiants (article 222-37 du Code pénal) ou les dispositions du Code de la santé publique relatives à la lutte contre le tabagisme (articles L. 3512-1 et suivants du Code de la santé publique).

Conclusion

La réglementation définit le rôle et les responsabilités des membres des services de prévention et de santé au travail dans le domaine de la prévention des usages de substances psychoactives, tant sur le plan individuel que collectif.

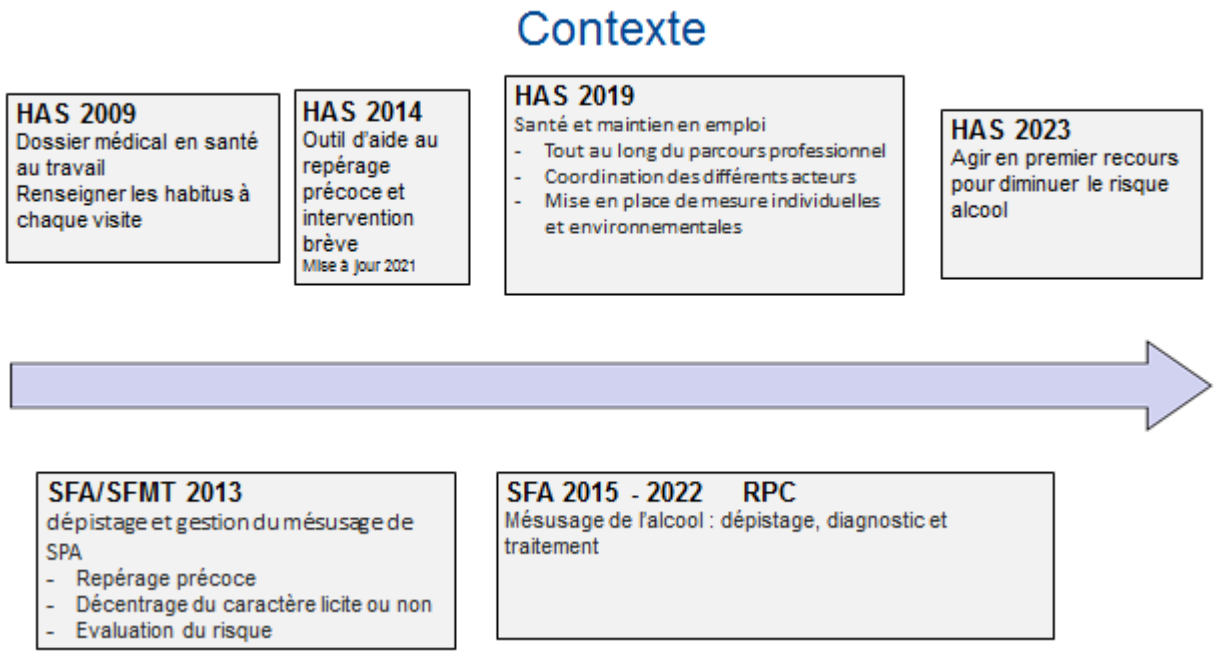
Sur le plan individuel, il est légitime que le médecin du travail, ou l'infirmier de santé au travail, interroge le travailleur sur ses usages de substances psychoactives lors des visites relatives au suivi individuel de l'état de santé des travailleurs (Cf Question 3). Dans certains cas, un dépistage biologique peut également être effectué. Dans tous les cas, le médecin du travail doit fournir au travailleur qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Par ailleurs, les informations recueillies sont couvertes par le secret médical. Ainsi, le médecin du travail et l'infirmier de santé au travail ne peuvent fournir à l'employeur des informations sur l'usage de substances psychoactives d'un travailleur.

Sur le plan de la prévention collective, le service de prévention et de santé au travail peut recenser les facteurs professionnels de risque d'usage de substances psychoactives dans la fiche d'entreprise, ainsi que les mesures de prévention conseillées. Dans le cadre d'échanges communs, cela aidera l'employeur et les instances représentatives du personnel à évaluer et inscrire le risque lié à l'usage de substances psychoactives dans le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), puis à définir les mesures de prévention à mettre en œuvre. Parmi ces dernières, des dispositions réglementaires existent pour la consommation de boissons alcoolisées en milieu professionnel. Compte-tenu des effets sur la santé et la sécurité de l'alcool (Cf Questions 1 et 4), les membres du groupe de travail considèrent que le service de prévention et de santé au travail doit conseiller à l'employeur d'interdire la consommation de boissons alcoolisées sur le lieu de travail.

3. Comment les Services de Prévention et de Santé au Travail (SPST) vont-ils accompagner les travailleurs en termes de repérage, prise en charge, orientation et coordination entre acteurs de prévention, d'accompagnement et de soins ?

Outre la revue de la littérature, l'argumentaire de cette question s'est appuyé en grande partie sur plusieurs recommandations françaises de la SFA, SFST et de l'HAS (112, 159, 165, 166, 167, 168) ainsi que sur les recommandations canadiennes et australiennes (174, 225). La plupart des études sur l'efficacité et l'efficience des interventions en milieu de travail concerne la prévention de la consommation d'alcool (169).

Selon une méta-analyse allemande, les programmes d'intervention en milieu de travail pour la consommation d'alcool sont efficaces quelle que soit la manière dont ils sont mis en œuvre (170). Il semble donc que les programmes à application unique ou multiple axés sur l'alcool et la santé, dispensés sur le web ou en face-à-face, ainsi que dans des contextes de groupe ou individuels, ont tous un impact sur la réduction d'alcool.

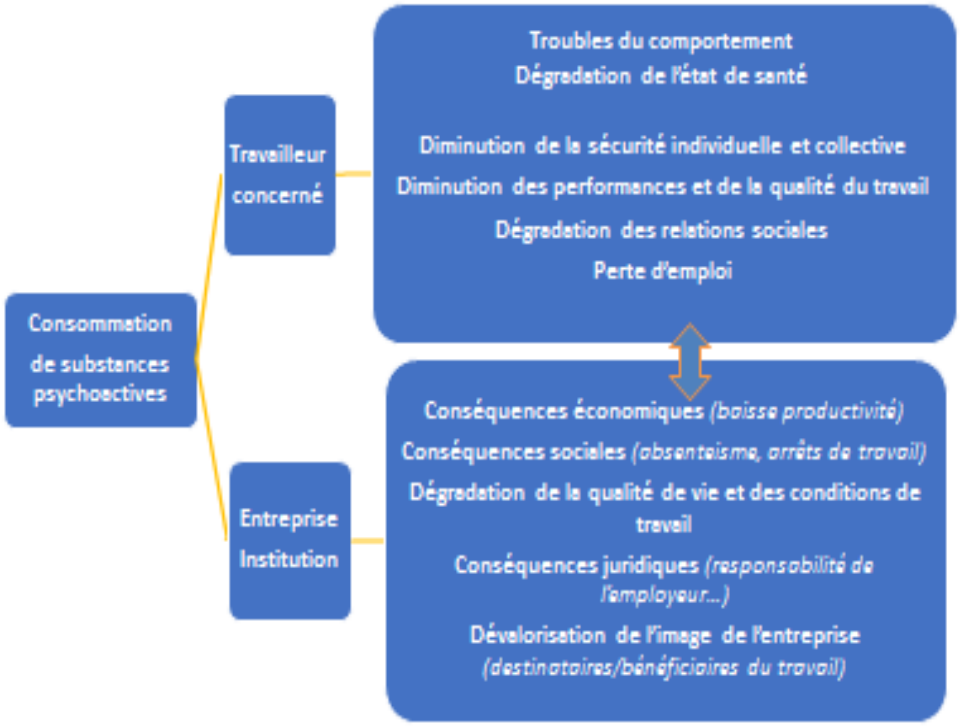


La consommation de substances psychoactives, quelles qu'en soient les modalités d'usage (usage ponctuel ou chronique, modéré ou excessif) comporte des risques pour la santé, la sécurité et la vie de l'entreprise (cf. question1-3).

Il existe une sous-estimation par la population française des risques liés aux substances psychoactives, y compris l'alcool (171, 172). Les travailleurs de sexe masculin seraient plus réticents pour demander de l'aide par rapport à leur consommation de SPA (169).

L'OMS identifie le lieu de travail comme un cadre possible pour la prévention de la consommation d'alcool (170).

La loi du 20 juillet 2011 a missionné les Services de Prévention et de Santé au Travail (SPST) pour conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants en matière de prévention des consommations d'alcool et de drogues. Les évolutions législatives et la loi du 02 août 2021 renforcent l'engagement des SPST dans la prévention des conduites addictives à la fois en tant qu'acteurs de premier recours et de santé au travail (prévention des risques et de la désinsertion professionnelle, suivi de l'état individuel de santé des travailleurs). Les recommandations de la HAS pour diminuer le risque alcool incluent les SPST dans les acteurs de premier recours (167).



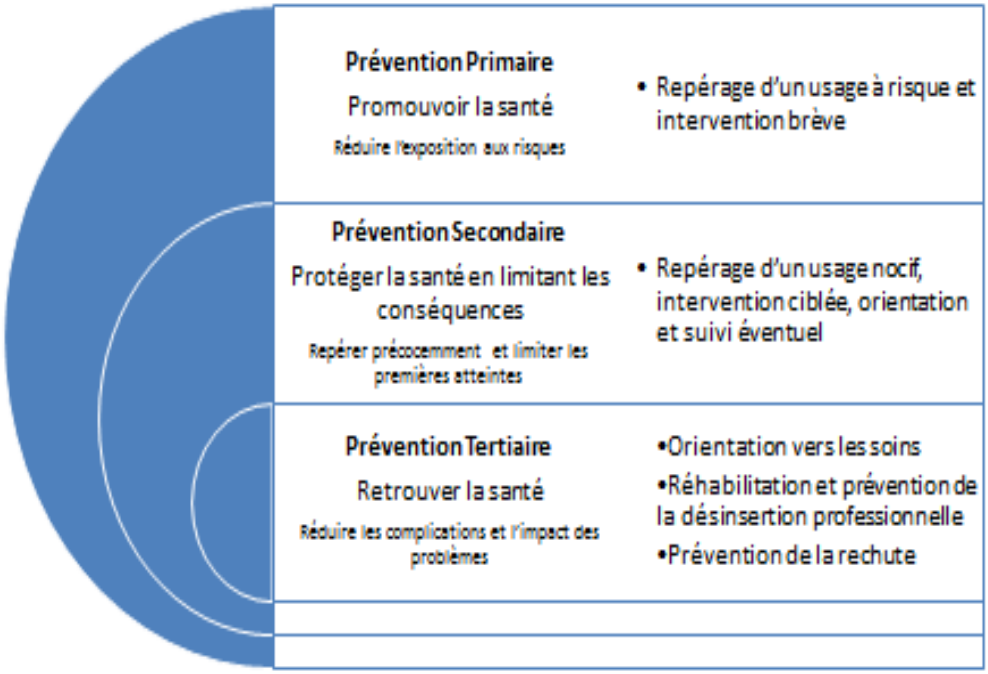
Conséquences des consommations de substances psychoactives

L'équipe pluridisciplinaire du SPST est donc impliquée dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire tant collective qu'individuelle afin de réduire les risques et les dommages liés à la consommation de SPA pour les travailleurs et leur entreprise/institution.

Cette question sera traitée suivant le plan suivant :

- Repérage et évaluation des usages de SPA
- Pour une intervention adaptée
- Formation des professionnels de santé en SPST

Mesure de prévention individuelles des conduites addictives par les professionnels de Santé en SPST



3.1. Repérage et évaluation des usages de SPA

L'interrogation systématique des usages de substances psychoactives des travailleurs lors des visites individuelles de santé au travail permet d'identifier des usages à risque et des troubles de l'usage de SPA pouvant passer inaperçus. Cette évaluation permet une information pouvant contribuer à la prise de conscience des risques induits par ces consommations ainsi qu'à une réflexion sur la possibilité de les réduire (166).

Le repérage et l'intervention qui en découlent sont réalisés au cours de l'entretien dans une posture dite motivationnelle ou partenariale.

Le repérage se fait à partir d'un faisceau d'informations issu de l'entretien et de l'examen clinique. Il peut s'appuyer sur des outils d'évaluation validés et reproductibles pour chaque SPA. Il s'agit d'outils de repérage et non diagnostiques, n'excluant pas et ne remplaçant pas l'entretien et l'expertise clinique.

3.1.1. Questionnaires d'évaluation (cf. annexes)

Ces outils (sous forme d'auto ou d'hétéroquestionnaires) doivent en effet toujours être complétés par un réel dialogue entre le professionnel de santé et le travailleur. Proposer au travailleur concerné des outils d'auto-évaluation peut avoir l'avantage de l'autonomiser et de produire une réponse personnelle plus proche de la réalité des usages, pouvant servir de support lors d'une prochaine rencontre (174). Ils sont disponibles en annexe 9.

Plusieurs supports pour évaluer les consommations des principales SPA consommées en population active sont validés :

Alcool : repères de consommation Inca/Santé publique France (cf. p22), questionnaires AUDIT, AUDIT-C et FACE.

Les mesures de quantité-fréquence peuvent aider à repérer une consommation d'alcool qui dépasse les repères de consommation (niveau B dans les recommandations australiennes). Communiquer à propos des repères de consommation est recommandé par les lignes directrices canadiennes pour faciliter la discussion sur la consommation d'alcool (225).

Les auto-questionnaires AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) et AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption)

L'AUDIT est un outil de dépistage de référence du trouble de l'usage de l'alcool développé par l'OMS. Il est validé internationalement et en France par la HAS. Il est utilisé dans les questionnaires d'inclusion de l'étude de cohorte Constances. Ce test comporte 10 questions et calcule un score sur une échelle de 0 à 40. Si ce score est compris entre 8 et 15, l'usage de l'alcool est à risque. Un score supérieur à 15 suggère un risque de TUA. Seules 3 questions sur 10 sont en lien directement avec le niveau de consommation d'alcool. Les 7 autres questions portent sur le rapport pathologique à l'alcool au cours des 12 derniers mois.

L'AUDIT validé chez l'adolescent est recommandé comme outil de dépistage de référence de l'usage à risque et nocif de l'alcool chez l'adolescent travailleur (112).

L'AUDIT - C est préconisé par l'OMS et la SFA (112) pour le Repérage Précoce et l'intervention brève (RPIB) systématique (173, 174). Il s'agit d'une auto-évaluation en 3 questions incluant quantité, fréquence et occurrence d'API (binge drinking) portant sur les 12 derniers mois (3 questions de l'outil AUDIT en lien avec la consommation). Il est considéré comme une alternative appropriée à l'AUDIT pour le repérage en population générale par les recommandations australiennes (niveau A) (174).

En France comme ailleurs, l'auto-questionnaire AUDIT-C est considéré comme un outil efficient, sensible et spécifique. Il n'a pourtant pas été retenu par les médecins généralistes français pour le repérage bien qu'il se soit révélé équivalent à l'hétéro-questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation *version anglaise*) ou (Formule Approchant la Consommation d'alcool par Entretien *version française*) (166).

L'hétéroquestionnaire FACE recommandé par la HAS pour le repérage précoce en France questionne la consommation sur les 12 derniers mois et repère un usage à risque ou un trouble de l'usage d'alcool (TUA) (167).

La version 5 du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5

Le DSM-5 est une hétéro-évaluation visant l'identification, quelle que soit la substance, d'un trouble de l'usage et sa sévérité. Il est très pertinent cliniquement pour évaluer les consommations d'alcool.

D'une part, il permet de découpler l'analyse par l'impact de la quantité de l'analyse comportementale.

En effet, il peut y avoir de grandes quantités consommées sans TUA. Celui-ci ne dépend donc pas forcément des quantités consommées et justifie de fait une approche beaucoup plus globale, impliquant pleinement les dimensions psycho-sociales, contextuelles et environnementales (166).

Le TUA peut être qualifié de léger (2–3 critères diagnostiques), modéré (4–5 critères diagnostiques) ou grave (6 critères diagnostiques ou plus).

Tabac : le test de Fagerström simplifié ou l'échelle plus récente Cigarette Dependance Scale (CDS-12) explorant la dépendance et les symptômes de sevrage sont des autoquestionnaires recommandés portant sur la consommation actuelle (175, 176). La CDS aurait une meilleure validité que le Fagerström (25).

Cannabis : Développé par l'OFDT en 2002, l'autoquestionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening test) questionne la consommation des 12 derniers mois (167). Il permet le repérage d'un usage problématique de cannabis.

Le repérage en santé au travail insistera sur la recherche de situations à risque professionnelles, sur la recherche de complications socio-professionnelles et sur la santé comme pour toutes les autres substances psychoactives. En cas d'usage à risque ou de trouble de l'usage, il est recommandé d'évaluer avec le travailleur la place qu'occupe le travail par rapport à ses consommations.

En France, l'utilisation des questionnaires pour l'évaluation est insuffisamment réalisée bien que recommandée par la SFA/SFST en 2013. Cependant, leur emploi peut être une aide précieuse pour le professionnel de santé et un élément d'autonomie et d'*empowerment* pour les personnes concernées. Leur utilisation est à encourager (25).

3.1.2. Place des marqueurs biologiques et du dépistage

Comme explicité par R. Moirand (*25*) (*Q 1, chap 2*), les marqueurs de consommation d'alcool ont un triple intérêt : diagnostique pour rattacher à la consommation d'alcool une pathologie, en particulier en cas de déni ; dans le cadre du suivi (dépistage et aide à la verbalisation des rechutes) ; et surtout un intérêt éducatif et motivationnel. Ils ne sont pas recommandés pour le dépistage systématique, étant trop peu sensibles pour les marqueurs classiques, et pas disponibles en routine clinique pour les métabolites de l'alcool. Ils sont détaillés ci-dessus dans le chapitre 1.2.1 : caractéristiques de l'alcool (*p 22- 23*).

Concernant l'alcool, l'AUDIT a montré une plus grande spécificité et sensibilité que les marqueurs biologiques indirects (166).

Les marqueurs biologiques et les tests de dépistage des SPA (dans l'haleine, la salive, le sang et les urines) peuvent être utiles dans le cadre d'une surveillance régulière et d'un suivi pouvant également aider à la démarche motivationnelle (174).

Dans le cadre de l'information réalisée auprès des travailleurs consommateurs, il est utile de rappeler les durées de positivité des SPA dans le sang, les urines et la salive (Annexes 5 et 6).

3.1.3. Recherche de complications socio-professionnelles et sur la santé

3.1.3.1. Indicateurs sociaux et cliniques

En cas d'usage nocif d'alcool, les indicateurs sociaux, bien que non spécifiques, sont généralement les plus précoces : problèmes avec le travail, situation financière, problèmes relationnels répétés… Les indicateurs cliniques les plus fréquents sont non spécifiques également : troubles du sommeil,

dépression, anxiété, hypertension, accidents répétés, dilatation capillaire du visage, yeux rouges, troubles gastro-intestinaux, troubles cognitifs (166).

3.1.3.2. Les troubles cognitifs liés à un trouble de l'usage de substances psychoactives

Les troubles cognitifs sont fréquents chez les patients souffrant de TUS et peuvent concerner toutes les substances psychoactives (177, 178).

La nature et la sévérité de ces troubles sont variables d'une personne à l'autre (25).

Les troubles neuropsychologiques liés à l'alcool sont actuellement les mieux appréhendés (166, 174). Ils sont repérés chez 50% des patients présentant un TUA.

Dans la littérature, un trouble des fonctions exécutives et attentionnelles chez les consommateurs chroniques de cannabis a été décrit. Cette consommation entraîne également des modifications de la structure cérébrale, responsables de troubles cognitifs tels que l'altération de la mémoire de travail et des apprentissages (227).

Ces altérations, dont les mécanismes étiologiques ne sont pas complètement élucidés, peuvent concerner des atrophies cérébrales – notamment dans les régions préfrontales (cocaïne, opiacés, tabac, cannabis), pariétales, sous-corticales affectant notamment l'amygdale et l'hippocampe (tabac, cannabis, opiacés), et cérébelleuses (tabac, cannabis) –, une perte d'intégrité de la substance blanche (tabac, cocaïne), et une modification de l'activité cérébrale fronto-striatale, cingulaire, temporale et insulaire, mesurée en IRM fonctionnelle (tabac, cocaïne, stimulants) (177).

Différentes fonctions cognitives peuvent être altérées dans le TUS selon les substances concernées (177, 180) : mémoire épisodique, fonctions exécutives et prise de décision, capacités visuospatiales et motrices, attention, biais attentionnels et d'approche, et cognition sociale (177, 178, 180, 181). Il existe encore à ce jour peu de données chez les polyconsommateurs. La présence de troubles cognitifs peut concerner les TUS même d'évolution récente ou limités à des pratiques ponctuelles de binge.

L'alcool est la première cause de déficience mentale évitable et aggrave les troubles cognitifs liés à l'âge (166).

Sur le plan clinique, les personnes ayant une consommation chronique et excessive d'alcool éprouvent souvent les difficultés suivantes : élaborer des projets, savoir s'organiser, s'adapter au changement, anticiper le résultat d'une action, analyser les situations de la vie quotidienne. Elles sont aussi susceptibles de manifester une difficulté à réguler leurs émotions. Ces manifestations peuvent être en lien avec des troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) pouvant augmenter ou se révéler en cas de stress au travail, de surmenage et de troubles du sommeil.

Les TCLA réduisent également la motivation au changement et peuvent nuire à l'engagement dans les soins (174). Ils favorisent la rechute.

Des troubles neuropsychologiques induits par la consommation chronique et excessive d'alcool peuvent affecter la mémoire, les fonctions exécutives telles que l'inhibition, la flexibilité mentale, la planification ou les capacités mnésiques (179) entraînant un risque de retentissement fonctionnel y compris au travail pouvant se traduire par des conflits, incompréhensions, oublis répétés, désinhibition, humeur changeante et maladresses, voire incidents et accidents de travail.

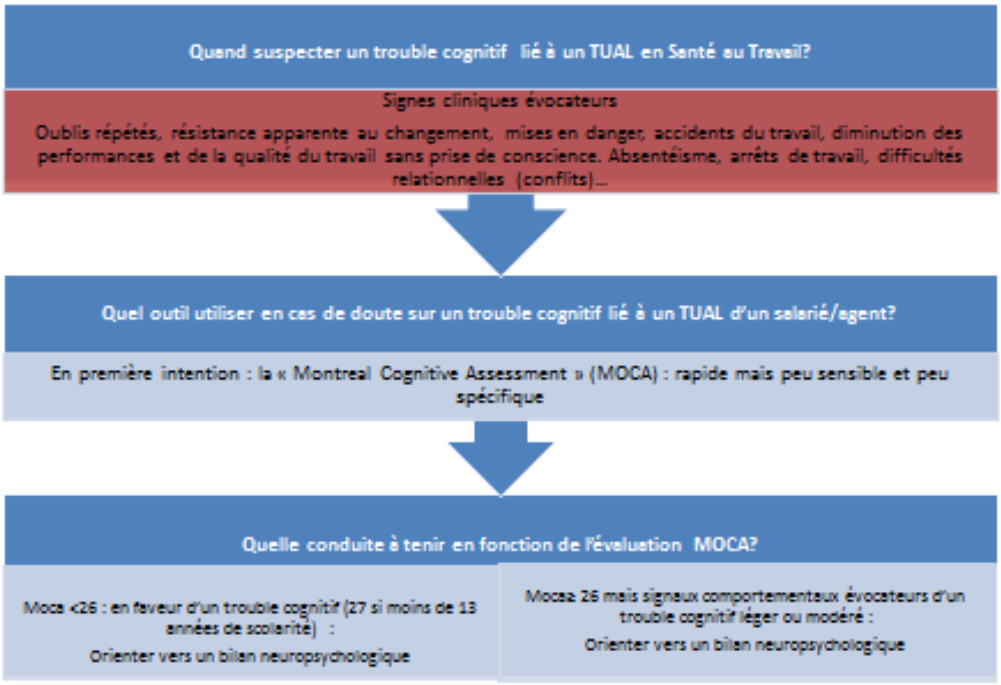
Lors d'un usage problématique d'alcool, l'altération des capacités dépend du nombre de fonctions touchées et de l'intensité des atteintes. Plus ces facteurs sont élevés, plus le trouble est sévère. Les troubles exécutifs isolés sont les plus fréquemment retrouvés (2/3 des cas). Insidieux et variables

selon la personne, les TCLA légers peuvent être parfois difficiles à repérer d'autant plus que le statut socio-professionnel est élevé. Ils sont donc souvent sous-diagnostiqués. Leurs liens avec l'alcool n'étant au début, pas toujours faciles à démontrer, ils sont également insuffisamment pris en charge. Dans une forme plus sévère, ils peuvent être associés à des troubles de la mémoire. L'organisation au quotidien, le suivi des consignes, la réalisation du travail en général peuvent alors devenir des tâches laborieuses nécessitant un certain effort (179). Le dernier guideline Australien recommande le repérage de troubles cognitifs en cas de TUS (niveau de preuve A) (174).

Outils de repérage : il est possible de recourir à des outils simples de repérage des TCLA comme l'échelle cognitive de Montréal ou MocA. Cette échelle, peu sensible et non spécifique des troubles de l'usage d'alcool, examine entre autres les fonctions exécutives, la mémoire et l'orientation spatio-temporelle. Facile à administrer par un professionnel de santé non neuropsychologue (médecin du travail, infirmier en santé au travail dans le cadre d'un protocole…), ce test prend environ 10 minutes. Il est disponible gratuitement sur www.mocatest.org.

Toutefois, le diagnostic de troubles neuropsychologiques ne pourra être retenu qu'après un bilan complet réalisé par un professionnel spécialisé (service d'addictologie, consultation mémoire, neuropsychologue libéral).

Le repérage des troubles cognitifs peut être proposé à partir du moment où il y a un retentissement fonctionnel au travail (signaux d'alerte en termes de comportement et au niveau du poste) de travailleurs présentant un trouble de l'usage d'alcool. La conduite à tenir selon le schéma ci-dessous peut être proposée.



Un MocA ≥26 n'est pas en faveur d'un trouble cognitif.

Un MocA <26 ne peut à lui seul entraîner une inaptitude. Dans l'attente du bilan neuropsychologique, le MocA ne doit pas intervenir dans la décision du médecin du travail par rapport au maintien au poste. Il participe à un faisceau d'arguments pour l'orientation du travailleur vers les soins en vue d'un maintien dans l'emploi.

Le repérage des TCLA pourrait avoir plusieurs intérêts en Santé au Travail :

- il donne des clés de compréhension aux professionnels de santé par rapport à un comportement problématique d'un travailleur ;
- l'abstinence ou la réduction drastique de consommation associée à une bonne hygiène de vie et à un accompagnement adapté permettent de retrouver un certain nombre de capacités cognitives dans des délais variables en fonction de la susceptibilité individuelle, de la régulation de la consommation d'alcool, de l'hygiène de vie et du réentrainement cognitif (25) ;
- il apporte une dimension motivationnelle supplémentaire pour un changement de pratiques de consommation ;
- connaître les points forts du salarié en termes de compétences et de ressources peut s'avérer utile pour pouvoir palier ses points faibles (bilan, suivi, appui dans l'emploi).

Interroger le rôle potentiel du travail par rapport aux consommations de SPA

Afin de protéger au mieux le travailleur concerné, il paraît utile de l'interroger sur son ressenti concernant le lien entre ses consommations et le contexte professionnel (place de l'organisation et des conditions de travail, relations sociales, culture d'entreprise…) en lien avec la question 1.

Les facteurs professionnels protecteurs ou favorisants les consommations de substances psychoactives d'un travailleur doivent être systématiquement recherchés lors du repérage afin d'entreprendre des actions pour les diminuer voire les supprimer dans une démarche de maintien en emploi (Cf. Q1-3). Cette évaluation permet d'apprécier au mieux chaque situation individuelle et d'affiner l'évaluation des besoins de la personne en matière d'accompagnement.

Selon l'article L4624-3 du Code du travail, le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique ou mental du travailleur. Tout en préservant le secret professionnel, il peut suggérer à l'employeur par écrit motivé et circonstancié des mesures visant à préserver le travailleur ainsi que des mesures d'accompagnement.

En cas de problèmes professionnels associés ou favorisant un usage à risque ou un TUS, il peut être important de protéger le patient par un arrêt de travail. Cette décision revient au médecin traitant, après concertation avec le médecin du travail, et avec le médecin addictologue qui intervient en tant que co-soignant auprès du patient. En cas de problème professionnel persistant, il est recommandé, avec l'accord du patient, d'articuler la prise en charge des médecins référents du travailleur avec le médecin du travail, qui évalue la pertinence d'une reprise d'activité et ses conditions éventuelles (193). La visite de pré-reprise constitue alors un levier efficace afin d'adapter le contexte professionnel en cas de retour à l'emploi (168).

Le partage d'informations, relatives à la compatibilité au poste ou à l'aptitude ainsi qu'au maintien dans l'emploi en cas de TUS entre le médecin du travail, le médecin traitant et le médecin addictologue avec l'accord du travailleur est recommandé. Il peut se faire, par exemple sous forme de courrier, transmis d'un professionnel de santé à l'autre par le travailleur.

En cas de situations problématiques et dans le cadre du maintien en emploi, le SPST peut faire appel à la cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle afin de proposer en lien avec l'employeur et le travailleur, les mesures individuelles prévues à l'article L4624-3 (168). Les recommandations de bonne pratique de la HAS concernent tous travailleurs y compris ceux souffrant de TUS (168).

3.2. Pour une intervention adaptée

3.2.1. Repérage

Les résultats du repérage permettent d'adapter l'intervention. Les niveaux d'intervention dépendent des niveaux de risques repérés (166). En cas d'usage à risque, le travailleur pourra bénéficier d'un conseil individualisé simple et soutenant ou d'une intervention brève dans le cadre du RPIB. En cas d'usage nocif, il bénéficiera davantage d'une intervention brève avec une éventuelle orientation vers les soins, ainsi que d'un suivi régulier par le SPST. L'intervention brève vise l'incitation au changement en renforçant la confiance et la motivation.

L'intervention brève dite *opportuniste* est systématique pour tout le monde et en l'absence de points d'appel. Elle se conçoit dans une démarche de santé publique, à savoir toucher le plus grand nombre de personnes afin de repérer l'ensemble des usages à risque pouvant passer inaperçus en utilisant des moyens restreints et facilement multipliables (166).

La revue systématique de Morse montre une efficacité des interventions brèves ciblées sur un usage à risque ou un TUA en milieu de travail (169).

Concernant l'alcool, l'efficacité des interventions brèves est bien établie dans le cadre des soins primaires (112, 166) chez les personnes ayant un usage à risque ou un TUA, pour réduire leur consommation à un niveau de faible risque. Le repérage d'un TUA manifeste justifie déjà d'un suivi spécialisé.

La HAS a diffusé pour les professionnels de premier recours des outils d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour les 3 substances les plus consommées en France : alcool, tabac et cannabis (167). Informer sur les risques du recours à l'alcool comme stratégie de compensation et/ou d'adaptation (à défaut d'en avoir une autre à disposition) visant à pallier des situations stressantes, fatigantes, à forte charge émotionnelle ou de pression sociale participe à la réduction des risques (235).

Il n'existe pas à ce jour une manière définitivement standardisée de délivrer une intervention brève. Celle-ci peut se dérouler en une séance unique ou au contraire être répétée (166, 173). Mais quel que soit le cadre, une intervention brève comporte 3 éléments essentiels :

L'intervention brève fait toujours suite à un repérage des consommations. Les résultats du repérage doivent être restitués à la personne concernée,

Elle permet aux acteurs de premier recours de délivrer une information ciblée et un conseil personnalisé, gradué, adapté au niveau de risque estimé ainsi qu'à la personne concernée,

Elle conduit à établir ensemble un objectif à atteindre par la personne.

En 1996, le Service de santé publique des États-Unis (USPHS) a publié les Lignes directrices de pratique clinique pour le traitement de la consommation de tabac et de la dépendance. Ces lignes directrices mises à jour au fil des ans, fournissent des recommandations clés fondées sur des données probantes et attirent l'attention sur le modèle d'interventions cliniques pour le sevrage tabagique à partir du modèle anglo-saxon 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) traduit en français par « Demander, Conseiller, Evaluer, Assister et Organiser » (5A) . Ces 5A soulignent la nécessité de (1) demander à chaque patient s'il consomme du tabac, (2) lui conseiller d'arrêter, (3) évaluer sa volonté d'arrêter, (4) l'aider à tenter de se sevrer et (5) organiser un suivi (182).

Concernant l'alcool, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, aux Etats-Unis (NIAAA) ont chacun proposé des cadres d'intervention brève (OMS : check-list en 6 étapes et NIAAA : démarche en 5 A). En France, le modèle type du repérage

interventionnel est le RPIB développé par l'OMS et adapté à l'exercice de la médecine générale (167).

La précocité du repérage renforce les bénéfices des interventions et la prévention de TUS. Les interventions brèves ne seraient pas plus efficaces que les interventions prolongées (166).

La durée de l'intervention brève varie en fonction de chaque situation individuelle (de 5 à 20 mn en général). Un échantillon de 1 058 médecins américains de différentes spécialités (médecine familiale, médecine interne , obstétrique et gynécologie , cardiologie , pneumologie et oncologie) a été interrogé en 2018 (taux de réponse de 51,8 %) : les facteurs liés au temps étaient les obstacles les plus courants (53,4 %) à la mise en œuvre d'une intervention type 5A pour le tabac (182). Le manque de temps en visite de santé au travail est également identifié comme le principal obstacle au repérage (170).

L'effet d'une intervention brève a tendance à se dissiper avec le temps et l'évaluation doit être régulièrement actualisée. Une revue systématique allemande montre une tendance à la diminution de consommation dans l'année qui suit l'intervention, s'avérant plus difficile à maintenir au-delà et sur le long terme (185). Les recommandations de la SFA en 2023 précisent que l'effet peut durer jusqu'à deux ans (grade B) (112).

Selon la SFA (1), deux éléments seraient particulièrement efficaces dans l'intervention brève :

- encourager l'auto-évaluation de la consommation, c'est-à-dire demander de consigner quotidiennement le nombre de verres consommés (sur agenda, carnet, fichier informatique ou une application smartphone) ;
- susciter régulièrement l'engagement de la personne dans sa réduction de la consommation.

Concernant les étudiants américains, des études montrent que les interventions de type « repérage précoce avec intervention brève » seraient efficaces pour diminuer les consommations d'alcool dans les situations de troubles de l'usage mais il n'est pas clair que les résultats soient transposables aux étudiants européens, qui ont légalement le droit de boire plus tôt que leurs homologues américains (18 ans vs 21 ans). L'essai contrôlé randomisé de Ganz avait pour objectif de tester l'efficacité d'une intervention de type RPIB par internet sur les consommations d'alcool d'étudiants allemands ayant l'âge légal de consommer (au moins 18 ans). Parmi les 981 étudiants initialement inclus (étudiants de 3 universités allemandes), 514 ont bénéficié du traitement via internet et 467 de l'absence de traitement. Une évaluation des consommations d'alcool était effectuée avant le début du traitement, 3 mois après la 1ère visite et 6 mois après la 1ère visite. Les auteurs de cette étude ont démontré que cette intervention était plus efficace que l'absence de traitement, avec une diminution importante du nombre de verres consommés : amélioration en moyenne d'environ 4 verres standards à 3 mois (pour rappel, 1 verre standard = 10 g d'alcool) et d'environ 5 verres standards à 6 mois. Cette étude a apporté des éléments en faveur des bénéfices d'une intervention par internet (finalement assez rapide : 30 minutes) sur les consommations d'alcool des étudiants, avec des effets qui se maintenaient dans le temps (228).

Une revue systématique récente a sélectionné 22 articles (2014-2019) correspondant à 22 applications ciblant le tabac, l'alcool et d'autres substances. Si cette revue suggère que ces applications pourraient contribuer efficacement au changement de comportement par l'implication active de l'utilisateur, elle conclue également à un manque d'études solides et comparables sur le sujet et à la nécessité de réaliser des études en double aveugle sur le long terme (232).

Concernant plus particulièrement l'alcool, les interventions brèves en matière de cybersanté (interventions basées sur Internet dispensées via des téléphones mobiles ou des ordinateurs) représentent un intérêt afin de pallier les obstacles de l'intervention brève en personne (par exemple le

manque de temps et de ressources, la peur de la stigmatisation). Généralement courtes, elles peuvent être consultées à la discrétion de l'utilisateur, sont faciles à mettre en œuvre et représentent un moindre coût (174). Dans l'ensemble, les interventions brèves en matière de cybersanté sont efficaces pour réduire la quantité d'alcool consommée. Si les interventions en matière de cybersanté semblent avoir un effet similaire aux interventions brèves à court terme, les interventions en personne peuvent être plus efficaces à long terme (174).

Les interventions en cybersanté sont actuellement peu utilisées en SPST (2).

La sélection de l'outil devra reposer sur des données fiables.

Quelques exemples d'applications mobiles françaises :

- Mydefi : Coaching sur la consommation d'alcool : MYDEFI (https ://mydefi.life) soutenue par la Société Française d'Alcoologie, OPTION ZERO (option-zero.fr), TRY DRY/DRY JANUARY
- KANOPEE : repérage clinique et conseils personnalisés par rapport au sommeil et aux comportements addictifs.

L'application d'e-coaching Tabac info service, conçue par l'Assurance Maladie en partenariat avec Santé publique France, propose un programme complet et personnalisé pour optimiser les chances d'arrêt définitif du tabac. Un essai contrôlé randomisé portant sur un échantillon de 2806 personnes sur 2017-2018 souhaitant se sevrer en tabac, n'a pas permis de montrer de différence entre les bras intervention et témoin, tant pour le critère principal (abstinence de 7 jours à 6 mois) que pour les critères secondaires, mais un lien a pu être démontré entre l'intensité de l'exposition et l'efficacité : les utilisateurs de plus de 7 activités proposées par l'application ont un taux de succès dans le sevrage significativement supérieur au bras témoin (183).

3.2.2. Accompagnement et relais

L'accompagnement s'initie et se construit en accord avec la personne sur la base des résultats du repérage, de ses priorités et de sa temporalité. Il commence donc dès l'intervention. Se construit alors avec la personne un relais adapté à ses besoins et à ses choix. Que ce relais soit à dominante sociale, santé mentale, addictologique, ou autre, il s'agit en tant qu'acteur de premier recours de donner accès aux personnes le justifiant et le souhaitant aux différentes offres d'accompagnement (166, 173).

Une revue systématique récente montre l'efficacité du soutien à l'emploi personnalisé chez les usagers d'alcool et de drogues (236). Il est recommandé dans l'objectif du maintien en emploi d'un travailleur souffrant de troubles de l'usage de substances psychoactives, avec son accord et dans le respect du secret médical, de privilégier la concertation des professionnels de santé au travail avec l'ensemble des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle internes (direction, ressources humaines, managers, préventeurs, QHSE, CSE, salariés, etc.) et externes à l'entreprise ou l'institution (Cap Emploi, cellule de prévention de la désinsertion professionnelle, Assurance Maladie, Carsat, ANACT, inspection du travail, Agefiph, organisations patronales et syndicales, etc.).

Afin de délivrer une information et une orientation adaptée, les professionnels de santé en SPST doivent veiller à la transmission de documentations, d'outils d'auto-évaluation et d'auto-support (éventuellement via des liens numériques comme Alcoomètre, My défi…). La remise d'un support papier dans le cadre de la prévention serait plus efficace si elle est associée à une intervention par un professionnel de santé (173). Ce qui invite à avoir une réflexion collective en SPST sur la qualité et mise à disposition des supports utilisés. Des études probantes sont à ce jour nécessaires afin de

mieux explorer l'intérêt et l'efficacité des différentes ressources disponibles (intervention en présentiel *versus* accompagnement numérique par exemple).

Il pourrait être utile que les médecins du travail et les infirmiers en santé au travail aient une certaine connaissance du territoire de santé permettant d'orienter en cas de besoin vers des professionnels qualifiés, structures type CSAPA, associations et des groupes d'entraide dans la diversité des besoins identifiés et des solutions possibles.

En ce sens, des dispositifs nationaux existent : Alcool info service, Drogues info service et Tabac info service portés par Santé publique France (mentionnés dans la fiche HAS Repérage Précoce et Intervention Brève alcool, tabac, cannabis).

Alcool info service s'adresse à tous les consommateurs et leurs proches :

- Le site internet www.alcool-info-service.fr comprend des contenus informatifs et pédagogiques, et des services d'aide à distance : un annuaire régulièrement actualisé des structures spécialisées en addictologie sur tout le territoire, des forums, un chat, des questions/réponses.
- Une ligne d'écoute avec des professionnels au **0 980 980 930**, 7j/7 de 8h à 2h, appel anonyme et non surtaxé
- L'outil alcoomètre pour tester les risques de sa consommation : cet outil permet, à partir de quelques questions d'évaluer sa consommation hebdomadaire d'alcool au regard des repères de consommation à moindre risque et de connaître les différents risques associés à cette consommation

Drogues info service : pour les consommateurs et leurs proches.

- Sur le même principe qu'Alcool info service, il propose un site internet www.drogues-info-service.fr et des services d'aide à distance.
- Une ligne d'écoute avec des professionnels au **0 800 23 13 13**, 7j/7 de 8h à 2h, appel anonyme et non surtaxé
- Un dictionnaire des drogues est disponible : https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues

Tabac info service comprend :

- **Le 39 89**, numéro d'aide à distance de Tabac info service, met en relation les fumeurs avec des tabacologues afin de bénéficier d'un suivi personnalisé et gratuit. Depuis le 31 mai 2023, le 39 89 est accessible aux personnes sourdes ou malentendantes via la plateforme Acceo.
- **Le site internet tabac-info-service.fr** propose de nombreux contenus d'aide et outils d'accompagnement (mise en contact avec un tabacologue, témoignages, questions/réponses…).
- **L'application d'e-coaching Tabac info service**, conçue par l'Assurance Maladie en partenariat avec Santé publique France, propose un programme complet et personnalisé pour optimiser les chances d'arrêt définitif du tabac.
- En s'inscrivant sur les pages Facebook et Instagram, les participants peuvent trouver chaque jour du soutien au sein même de la communauté, des informations utiles et des conseils pour affronter la phase de sevrage.

3.2.3. Traçabilité des informations en lien avec les usages de SPA

La HAS en 2009 et la SFA/SFST en 2013 ont recommandé d'interroger systématiquement les travailleurs et d'inscrire les résultats dans le DMST.

Les résultats du repérage et de l'intervention réalisée par le professionnel du SPST doivent être retranscrits dans le DMST. Les notifications porteront sur le déclaratif du travailleur à propos de ses consommations ainsi que sur l'évaluation réalisée, le conseil donné et/ou l'orientation proposée en cas d'usage nocif ou de TUS.

Les visites à la demande de l'employeur pour un problème au travail supposé être en lien avec un usage de SPA doivent être justifiées et contextualisés par écrit. En cas de trouble du comportement aigu ou comportement inhabituel, les professionnels des SPST peuvent proposer à l'employeur d'utiliser un document type " constat d'un trouble du comportement ou comportement inhabituel". Un exemplaire de ce document écrit est également remis par l'employeur au travailleur préalablement à la visite médicale.

Enfin, conformément à la loi du 02 août 2021, « le médecin du travail chargé du suivi de l'état de santé d'une personne peut accéder à son dossier médical partagé et l'alimenter, sous réserve de son consentement express et de son information préalable quant aux possibilités de restreindre l'accès au contenu de son dossier » dans la perspective de mieux encadrer la santé du travailleur.

Formation des professionnels de santé en SPST

Une étude transversale norvégienne a réalisé en 2018 une enquête auprès de 295 professionnels de la santé au travail. Selon celle-ci, le manque de connaissances, de formation à la posture partenariale (motivationnelle), de ressources ainsi que le temps limité des visites constituent un frein au développement de la prévention individuelle et collective des conduites addictives en milieu de travail (184).

Les recommandations allemandes insistent sur la formation des professionnels de santé intervenant en prévention primaire afin d'augmenter les connaissances mais également les compétences des acteurs en termes de posture et de savoir-être. Il est recommandé que ces formations soient concrètes et appliquées au terrain (185).

Selon l'étude transversale Wirus (186) les programmes de formations du personnel en Santé-Travail doivent mettre l'accent sur l'apprentissage des conduites pratiques et le développement des compétences qui y sont associées (ex : conduites à tenir en cas de personne ayant un comportement problématique avec l'alcool et comment conduire des interventions de prévention).

La revue systématique de Morse conclut à l'importance d'adapter les interventions à chaque lieu de travail et de faciliter leur mise en œuvre (169).

Recommandations question 3

Recommandation générale

Il est recommandé d'exercer une prévention individuelle des conduites addictives dans le cadre des compétences et missions respectives de chaque professionnel de santé, respectant le secret professionnel et médical (Grade A)

Recommandations spécifiques

Repérage et évaluation individuelle

- Il est recommandé de réaliser un repérage individuel des usages de substances psychoactives pendant les visites de santé au travail. Celui-ci-ci doit concerner les principales substances psychoactives consommées en population active notamment l'alcool, le tabac, le cannabis, la cocaïne ainsi que les médicaments psychotropes (dont les opiacés et les benzodiazépines). L'existence d'un usage à risque ou d'un trouble de l'usage de substances psychoactives chez un travailleur doit conduire à rechercher des polyconsommations (Grade AE)
- Il est recommandé de porter une attention particulière au repérage et à la prévention de l'usage de substances psychoactives (dont alcool, tabac, cannabis, cocaïne, protoxyde d'azote et stimulants cognitifs) chez les jeunes travailleurs, y compris les apprentis, les étudiants en emploi ainsi que les jeunes en position d'emploi précaire (Grade AE)
- Au cours du repérage des usages de substances psychoactives pendant les visites en santé au travail, il est recommandé que soient abordées les modalités de consommation, les effets recherchés, leurs risques et conséquences, ainsi qu'un lien éventuel avec le travail (Grade B)
- En cas de prise de traitement psychotrope, il est recommandé d'évaluer, si possible en concertation avec le médecin prescripteur, et avec l'accord du travailleur, les effets de ce traitement sur son état de vigilance (Grade AE)
- En cas de difficultés dans l'exécution du travail, associées à un trouble de l'usage d'alcool supposé ou avéré, il est recommandé de faire procéder à un repérage d'éventuels troubles cognitifs, dont les troubles exécutifs, avec l'accord du travailleur. Cette évaluation, réalisée en coordination – si possible - avec le médecin traitant, doit être réalisé dans un objectif de prise en charge et de maintien en emploi (Grade AE)
- Lors du repérage d'usage de substances psychoactives par les professionnels de santé en SPST, il est recommandé de privilégier l'entretien (en s'appuyant sur des outils d'évaluation de type questionnaires validés) et l'examen clinique (Grade AE)
- Dans l'aide au Repérage Précoce concernant les substances psychoactives, il est recommandé d'utiliser les outils d'évaluation suivants (Grade B) :
  - Alcool : repères de consommation, questionnaires AUDIT, AUDIT-C ou FACE (NB : cf. Annexe 1)
  - Tabac : questionnaire Fagerström simplifié ou test CDS-12 (NB : cf. Annexe 2)
  - Cannabis : CAST (NB : cf. Annexe 3)
- Il est recommandé d'utiliser les bilans biologiques dans le cadre d'une évaluation des conséquences somatiques et comme outils de suivi motivant au changement de consommation contribuant au maintien en emploi plutôt qu'au diagnostic (Grade AE)

Intervention et orientation

- En cas de repérage de risques ou de complications liés à l'usage de substances psychoactives, il est recommandé de réaliser une intervention adaptée (intervention brève et/ou orientation) comprenant (Grade AE) :
  - une information ciblée sur les substances psychoactives,
  - une posture motivationnelle favorisant la réflexion sur cet usage,
  - une proposition d'accompagnement médical ou médico-social adaptée aux résultats du repérage et du dépistage biologique si celui-ci a été réalisé, en lien avec le médecin traitant et les différents partenaires du réseau de santé
- Il est recommandé que le SPST (Grade AE) :

- s'implique dans la prévention du tabagisme en conseillant l'arrêt et en proposant une aide au sevrage tabagique, à l'occasion des visites individuelles de l'état de santé des travailleurs ;
- accompagne de manière individuelle les travailleurs exposés à des agents cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques, ainsi qu'aux rayonnements ionisants, dans l'aide au sevrage tabagique.

En tant que de besoin, une formation à la prescription de substituts nicotiniques peut être suivie par les professionnels de santé concernés

Traçabilité

- Il est recommandé que les résultats du repérage d'un usage de substances psychoactives soient inscrits dans le Dossier Médical en Santé au Travail du travailleur, ainsi que ceux des éventuels dépistage biologique, conseil donné et/ou orientation proposée (Grade AE)
- Dans la perspective de préserver la santé du travailleur et sous réserve de son consentement, il est recommandé que le médecin du travail chargé du suivi de son état de santé puisse accéder à son dossier médical partagé et y inscrire un trouble de l'usage de substances psychoactives repéré (Grade AE)

Formation des professionnels de santé en SPST

- Il est recommandé (Grade B) :
  - que tous les professionnels de santé en SPST bénéficient d'une formation au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève ;
  - que la formation initiale et/ou continue pour acquérir cette compétence porte à la fois sur des connaissances théoriques et sur des mises en situations pratiques (favorisant l'apprentissage du savoir-faire relationnel).
- Il est recommandé que les professionnels de santé en SPST (Grade AE) :
  - soient en mesure de transmettre aux travailleurs concernés par un usage à risque ou un trouble de l'usage de substances psychoactives des documents d'information, des liens vers des outils d'auto-évaluation et d'auto-support (éventuellement via des liens numériques dédiés comme Alcool info service, Tabac info service, Drogues info services) ;
  - connaissent le réseau médico-social et hospitalier addictologique de leur secteur d'activité ;
  - soient en capacité d'orienter des travailleurs concernés par un usage à risque ou un trouble de l'usage de substances psychoactives vers des professionnels qualifiés, des structures et des associations ainsi que des groupes d'entraide dans la diversité des besoins identifiés et des solutions possibles envisagées

Maintien en emploi

- Il est recommandé que la décision d'inaptitude ou d'incompatibilité au poste prononcée par le médecin du travail, suite au repérage d'un trouble de l'usage de substances psychoactives, soit guidée par l'étude récente du poste et de l'environnement de travail. Elle doit être en adéquation avec les exigences et risques spécifiques du poste de travail (Grade AE)
- En cas de trouble de l'usage de substances psychoactives et de décision de maintien ou d'aménagement au poste, il est recommandé de proposer une orientation adaptée vers un accompagnement médical ou médico-social ainsi qu'un suivi individuel régulier (Grade AE)

- Il est recommandé de rappeler au travailleur présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives l'intérêt de solliciter une visite à la demande ou une visite de pré-reprise, en précisant les conditions pour en bénéficier (Grade AE)
- Il est recommandé, en fonction de la réglementation et en tant que de besoin, d'informer un travailleur souffrant d'un trouble de l'usage de substances psychoactives et en arrêt de travail depuis plus de 30 jours, de l'existence du « rendez-vous de liaison » entre celui-ci et l'employeur ou son représentant. En cas de participation du SPST, celui-ci est tenu au strict respect du secret professionnel et médical (Grade AE)
- Il est recommandé dans l'objectif du maintien en emploi d'un travailleur souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactive, avec son accord et dans le respect du secret médical (Grade AE) :
  - de proposer en concertation avec l'entreprise et en tant que de besoin, des mesures individuelles visant à aménager, modifier ou transformer le poste de travail et son environnement
  - d'inciter l'employeur à prévoir en cas d'arrêt de travail notamment pour trouble de l'usage de substances psychoactives un plan de retour au travail ou de maintien en emploi
  - de privilégier la concertation des professionnels de santé au travail avec l'ensemble des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle internes et externes à l'entreprise ou l'institution
- En cas d'incapacités liées à la situation de handicap du fait de dommages physiques, psychiques ou cognitifs associés à l'usage de substances psychoactives, il est recommandé d'informer le travailleur sur la possibilité de demande (Grade AE) :
  - de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH),
  - d'invalidité, à l'appréciation du médecin conseil, avec possibilité de maintien d'une activité professionnelle à temps partiel.

4. Quelles seront les approches de la prévention collective en entreprise en tenant compte des nouvelles conditions et organisation du travail ?

Préambule

Les pratiques addictives sont la conséquence de la conjonction de nombreux facteurs de risque et de vulnérabilité (187), dont les facteurs environnementaux dans lesquels évolue l'usager de substances psychoactives. L'environnement comprend lui-même plusieurs domaines : familial, social, scolaire et professionnel. Il existe, au sein de ce dernier, un paradoxe. En effet, les données du Baromètre de Santé publique France montrent que les chômeurs ont une consommation et un usage à risque de substances psychoactives plus importants que les travailleurs (188), ce qui est en faveur d'un effet protecteur du travail vis-à-vis des pratiques addictives. A l'opposé, certaines conditions ou organisations du travail sont associées de manière significative à des usages de substances psychoactives. Ceci est rapporté par l'étude de cohorte CONSTANCES, par exemple lors du travail au contact du public, d'efforts physiques importants, de travail en horaires atypiques… (cf. Question 1). De même, les pratiques culturelles socialisantes interviennent (pots en entreprise…).

Par ailleurs, l'entreprise est considérée par certains comme un lieu de promotion de la santé destiné, entre autres, à influer les comportements individuels vers une meilleure hygiène de vie (alimentation, pratiques sportives…).

Dans ce contexte, des rapports et études ont été publiés sur les actions de prévention des usages de substances psychoactives pouvant être mises en œuvre en milieu de travail. Dès 1996, les Nations Unies, à travers le Bureau International du Travail (BIT), ont publié un recueil de directives de prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail (189).

Il est à noter que cette revue de la littérature axée sur la prévention collective n'a pas retrouvé d'étude portant spécifiquement sur les nouvelles conditions et organisations du travail (exemples : contrats de courte durée, sous-traitance…). De plus, lorsque les articles citent l'âge minimum du travailleur inclus dans une ou plusieurs étude(s), celui-ci est de 18 ans. Cette recherche bibliographique n'a donc pas retrouvé d'article spécifique aux apprentis mineurs.

4.1. Prévention collective : approche globale

4.1.1. Revue de la littérature

4.1.1.1. Recommandations

En Europe, en 2022, l'European Union Drugs Agency (EUDA) recommande aux employeurs de prévoir une politique de consommation d'alcool et de drogues dans le cadre de leurs politiques de santé et de bien-être plutôt que dans le cadre d'une procédure disciplinaire (190). D'autres recommandations portent sur l'approche du travailleur ayant consommé des drogues ou de l'alcool et la confidentialité des informations, l'évaluation des risques liés aux substances psychoactives, le recensement et la prévention des situations liées au travail dont on sait qu'elles peuvent déboucher sur des problèmes de drogue, la formation des salariés, la restriction ou l'interdiction de consommer

de l'alcool, ainsi que l'analyse des substances organiques pour déceler les consommations de substances psychoactives chez les travailleurs d'éventuels.

En France, l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), rapporte que peu de données sont disponibles concernant les interventions en milieu de travail relatives à l'alcool (191). Néanmoins, les experts jugent opportun que les mesures de prévention portent sur le climat de travail, la gestion du stress, les normes de consommations et limitent l'accès aux boissons alcoolisées au sein du milieu professionnel. De même, l'Inserm recommande de mener des études complémentaires pour identifier, expérimenter et évaluer des programmes de prévention des consommations d'alcool en milieu professionnel.

Pour l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), la mise en place d'une démarche de prévention – portant sur les différentes substances psychoactives - nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs de l'entreprise à travers notamment les instances représentatives du personnel, tel que le comité social et économique (CSE), lorsqu'il existe (6). Le service de prévention et de santé au travail est à associer à cette concertation, en raison de sa mission de conseil auprès de l'employeur, des travailleurs et de leurs représentants en matière de prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail (article L. 4622-2 du Code du travail). Le risque lié à l'usage de substances psychoactives est à évaluer et à inscrire dans le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). A l'issue, quatre objectifs d'action de prévention sont conseillés, de manière non exhaustive : prévenir les facteurs liés au travail favorisant les consommations, encadrer la consommation d'alcool, organiser les secours face à un trouble du comportement et sensibiliser les travailleurs.

La Plateforme Responsabilité sociétale des entreprises (RSE) a rendu un avis, en 2019, sur l'engagement des entreprises pour la prévention des pratiques addictives (alcool, tabac et stupéfiants) (192). Le groupe de travail recommande d'associer les parties prenantes de l'entreprise (salariés, service de prévention et de santé au travail, CSE, DRH, managers) à la définition et à la mise en œuvre des actions de prévention, de porter une attention particulière à la qualité de vie au travail (QVT) des salariés, de relayer dans l'entreprise les messages des campagnes nationales de prévention et de veiller à la formation des services de prévention et de santé au travail sur ce sujet.

Les recommandations de la Société française d'alcoologie et de la Société française de santé au travail (ex SFMT), publiées en 2013, sont centrées sur la prise en charge individuelle des travailleurs au cours de la visite médicale de santé au travail (193). Néanmoins, sur le plan collectif, les experts recommandent aux médecins du travail de prévenir les facteurs professionnels susceptibles d'initier, favoriser ou renforcer les conduites de consommation. De même, une conduite à tenir en cas de trouble aigu du comportement est conseillée à l'employeur.

Dans ses recommandations publiées en 2017, l'Académie nationale de médecine insiste sur le rôle du médecin du travail en tant que conseiller, garant du respect absolu du secret médical et acteur de la prévention. Son rôle est d'assister le chef d'entreprise dans l'établissement de son document d'évaluation des risques et de contribuer à la mise en place des moyens de protection de la santé (194). De même, les membres de l'Académie nationale de médecine recommandent la réalisation en milieu professionnel d'actions collectives d'information et de sensibilisation sur les dangers des drogues licites et illicites, ainsi que des actions individuelles auprès des personnels occupant des postes mettant en jeu la sécurité individuelle ou collective.

Dans le secteur spécifique de la santé, les recommandations de l'Association of Anaesthesists (Royaume-Uni) portent sur la prise en charge de l'anesthésiste ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives, la formation des personnels, la limitation à l'accès à certains médicaments anesthésiques et la mise en place dans chaque service d'un clinicien responsable du bien-être (195).

Pour leur part, l'Emergency Nurses Association et l'International Nurses Society on Addictions (Etats-Unis) recommandent la formation des professionnels de santé aux risques liés aux substances psychoactives, à la promotion de lieux de travail favorables et sans substance, ainsi qu'à la mise en place de protocoles de prise en charge des infirmières et des étudiants en soins infirmiers souffrant de troubles liés à l'usage de substances (196). En France, l'Académie nationale de médecine recommande également le renforcement des actions d'information et d'éducation des milieux professionnels œuvrant dans le champ de la santé (194).

4.1.1.2. Efficacité des mesures de prévention collective

Une méta-analyse (170) et 4 revues de la littérature (197, 169, 198,199) ont été publiées, portant sur l'association d'une ou plusieurs actions parmi celles citées auparavant (paragraphe I - A). Aucune étude n'a porté sur l'évaluation de la mise en place de l'ensemble des actions recommandées par les différents groupes d'experts.

Fellbaum L et al ont publié une méta-analyse sur l'impact des interventions en milieu de travail destinées à réduire les consommations d'alcool (170). Vingt études (n =4484 travailleurs) ont été incluses, comprenant principalement des sessions d'information sur les risques liés à l'alcool, des campagnes de promotion de la santé et des interventions de type motivationnel. Les résultats montrent une réduction faible mais significative de l'usage d'alcool (d = - 0,16 ; IC95% [−0,2715; −0,0511]).

Akanbi MO et al ont réalisé une revue de la littérature sur la prévention de la consommation d'opiacés et de cannabis chez les travailleurs (197). Par rapport à l'étude de Fellbaum (170), les auteurs ont également inclus des articles rapportant l'impact de la mise en place d'un règlement intérieur et du dépistage. Au total, 27 études ont été sélectionnées. Néanmoins, au vu des mauvaises qualités méthodologiques de ces travaux, les auteurs concluent que les programmes de prévention pourraient être efficaces sur les accidents du travail, mais que des études plus rigoureuses sont nécessaires pour le confirmer.

Morse AK et al ont publié une revue de la littérature sur l'usage de plusieurs substances psychoactives (alcool, cannabis, hallucinogènes, anxiolytiques…) à l'exception du tabac (169). En pratique, la majorité des 39 études sélectionnées portent sur la consommation d'alcool. Pour les auteurs, les interventions de promotion de la santé sont associées à une réduction de la consommation de boissons alcoolisées. Par contre, il n'existe pas de preuve que les « employee assistance programs » (EAP) soient associés à une réduction de la consommation de substances, tandis qu'il y a peu de preuves sur l'efficacité des tests de dépistage sur la prévention des accidents. Des études complémentaires - de bonne qualité - sont nécessaires. Enfin, des mesures sont à mettre en place au sein de l'entreprise afin de respecter la confidentialité sur les informations relatives aux salariés ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives.

Dans le domaine de l'aide au sevrage tabagique chez les travailleurs, 2 revues de la littérature ont été publiées. Cahill K et al ont analysé 57 études (198). Les résultats montrent que les mesures suivantes sont significativement efficaces, même si le nombre absolu de travailleurs arrêtant de fumer reste faible : intervention comportementale en groupe (OR = 1,71 ; IC 95 % [1,05 - 2,8]) ou en individuel (OR = 1,96 ; IC 95 % [1,51 - 2,54]), prescription de traitements nicotiniques de substitution (avec suivi individuel) (OR = 1,98 ; IC 95 % [1,26 - 3,11]). Par contre, la simple diffusion de brochures ou de vidéos d'aide au sevrage ne semblent pas efficaces. Le Denmat V et al ont, pour leur part, analysé 32 publications (199). Les résultats montrent que les interventions les plus efficaces sont le counseling individuel, les thérapies de groupe et les traitements pharmacologiques de la dépendance nicotinique. Tout comme Cahill K et al, Le Denmat V et al rapportent que les taux de succès

de ces interventions restent faibles. Enfin, depuis 2016, Santé publique France déploie une fois par an l'intervention Mois sans tabac, qui incite les fumeurs à arrêter de fumer (233). Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de revue de la littérature ou de méta-analyses sur la mise en œuvre de ce dispositif en milieu de travail. Cependant, Guignard R et al ont mené une évaluation de ce dispositif en population générale. Les auteurs estiment que la pérennisation de Mois sans tabac peut présenter des bénéfices en matière de réduction des pathologies liées au tabac et en matière d'absentéisme (233).

4.1.2. Conclusion

À travers la littérature, les mesures de prévention collective des usages de substances psychoactives, en milieu de travail, reposent essentiellement sur des recommandations d'experts. L'évaluation de ces mesures semble limitée en raison des qualités méthodologiques insuffisantes des études. Il apparaît toutefois que les interventions en milieu de travail permettent d'aider les salariés à cesser le tabac.

Pour les membres du groupe de travail, les mesures de prévention à mettre en place au niveau de l'entreprise doivent prendre en compte d'une part les données de la littérature montrant les risques liés aux différentes substances psychoactives, l'existence d'associations significatives entre certaines conditions de travail et l'usage de ces produits (cf question 1), ainsi que les recommandations d'experts et, d'autre part, le contexte réglementaire relatif à la prévention des risques professionnels (cf question 2). Pour cela, il apparaît nécessaire que l'employeur, en concertation avec les travailleurs et leurs représentants, considère le risque lié aux usages de substances psychoactives comme étant un risque professionnel semblable aux autres (exemples : risque chimique, risque électrique, risques psychosociaux…). Pour y répondre, il est recommandé que l'entreprise recense les situations de travail favorisant les consommations, mette en œuvre des mesures de prévention collectives adaptées, et assure une prise en charge du travailleur en difficulté avec une substance psychoactive. L'ensemble de ces mesures doit bénéficier des conseils du service de prévention et de santé au travail. Ces mesures sont à élaborer dans un esprit d'aide de soutien plutôt que dans une logique répressive.

4.2. Évaluation et prévention des facteurs de consommation liés au travail

4.2.1. Revue de la littérature

Quatre recommandations (190, 191, 193, 195) ont été retrouvées lors de la revue de la littérature.

Pour l'EUDA, les employeurs devraient coopérer avec les travailleurs et leurs représentants pour recenser les situations liées au milieu de travail, dont on sait qu'elles peuvent déboucher sur des problèmes de drogue et prendre des mesures préventives ou correctives (190). De même, les employeurs ainsi que les travailleurs et leurs représentants doivent procéder de concert à l'évaluation des effets de la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail et doivent coopérer à l'élaboration d'un texte relatif à la politique de l'entreprise.

En France, la Société française d'alcoologie et la Société française de santé au travail (ex - SFMT) recommandent aux médecins du travail d'inclure dans leur analyse le repérage des usages de SPA et de leurs conséquences sur le travail, mais aussi de prévenir les facteurs professionnels susceptibles d'initier, favoriser ou renforcer les conduites de consommation (193).

Une expertise collective de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) conseille, entre autres, d'agir sur le climat de travail et la gestion du stress afin de prévenir la consommation d'alcool chez les travailleurs (6).

L'INRS (Institut national de recherche et de sécurité) conseille d'inscrire le risque "Pratiques addictives" dans le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), en recensant, entre autres, les situations de travail mettant les salariés en contact avec les substances psychoactives (pots en entreprise, repas d'affaires ; fabrication, vente ou distribution de substances psychoactives), les situations de travail pouvant favoriser les consommations (exposition aux RPS, horaires atypiques, contraintes physiques…), l'existence d'une alerte à l'employeur de la part du médecin du travail, les données anonymes du service de prévention et de santé au travail sur les niveaux de consommation dans l'entreprise et leurs impacts. L'existence de postes de travail avec activités dangereuses telles que conduite de véhicules ou de machines dangereuses, travail en hauteur, manipulation de substances chimiques, port d'armes… peut également être prise en compte (191). À l'issue de cette phase d'évaluation, le choix et la planification des actions de prévention à mettre en œuvre sont à effectuer dans le cadre de la concertation établie au sein de l'entreprise, notamment à travers le CSE. Il est conseillé qu'elles agissent sur le plan collectif et qu'elles comprennent des mesures destinées à gérer les situations individuelles. L'association de quatre objectifs de prévention est proposée de manière non exhaustive : prévenir les facteurs liés au travail favorisant les consommations, encadrer la consommation d'alcool, organiser les secours face à un trouble du comportement, ainsi que former ou sensibiliser les travailleurs.

Enfin, dans le domaine spécifique de la santé, l'Association of anaesthesists (Royaume-Uni) recommande que chaque service d'anesthésie soit doté d'un clinicien responsable du bien-être des personnels. Cette personne n'a pas à être nécessairement anesthésiste (195).

4.2.2. Conclusion

Les données de la littérature montrent que certains facteurs professionnels peuvent favoriser les usages de substances psychoactives (cf. Question I - 3 "Interrelation SPA/milieu professionnel"). Ce sont, entre autres, la disponibilité des substances psychoactives sur le lieu de travail - présence d'alcool lors de pots, mais aussi les activités de fabrication, vent ou distribution de substances psychoactives - ainsi que certaines conditions de travail dont les horaires atypiques, les efforts physiques importants, le travail au contact du public et les risques psychosociaux.

Sur le plan réglementaire, le service de prévention et de santé au travail est tenu de tracer les risques professionnels dans la fiche d'entreprise (cf Question 2) et d'aider l'employeur à évaluer les risques liés à l'activité de l'entreprise. Cette évaluation est transcrite dans le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et aboutit à la mise en œuvre d'actions de prévention.

Aussi, pour les membres du groupe de travail, le recensement et l'évaluation des situations de travail reconnues à travers la littérature comme pouvant favoriser les usages de substances psychoactives est à réaliser. D'autres situations peuvent être identifiées par le service de prévention et de santé au travail lors de la rédaction de la fiche d'entreprise ou lors des études du poste de travail. Il en est de même lors de la concertation entre l'employeur et les travailleurs ou leurs représentants. L'ensemble de ces situations est à inscrire dans le DUERP et doit bénéficier de mesures de prévention.

4.3. Limitation des consommations d'alcool sur le lieu de travail

4.3.1. Revue de la littérature

Quatre recommandations ont été retrouvées, tandis qu'aucune publication de type méta-analyse ou revue de la littérature n'a été identifiée.

Pour l'EUDA, des restrictions à la consommation d'alcool et de drogues sont à mettre en œuvre sur le lieu de travail. Cette agence européenne considère que les mêmes restrictions ou interdictions concernant l'alcool devraient s'appliquer tant au personnel d'encadrement qu'aux travailleurs (190).

En France, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) recommande également d'agir sur les normes de consommation et de limiter l'accès aux boissons alcoolisées au sein du milieu professionnel (6). De même, Santé publique France et l'Institut national du Cancer recommandent de ne pas consommer d'alcool en cas de conduite automobile, ou de manipulation d'outils ou de machine (200).

En s'appuyant sur la règlementation en vigueur - dont l'article R. 4228-20 du Code du travail - l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) préconise d'identifier les postes pour lesquels la consommation de boissons alcoolisées est particulièrement risquée pour la santé et la sécurité des travailleurs. La présence d'apprentis ou de jeunes travailleurs dans l'entreprise est également à prendre en compte (191). Les mesures de limitation, voire d'interdiction, de la consommation d'alcool pour ces types de poste sont à inscrire dans le règlement intérieur ou dans une note de service. La limitation ou l'interdiction devront toujours être justifiées par la nature des tâches à accomplir par les salariés et proportionnées au but recherché. De même, dans l'hypothèse où l'employeur autoriserait l'usage d'alcool lors du travail (exemple : pot en entreprise, repas d'affaires…), l'INRS recommande d'inscrire les modalités de cette consommation dans le règlement intérieur ou dans une note de service. Celles-ci doivent tenir compte notamment de la durée d'élimination de l'alcool avant la reprise d'une activité dangereuse (1 verre est éliminé en environ 1 h 30), du Code du travail limitant les boissons alcoolisées au cidre, vin, bière et poiré, des repères de consommation (maximum 2 verres par jour et pas tous les jours) et de la nécessité de mettre de manière obligatoire à disposition des boissons non alcoolisées et des aliments.

Enfin, dans le secteur spécifique de la santé, l'Emergency Nurses Association International Nurses Society on Addictions (États-Unis) recommande la promotion de lieux de travail sans substance psychoactive (196).

4.3.2. Conclusion

Quatre recommandations internationales ou françaises recommandent de limiter ou d'interdire la consommation d'alcool sur le lieu de travail. Ces restrictions concernent essentiellement les postes de travail présentant une activité dangereuse. Toutefois, l'EUDA considère que les restrictions sont à appliquer également au personnel d'encadrement.

Compte-tenu des risques liés à la consommation de boissons alcoolisées, tant pour la santé que la sécurité des travailleurs (cf. Question 1), les membres du groupe de travail confirment le bien-fondé de ces recommandations. Ils considèrent également nécessaire de débanaliser la consommation d'alcool sur le lieu de travail. Ainsi, les membres du groupe de travail recommandent aux entreprises de ne pas fournir d'alcool aux travailleurs, notamment lors des pots ou dans les restaurants d'entreprise, et de ne pas autoriser la consommation d'alcool sur le lieu de travail quel que soit le poste de travail occupé.

Sur le plan réglementaire, l'application de cette recommandation nécessite de prendre en compte l'article R. 4228-20 du Code du travail : « Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail. Lorsque la consommation de boissons alcoolisées (…), est susceptible de porter atteinte à la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur (…) prévoit dans le règlement intérieur ou, à défaut, par note de service les mesures permettant de protéger la santé et la sécurité des travailleurs et de prévenir tout risque d'accident. Ces mesures, qui peuvent notamment prendre la forme d'une limitation, voire d'une interdiction de cette consommation, doivent être proportionnées au but recherché ».

La réglementation actuelle impose donc de justifier, dans le règlement intérieur ou une note de service, cette interdiction. Pour y parvenir, les données utiles peuvent être, par exemple (cf. Question 1) :

- risques pour la santé : dépression, dépendance, maladies cardiovasculaires, cirrhose, cancers, syndrome d'alcoolisation fœtale… L'alcool est responsable de 41 000 morts par an au sein de la population générale. Consommer une substance psychoactive avant l'âge de 20 ans augmente le risque ultérieur de dépendance ;
- risques pour la sécurité : le risque d'accident du travail grave est multiplié par 2 en cas de consommation chronique ; conduire sous l'emprise de l'alcool multiplie le risque d'être responsable d'un accident routier mortel par 17,8.

Il est intéressant de noter que le Conseil d'Etat a validé l'interdiction de l'introduction, de la distribution ou de la consommation de boissons alcoolisées pour tous les travailleurs d'un établissement industriel, y compris pour les salariés ayant des tâches administratives (Conseil d'Etat, 14 mars 2022, décision n°434343). En effet, au sein de cette entreprise, tous les travailleurs - y compris ceux ayant une activité tertiaire - sont appelés à se déplacer régulièrement sur l'ensemble du site où se trouvent des machines dangereuses ou des produits chimiques et à partager les mêmes locaux.

4.4. Gestion des situations individuelles

4.4.1. Approche des travailleurs ayant un mésusage de substances psychoactives

Cinq recommandations abordent la prise en compte des travailleurs ayant un mésusage de substances psychoactives.

Pour l'European monitoring centre for drugs and drug addiction (Union européenne), les problèmes liés à la drogue doivent être considérés comme des problèmes de santé. Ils doivent être traités comme tout autre problème de santé au travail et couverts par les systèmes de soins de santé appropriés (publics ou privés). Les employeurs doivent établir un système qui garantisse que le caractère confidentiel de toutes les informations qui leur sont communiquées à propos des problèmes liés à l'alcool ou à la drogue sera respecté. (190).

En France, la Société française d'alcoologie et la Société française de santé au travail (ex - SFMT) recommandent que le caractère licite ou illicite de la substance consommée n'influence pas l'évaluation du risque individuel faite par le médecin du travail (193). Pour l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité), il convient de ne pas apporter de jugement de valeur face à une personne en difficulté vis-à-vis d'une substance psychoactive mais de se limiter aux faits constatés (difficultés ou erreurs dans le travail…).

Chez les professionnels de santé, l'Association of anaesthesists (Royaume-Uni) recommande que le trouble de l'usage d'alcool ou de médicaments anesthésiques, chez un anesthésiste, soit traité comme une maladie et non comme un comportement criminel (195). De même, l'Emergency nurses association et l'International nurses society on addictions (Etats-Unis) considèrent que les établissements de soins et les écoles d'infirmières doivent définir des protocoles de prise en charge des infirmières et des étudiants en soins infirmiers souffrant de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, avec des objectifs de maintien dans l'emploi, de réadaptation et de retour à une pratique professionnelle sûre. Le détournement de médicaments, dans le cadre d'un usage personnel, est considéré principalement comme un symptôme d'une maladie grave et traitable, et non exclusivement comme un crime (196).

Conclusion

Le trouble de l'usage de substances psychoactives est une pathologie pouvant retentir sur le travail et aboutir à la perte d'un emploi. Aussi, pour les membres du groupe de travail, un travailleur ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives doit pouvoir bénéficier des mesures de prévention de la désinsertion professionnelle, comme pour toute autre pathologie. Celles-ci sont régies par le Code du travail (articles R. 4624-29 et suivants). Elles ont également fait l'objet de recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé (237) qui, entre autres, préconisent que l'entreprise agisse sur les facteurs de l'environnement susceptibles d'influencer le pronostic professionnel.

Aussi, plusieurs mesures peuvent être mises en place en complément des autres actions décrites dans cette question. D'une part, il est nécessaire que l'employeur et les membres de l'encadrement sollicitent le médecin du travail lorsqu'un salarié présente des difficultés au travail ou en matière de comportement pouvant évoquer une pathologie, dont un usage problématique de substance(s) psychoactive(s). Cette visite à la demande de l'employeur est à accompagner d'un courrier comportant des informations sur les circonstances et les conséquences observées. D'autre part, il est nécessaire de sensibiliser l'employeur et l'ensemble des travailleurs aux règles relatives au respect d'autrui et au respect du secret médical, ainsi que l'existence des visites à la demande du salarié lui-même et des visites de pré-reprise en cas d'arrêt de travail (NB : au moment de la rédaction de ces recommandations, la visite de pré-reprise peut être demandée lorsque la durée de l'arrêt est supérieure à 30 jours).

4.4.2. Prise en charge d'un trouble aigu du comportement

La revue de la littérature a permis d'identifier 2 recommandations spécifiques au trouble aigu du comportement survenant en milieu de travail et pouvant être en lien avec l'usage de substances psychoactives. Quatre autres recommandations, 2 documents émanant de collèges universitaires d'enseignants et 1 méta-analyse ont également été sélectionnés.

Deux étapes sont à considérer : la prise en charge de l'urgence, qui relève de l'organisation des secours au sein de l'entreprise, puis le retour du salarié à son poste de travail.

4.4.2.1. Prise en charge de l'urgence

La prise en charge d'un trouble aigu du comportement lié - ou pouvant être lié – à la consommation de substance psychoactive peut se faire de 2 manières : soit en se basant sur les signes présentés par le travailleur (trouble aigu du comportement), soit en ayant diagnostiqué une intoxication aiguë par une substance psychoactive.

Prise en charge d'un trouble aigu du comportement

En 2013, la Société française d'alcoologie (SFA) et la Société française de santé au travail (ex - SFMT) ont publié des recommandations sur la gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de substances psychoactives (193). Pour les auteurs, il est recommandé que le médecin du travail, qui conseille l'employeur dans l'organisation des secours au sein de l'entreprise, propose par écrit des modalités de gestion des évènements en matière de troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs. Le protocole d'organisation des secours établi doit notamment prévoir les dispositions suivantes : ne pas laisser le salarié seul ; toujours solliciter un avis médical ; aucun raccompagnement sans autorisation médicale préalable, en prévoyant deux personnes s'il est effectué par l'entreprise ; établir un rapport écrit sur les faits et les modalités de gestion de l'évènement.

Pour l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité), face à un trouble du comportement, il est nécessaire d'alerter l'employeur et les secours internes à l'entreprise (sauveteur secouriste du travail, infirmier d'entreprise ou médecin du travail) et/ou externes (15, 18 ou 112) (191). Le salarié doit être écarté de toute activité dangereuse. Enfin, les consignes des secours externes ou du professionnel de santé présent sur place (médecin du travail ou infirmier d'entreprise) sont à appliquer. L'INRS apporte également une précision sur le plan réglementaire. En effet, le Code du travail interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse (article R. 4228-21). Toutefois, ces personnes présentant un risque pour leur santé et leur sécurité, il faut immédiatement assurer leur prise en charge, sous peine de non-assistance à personne en danger (article 223-6 du Code pénal).

La symptomatologie du trouble aigu du comportement est variée, allant de la torpeur à l'état d'agitation incontrôlable, en passant notamment par l'euphorie, associée ou non à des troubles de l'équilibre.

Pour le Collège national des universitaires de psychiatrie (201), l'agitation ou le délire aigu peuvent se retrouver dans de nombreux troubles (hypoglycémie) ou maladies. Une cause non psychiatrique doit donc être systématiquement recherchée avec, entre autres, bilan biologique systématique (glycémie, ionogramme sanguin, calcémie, NFS, CRP…). De même, des diagnostics différentiels de l'attaque de panique sont à éliminer en cas de prostration : pathologies non psychiatriques (syndrome coronarien aigu, embolie pulmonaire, épilepsie, AIT, hypoglycémie…), intoxications par substance psychoactive…

Pour le Collège des enseignants de neurologie, un grand nombre de situations peuvent produire un état confusionnel (202). Elles peuvent être d'origine toxique (alcool, drogues, médicaments, toxiques industriels, monoxyde de carbone…), métabolique (troubles hydro-électrolytiques, hypoglycémie, troubles endocriniens, insuffisance rénale, hépatique ou cardiorespiratoire…), infectieuse, neurologique (traumatisme crânien, hémorragie méningée, méningite, infarctus cérébraux…), ou autres (hypothermie…). Pour les auteurs, la confusion mentale est une urgence médicale, diagnostique et thérapeutique.

Prise en charge d'un cas d'intoxication éthylique aiguë

En 2023, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations intitulées « Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool » destinées aux professionnels de santé de premier recours (166). Lors d'une alcoolisation ponctuelle importante, ou d'un état d'ivresse, avec malaise ou nausées tout en ayant une conscience préservée, la HAS recommande notamment de ne pas être seul pour suivre l'évolution de la situation, d'absorber un produit sucré, de se réhydrater avec de l'eau et de se reposer en se couchant sur le côté. En cas de somnolence, la victime est à mettre

en position latérale de sécurité, tandis qu'il est nécessaire de la réchauffer et lui parler pour suivre son état. Enfin, les secours (15, 18 ou 112) sont à prévenir en cas d'aggravation (perte de connaissance, dépression respiratoire, malaise prolongé, hypothermie) ou de moindre doute.

La même année, la Société française d'alcoologie, l'association Addictions France et la European federation of addiction societies ont mis à jour des recommandations sur le mésusage d'alcool, destinées aux professionnels de santé (dont les médecins du travail) (112). Pour les auteurs, la situation de crise en alcoologie nécessite une évaluation rapide par un intervenant de première ligne, permettant une réponse prompte et une orientation dans le dispositif de soin. Il est important de profiter de ces moments où le patient devient demandeur de soins pour tenter d'initier une démarche, tout en ne rentrant pas dans le travers de l'immédiateté et de la superficialité (AE). Le recours aux services d'urgence doit être rare et limité aux complications somatiques sévères, aux crises suicidaires ou aux états d'agitation avec hétéro ou auto-agressivité (grade C). Le recours à l'hospitalisation sans consentement doit être exceptionnel (grade C).

Pour le Collège national des universitaires de psychiatrie, l'intoxication éthylique aiguë est une urgence médicale lorsqu'il existe des troubles du comportement ou de conscience. Il faut éliminer une autre cause de trouble de conscience ou d'agitation, assurer une prise en charge symptomatique et protéger le patient (en cas d'agitation, risque de fugue, d'idées suicidaires, etc.) (201). La victime est à mettre notamment au repos avec surveillance horaire des constantes et de la conscience jusqu'au retour des capacités relationnelles (au mieux en Unité d'hospitalisation de très courte durée), et sédation médicamenteuse si nécessaire.

La prise en charge d'un patient présentant une intoxication éthylique aiguë doit également prendre en compte les risques associés. Pour la HAS, ces derniers comprennent, entre autres, les accidents, l'altération des capacités de réflexion et d'action, la perte de maîtrise de soi, la mise en danger de soi ou d'autrui, ainsi que le malaise ou le coma éthylique (166). Le risque suicidaire est également à prendre en compte. Borges G et al ont réalisé une méta-analyse portant sur 1240 cas de tentatives de suicides dans les 3 à 24 h après une alcoolisation aiguë. Les auteurs montrent que le risque de passage à l'acte est multiplié par 6,97 dans cette situation (OR = 6,97 ; IC 95 % [4,77 – 10,17]) (22).

Prise en charge d'une intoxication par médicament ou par drogues récréatives

En 2020, la Société de réanimation de langue française (SRLF) et la Société française de médecine d'urgence (SFMU) ont publié des recommandations relatives aux intoxications médicamenteuses et par drogues récréatives (204). Celles-ci comportent notamment :

En pré-hospitalier, chez un patient suspect d'intoxication, les experts suggèrent de préconiser un avis médical en présence d'une défaillance neurologique, hémodynamique ou respiratoire. Dans les autres cas, le risque d'aggravation rapide en fonction du terrain, du délai par rapport à l'exposition et de la nécessité d'un éventuel traitement précoce doit être pris en compte pour décider de la médicalisation pré-hospitalière,

Les experts suggèrent qu'il est possible de prendre en charge, en dehors d'un milieu permettant une surveillance médicale, un patient asymptomatique à la suite d'une exposition supposée médicamenteuse ou par drogue récréative, si les toxiques sont bien identifiés, de demi-vie courte, que les éventuels examens complémentaires justifiés par les propriétés du toxique (biologie, ECG) sont normaux et qu'une première évaluation psychiatrique a été réalisée en cas de contexte suicidaire,

Il faut réaliser un dosage des molécules supposées ingérées pour les intoxications au paracétamol, à l'acide acétylsalicylique, à l'acide valproïque, à la digoxine et au lithium.

Conclusion

Aux termes des dispositions du Code du travail, l'employeur a la responsabilité d'organiser les secours aux accidentés et malades dans son entreprise, après avoir pris conseil auprès du médecin du travail (article R. 4224-16). Aussi, il est nécessaire qu'une procédure soit définie pour la prise en charge d'un travailleur présentant un trouble du comportement. La symptomatologie de ce dernier peut être variée allant de la torpeur à la confusion ou l'état d'agitation.

De multiples étiologies peuvent être responsables de ces états et nécessiter une prise en charge urgente (hypoglycémie, accident vasculaire cérébral, séquelle de traumatisme crânien…). Aussi, le diagnostic de trouble du comportement lié à une intoxication aiguë par une substance psychoactive ne peut être qu'un diagnostic d'élimination. Il s'agit donc d'un acte médical. De plus, la prise en charge doit tenir compte des risques évolutifs pouvant être liés notamment à la demi-vie de la substance, à l'éventuelle prise associée d'autres substances ou médicaments, à l'existence d'un risque suicidaire et au risque d'aggravation compte-tenu des antécédents du travailleur. Aussi, les modalités de prise en charge d'un travailleur présentant un trouble aigu du comportement, lié ou non à une intoxication par une substance psychoactive, sont à définir en fonction des moyens humains présents sur le lieu de travail : simple témoin, sauveteur-secouriste du travail, professionnel de santé (médecin du travail, infirmier d'entreprise ou de santé au travail). Enfin, le numéro d'alerte des secours extérieurs (15, 18 ou 112) à utiliser semble poser question. Il est rappelé que, conformément à l'article L. 6311-2 du Code de la santé publique, les centres de réception et de régulation des appels (15) sont interconnectés avec les services d'incendie et de secours (18) et de la police (17) dans le respect du secret professionnel. L'appel au 112, numéro de téléphone d'urgence unique européen, aboutit quant à lui dans l'un de ces 3 services. L'appel à l'un de ces différents numéros permet donc, en raison de l'interconnexion, d'avoir une réponse adaptée.

Par ailleurs, les membres du groupe de travail considèrent que le trouble du comportement d'un travailleur peut avoir des conséquences directes (exemple : violence verbale ou physique) ou indirectes sur le collectif de travail. Aussi, à l'issue des actions de premiers secours, il est nécessaire que l'employeur prenne en compte le plus tôt possible les plaintes avérées, afin d'apporter un soutien aux salariés, afin d'apporter un soutien aux salariés affectés, en lien avec le service de prévention et de santé au travail.

Par ailleurs, il est également conseillé de recueillir les différentes informations qui permettront d'analyser l'évènement : horaire, lieu, tâches effectuées au cours de la journée, moyens fournis pour y parvenir, éventuelles blessures, témoignages des collègues présents… Ceci peut permettre de définir des mesures de prévention à mettre en œuvre. Enfin, il est utile de vérifier le bon déroulement des secours afin d'en modifier l'organisation si nécessaire.

4.4.2.2. Retour du salarié à son poste de travail

À l'issue de la phase d'urgence, la Société française d'alcoologie et la Société française de santé au travail (ex - SFMT) recommandent de définir une gestion post-crise (8). Celle-ci comprend plusieurs actions, débutant par la diffusion d'une information à la hiérarchie (employeur, cadre ou direction des ressources humaines…), au médecin du travail et au service social s'il existe. Au retour du travailleur, il est recommandé qu'un entretien managérial soit organisé, aboutissant à une demande de l'employeur auprès du médecin du travail afin qu'il examine le salarié ("visite à la demande de l'employeur"). Cette demande doit être écrite et argumentée. Par ailleurs, cet épisode doit être l'occasion pour le médecin du travail avec l'employeur, les salariés et les instances représentatives du personnel, de procéder à l'analyse des risques favorisant la consommation de substances psychoactives afin, si nécessaire, de renforcer la prévention.

L'INRS (Institut national de recherche et de sécurité) reprend les mêmes éléments (191).

4.5. Formation ou sensibilisation des travailleurs

4.5.1. Revue de la littérature

Six recommandations abordent les actions de formation ou de sensibilisation des travailleurs.

Pour l'European Union Drugs Agency (EUDA) les lieux de travail offrent des possibilités d'éducation sanitaire sur l'alcool et les drogues (190). Pour cette agence de l'Union européenne, la formation ou l'information des travailleurs doit porter sur les risques et les dangers des substances psychoactives. De même, la formation des responsables et des superviseurs doit leur permettre de reconnaître les signes de consommation problématique de substances, mais aussi de savoir réagir face à un employé ayant un problème ou demandant de l'aide. Enfin, les actions de formation et d'information peuvent permettre aux professionnels de santé intervenant auprès des travailleurs de clarifier leur rôle et notamment de rappeler leur respect du secret médical.

Dans ses recommandations, l'INRS reprend les mêmes éléments (191). De même, les actions de formation ou de sensibilisation peuvent également porter sur : le contenu du règlement intérieur, la réglementation relative à la responsabilité de l'employeur et des travailleurs (Code du travail), l'interdiction des stupéfiants (Code de la santé publique et Code pénal) ainsi que les dispositions du Code de la route relatives à l'alcool. La procédure à suivre face à un collègue présentant un trouble du comportement est à connaître par l'ensemble des salariés. Le rôle du service de prévention et de santé au travail, ainsi que des services sociaux, sont à expliquer. Enfin, les aides possibles en dehors de l'entreprise (médecin traitant, CSAPA, sites internet…) sont à signaler. Par ailleurs, l'INRS recommande que les modalités des actions de formation, d'information ou de sensibilisation soient adaptées à l'ensemble des travailleurs de l'entreprise, notamment pour les chefs d'équipe ou les membres de l'encadrement. Pour ces derniers, il peut être nécessaire d'organiser des séances afin d'exposer, de manière anonyme, des situations rencontrées et d'obtenir des compléments d'information sur des points spécifiques (réglementation, actions à faire ou ne pas faire…).

Pour l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), les interventions doivent porter, entre autres, sur les normes relatives à la consommation d'alcool (6).

Les recommandations publiées en 2013 par la Société française d'alcoologie et de la Société française de santé au travail (ex - SFMT) préconisent au professionnel de santé au travail de participer de manière active à l'information et à la formation sur la prévention des risques susceptibles d'être générés dans l'environnement professionnel par la consommation et le mésusage de substances psychoactives de la part d'un membre de l'entreprise (193). Il doit aussi communiquer sur les déterminants en lien avec le travail, susceptibles de favoriser ou générer une consommation de substances. Il doit s'écarter de toute logique répressive, tout en rappelant les responsabilités de chacun des acteurs de l'entreprise dans ce domaine (accord professionnel). De même, Il est recommandé d'informer les salariés de l'entreprise, par tout moyen approprié, que toutes les informations et confidences recueillies par le médecin du travail, tout ce qu'il observe lors de l'examen clinique ainsi que tous les résultats des tests de dépistage et des examens complémentaires qu'il prescrit (y compris ceux en rapport avec l'identification de substances psychoactives) sont couverts par le secret médical. De ce fait, les salariés ne peuvent faire l'objet d'une sanction disciplinaire en cas de positivité de la recherche de substances réalisée au cours de la visite médicale (accord professionnel).

Aux États-Unis, l'American association of occupational health nurses et l'American college of occupational and environmental medicine considèrent que la formation des travailleurs est nécessaire à l'embauche et à intervalles réguliers (205). Les salariés doivent connaître la politique de l'entreprise

sur les substances psychoactives. Ils doivent apprendre comment les substances chimiques affectent leur santé, leur sécurité, leur comportement et leurs performances au travail. Les encadrants et les employés doivent également être formés sur la façon de reconnaître les troubles du comportement pouvant être liés à l'usage de substance psychoactive ou à la fatigue.

Des recommandations spécifiques aux professions de santé et aux étudiants de cette filière ont été publiées en Grande Bretagne et aux États-Unis. Pour l'Association of anaesthesists, les personnels des services d'anesthésie et des services de soins intensifs doivent connaître les premiers signes et symptômes de troubles de la consommation de substances psychoactives car la reconnaissance précoce est la clé du succès traitement et du retour au travail (195).

Pour l'Emergency Nurses Association International Nurses Society on Addictions, les infirmières, les étudiants en soins infirmiers et les autres employés des établissements de santé doivent connaître les risques associés à l'usage de substances psychoactives, dont l'impact sur l'activité professionnelle (196). De même, ces professionnels doivent avoir les moyens de signaler les problèmes suspectés ou réels.

4.5.2. Conclusion

Les recommandations issues de la revue de la littérature permettent de détailler le contenu des actions de formation ou de sensibilisation à mettre en œuvre dans l'entreprise. Les thèmes communs à la majorité des recommandations sont les risques liés aux consommations de substances psychoactives - avec, pour l'alcool, les repères de consommation - les signes et la procédure à suivre face à un collègue supposé en difficulté avec un produit, le rôle du service de prévention et de santé au travail, ainsi que des données de réglementation dont le règlement intérieur de l'entreprise.

Par ailleurs, les données de la littérature sur l'efficacité des mesures de prévention collective (cf. paragraphe I - B) semblent montrer que les séances d'information ou de sensibilisation sont plus efficientes lorsqu'elles sont réalisées en groupe ou en face-à-face. En effet, la simple diffusion de brochures ou de vidéos d'aide au sevrage, notamment dans le cadre de l'aide à l'arrêt du tabagisme, ne semblent pas efficaces (198).

Pour le groupe de travail, il est nécessaire que les membres de l'entreprise bénéficient de connaissances sur les différents thèmes développés dans l'ensemble des recommandations. Les modalités et le contenu des séances sont à adapter aux différents publics de travailleurs (jeunes travailleurs, nouveaux embauchés…), dans le cadre de la concertation entre l'employeur et les salariés ou leurs représentants, avec les conseils du service de prévention et de santé au travail. Les personnels d'encadrement doivent pouvoir bénéficier de contenus spécifiques. Par ailleurs, il est nécessaire que le service de prévention et de santé au travail puisse expliquer son rôle en matière de prévention collective et lors des visites de santé au travail avec, notamment, l'aide pouvant être apportée aux salariés dans le respect du secret médical. Enfin, les membres du groupe de travail soulignent que la prévention collective des usages de substances psychoactives ne peut se résumer aux seules actions de formation ou de sensibilisation des travailleurs.

4.6. Contrôles sur le lieu de travail

4.6.1. Revue de la littérature

La possibilité pour l'employeur de dépister chez un salarié la consommation des substances psychoactives pose régulièrement des questions sur le plan éthique, juridique ou technique (4), mais aussi en matière d'efficacité.

4.6.1.1. Utilisations

En France, la réglementation autorise l'employeur à utiliser un éthylotest ou un test salivaire de détection immédiate de stupéfiants, sous certaines conditions (cf. Question 2 – Réglementation). Ces dernières imposent notamment que l'utilisation de ces dispositifs de contrôle soit inscrite au règlement intérieur, qu'elle soit réservée à certains postes de travail et qu'un contrôle du résultat soit possible.

En 2011, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a publié un avis sur les enjeux liés à la détection de l'usage de l'alcool et des drogues en milieu de travail. Dans leurs recommandations, les membres du CCNE considèrent que le dépistage est souhaitable et justifié pour les postes de sûreté et de sécurité (206). Néanmoins, ils estiment « qu'une généralisation du dépistage banaliserait la transgression du devoir de respecter la liberté des personnes ». De plus, les membres du CCNE recommandent que toute personne qui exerce un métier à un poste de sûreté et de sécurité nécessitant un haut degré de vigilance permanent doit avoir été préalablement et dûment informée qu'elle pourra faire l'objet d'un dépistage de prise d'alcool ou de produits illicites. Les justifications lui seront clairement exposées.

Aux États-Unis, l'American association of occupational health nurses et l'American college of occupational and environmental medicine ont publié en 2015 des recommandations sur les problématiques d'usage de cannabis (205). De nombreuses propositions se basent sur la réglementation en vigueur dans ce pays et ne sont pas applicables en France. Toutefois, pour les auteurs, les tests de dépistage de cette substance psychoactive sont à utiliser dans des situations post-accidentelles ou en cas de manque d'efficience du salarié, dans le cadre de directives spécifiques et expliquées aux travailleurs.

En 2022, l'Union européenne, à travers son agence European Union Drugs Agency (EUDA) a confirmé ces 2 indications. Elle considère également que le dépistage peut être réalisé en cours d'emploi sans cause spécifique, les sujets étant souvent sélectionnés au hasard dans le groupe de personnes occupant des postes ciblés sensibles à la sécurité ou critiques pour la sécurité (190). L'EUDA rappelle toutefois que l'analyse des substances organiques pour déceler chez les travailleurs d'éventuels problèmes liés à l'alcool ou aux drogues soulève des questions d'ordre moral, éthique et juridique de grande importance qui exigent que soient déterminées les circonstances dans lesquelles il est juste et approprié d'effectuer ces analyses

Pour l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité), la mise en place du dépistage par éthylotest ou test salivaire ne peut résumer, à elle seule, la prévention des pratiques addictives en milieu de travail (191). En effet, l'origine des consommations de substances psychoactives est liée à des facteurs individuels et environnementaux, dont certaines conditions de travail (stress, horaires atypiques, pots…). De plus, les techniques de dépistage actuelles peuvent être sources d'erreurs, notamment pour le test salivaire. Aussi, le dépistage des consommations d'alcool et/ou de drogues est à considérer comme un outil complémentaire au sein des différentes actions de prévention à mettre en place. Il est conseillé que sa mise en place fasse l'objet d'une concertation avec les instances représentatives du personnel. L'évaluation et la prévention du risque biologique, pour le travailleur chargé du dépistage, sont à réaliser. Enfin, certaines situations peuvent nécessiter l'intervention du sauveteur secouriste du travail pour porter assistance à un salarié (trouble du comportement, accident, malaise…). Dans ce cas, des consignes sont à définir afin que le travailleur en charge du dépistage ne retarde pas les actions du sauveteur secouriste du travail ou des secours extérieurs.

Enfin, d'autres recommandations relatives à la prévention d'usages de substances psychoactives en milieu professionnel ne citent pas les tests de dépistages. C'est le cas de l'Institut national de la

santé et de la recherche médicale (Inserm) (6), de l'Association of anaesthesists concernant la prévention des usages de substances psychoactives chez les anesthésistes (Grande Bretagne) (195) et de l'American College of Occupational and Environmental Medicine pour les antalgiques opioïdes (États-Unis, 2014) (207).

4.6.1.2. Limites

Aux côtés des situations où l'employeur peut utiliser un test de dépistage (éthylotest ou test salivaire), il convient de connaître les limites de ces moyens de contrôle.

Ethylotest

Comparé aux tests salivaires de dépistage immédiat de stupéfiants, les éthylotests sont soumis à des normes. Il s'agit, notamment, des normes NF X20-702 (Éthylotest chimique - Estimation de l'imprégnation alcoolique par analyse de l'air expiré - Spécifications et méthodes d'essais) et NF EN 15964 (Ethylotests, autres que les dispositifs à usage unique - Exigences et méthodes d'essai).

Le syndrome d'auto-fermentation, ou syndrome d'auto-brasserie, peut rendre positif un éthylotest ou un dosage sanguin d'éthanol, sans qu'il y ait consommation d'alcool. Ce syndrome correspond à une production endogène d'alcool, provoquée par la prolifération de levures dans le tube digestif (Candida ou Saccharomyces). Ces micro-organismes décomposent les glucides en éthanol, conduisant à une intoxication éthylique lors, par exemple, de repas riches en glucides (riz…) (208) (209). Des concentrations sanguines élevées d'éthanol ont pu être rapportées. Un état d'ébriété peut exister, avec toutes ses conséquences. Des facteurs favorisants ont été identifiés. Parmi eux, sont cités les traitements antibiotiques (perturbation du microbiote intestinal) ainsi que des pathologies ou chirurgies digestives (maladie de Crohn, syndrome du grêle court, cirrhose hépatique, pontage jéjuno-iléal…). De même, le diabète peut être responsable d'un syndrome d'auto-brasserie. Toutefois, dans cette pathologie, l'élévation de l'alcoolémie ne semble pas suffisante pour positiver un éthylotest (210).

Test salivaire de dépistage immédiat de stupéfiants

La technique immunochimique des tests salivaires utilisable par l'employeur ne permet pas, à l'heure actuelle, un dépistage exhaustif des stupéfiants. En effet, de nombreux produits de synthèse apparaissent régulièrement et sont disponibles par internet (211). Ces molécules peuvent être, par exemple, des hallucinogènes, des cannabinoïdes de synthèse, des cathinones et des opioïdes de synthèse. Elles présentent des effets psychoactifs et des effets secondaires plus importants que les substances d'origine. Le nombre de consommateurs semble restreint en France. Toutefois, Richeval C et al ont mené une étude sur les tests salivaires de dépistage immédiat de stupéfiants, réalisés en France dans le cadre de contrôles routiers (212). Les résultats considérés initialement comme négatifs ont été vérifiés à l'aide de techniques de chromatographie liquide couplée à une spectrométrie de masse. Les auteurs rapportent que 3 % des conducteurs dont le test salivaire est négatif ont en réalité consommé des nouveaux produits de synthèse.

Toujours en raison de la technique immunochimique utilisée, les tests salivaires permettant un résultat rapide présentent, à l'heure actuelle, un manque de fiabilité. Les différences constatées entre le dépistage in situ et la confirmation en laboratoire peuvent être dues à plusieurs facteurs : un recueil de salive insuffisant (cas de la bouche sèche des consommateurs de cannabis), une mauvaise manipulation du test salivaire, une erreur de lecture du résultat, un délai trop important entre le dépistage et le contrôle lorsque la molécule est instable *in vitro*, un seuil de détection du test salivaire plus élevé (213). La technique de fabrication du test salivaire intervient également, avec des sensibilités et des spécificités variant d'un modèle à l'autre pour une même substance psychoactive (214)

(215). De même, la contamination de la salive est à prendre en compte. En effet, certains aliments ingérés dans la demi-heure qui précède la réalisation du dépistage, ou l'utilisation de certains dentifrices, peuvent modifier les résultats (216) (217).

Dans une revue de la littérature, E Wennberg et al se sont intéressés à différents modèles de tests salivaires de dépistage rapide portant sur le cannabis, ce dernier étant la substance illicite la plus consommée (218). Parmi les 2 modèles les plus performants, la sensibilité varie de 39,7 % à 95 %, tandis que la spécificité est majoritairement supérieure à 90 %. Les auteurs rapportent une amélioration des performances des tests salivaires depuis une dizaine d'années, mais considèrent que tout résultat positif devrait être confirmé par une technique de laboratoire.

Enfin, les tests salivaires de dépistage immédiat de stupéfiants peuvent détecter les molécules opiacées. Toutefois, ils ne font pas la distinction entre des opiacés "illicites" et des opiacés prescrits dans le cadre d'un traitement médicamenteux tels que la codéine ou la méthadone (219) (220). Il est donc nécessaire de confirmer les résultats par une technique de laboratoire.

4.6.1.3. Efficacité en matière de santé et de sécurité

Dépistage et consommation

En 2014, une revue de la littérature menée par K Pidd et al a analysé l'impact du dépistage en matière de consommation de substances psychoactives (220). Six études (171 218 travailleurs) ont été analysées. Leurs résultats semblent montrer une réduction de la consommation de substances illicites, ce qui n'est pas observé pour l'alcool. Toutefois, ces études ne sont pas rigoureuses sur le plan méthodologique, tandis qu'elles ne fournissent pas de renseignement sur la fréquence et la proportion de salariés testés. Aussi, le faible niveau de preuve de ces études n'a pas permis de conclure.

Dépistage et accidents du travail

Dans le cadre de la revue de littérature précédemment citée, K Pidd et al ont également recherché l'impact du dépistage en matière d'accidentologie au travail (220). Dix-sept études regroupant plus de 200 000 travailleurs ont été analysées, présentant des résultats contradictoires. Parmi elle, une seule étude datant de 2005 présentait une méthodologie de bonne qualité. Portant sur 125 000 employés en milieu ferroviaire, ce travail a montré que la mise en place de l'éthylotest s'est accompagnée d'une réduction de 14 % par mois des accidents du travail. Néanmoins, K Pidd et al considèrent qu'ils ne peuvent conclure sur l'efficacité du dépistage à la seule lecture de cette étude. Pour les auteurs, d'autres travaux dotés d'une méthodologie rigoureuse sont nécessaires.

En 2020, C Els et al ont mené une revue de la littérature afin de connaître l'impact des tests de dépistage aléatoires sur l'accidentologie au travail (221). Le travail de C Els et al a porté sur 4 198 articles. Seule une étude répondait aux objectifs de leur revue, où 511 745 éthylotests ont été réalisés durant 3 ans chez les employés ayant un poste à risque au sein d'une compagnie aérienne. À la phase initiale d'observation, le dépistage aléatoire de 25 % des salariés montrait que seuls 0,07 % d'entre eux avait un éthylotest positif. Puis la réduction à 10 % du taux de salariés dépistés s'est accompagnée d'une hausse significative du taux d'éthylotests positifs à 0,11 % ($p < 0,001$). C Els et al concluent que ce résultat est cohérent avec un effet dissuasif du dépistage de l'imprégnation alcoolique. Néanmoins, cette étude en milieu aéronautique n'a pas fourni de renseignements en matière d'accidentologie ou d'absentéisme. Aussi, C Els déclarent ne pas pouvoir conclure à l'efficacité ou non, des tests de dépistage en matière d'accidentologie au travail en l'absence d'études complémentaires. Il est à noter que les chauffeurs professionnels n'ont pas été inclus dans ce travail. En effet, les auteurs rapportent qu'une précédente revue de la littérature avait été réalisée en 2009,

selon la méthode Cochrane, et s'était avérée là-aussi non contributive quant à l'impact du dépistage d'alcool sur l'accidentologie.

4.6.2. Conclusion

La mise en place de tests de dépistage chez les travailleurs a fait l'objet, en France, d'un encadrement, d'une part par le Comité consultatif national d'éthique (206), et d'autre part par les jurisprudences du Conseil d'Etat et de la Cour de Cassation (cf. Question 2 - Réglementation). Néanmoins, la réglementation n'a, au moment de l'écriture des recommandations, pas régi la situation des travailleurs ayant un traitement médical à base d'opiacés. En effet, ceux-ci peuvent être considérés positifs lors d'un test salivaire de dépistage immédiat de stupéfiants, ce qui peut aboutir à des sanctions.

Par ailleurs, les données de la littérature montrent, d'une part que les tests salivaires à l'heure actuelle, présentent des défauts en matière de sensibilité et de spécificité, variables d'un stupéfiant à l'autre. La réalisation d'un examen de laboratoire est donc nécessaire pour confirmer le résultat. D'autre part, les études ne permettent pas de conclure sur l'efficacité des éthylotests et des tests salivaires de dépistage immédiat de stupéfiants en matière de prévention des accidents du travail et de réduction des consommations de substances psychoactives. De nouvelles études rigoureuses sur le plan méthodologique sont nécessaires.

Pour les membres du groupe de travail, le dépistage de type éthylotest ou test salivaire de dépistage immédiat de stupéfiants ne peut se substituer aux autres mesures de prévention. Sa mise en place doit faire l'objet d'une concertation au sein de l'entreprise en prenant en compte les intérêts et les limites des 2 dispositifs de dépistage (éthylotest et test salivaire). Les membres du groupe de travail rappellent qu'à l'heure actuelle, l'usage de benzodiazépines contenues dans certains somnifères ou anxiolytiques, ne peut faire l'objet d'un dépistage par test salivaire en raison de la réglementation en vigueur. Enfin, le service de prévention et de santé au travail ne peut participer au dépistage réalisé par l'employeur. En effet, les actions des membres des équipes pluridisciplinaires de santé au travail sont à visée préventive. Or, le dépistage réalisé par l'employeur peut aboutir à une sanction. De plus, l'employeur ne peut imposer à un médecin du travail ou un infirmier de santé au travail (ou infirmier d'entreprise) de réaliser un éthylotest ou un test salivaire et de lui transmettre le résultat (cf Question 2).

Recommandations

Recommandations générales

- Il est recommandé de considérer l'usage de substances psychoactives comme un risque professionnel (NB : voir définition du risque professionnel dans le glossaire de l'argumentaire) (Grade AE)
- Il est recommandé que les mesures de prévention collective associent notamment :
  - des actions visant à réduire les facteurs de risque de consommation identifiés dans la Fiche d'entreprise ou dans le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) (NB : voir définitions dans l'argumentaire Question 2),

    l'interdiction des consommations de boissons alcoolisées et son inscription dans le règlement intérieur,
  - une procédure permettant la prise en charge, en situation d'urgence et à distance, d'un travailleur présentant un trouble du comportement,

- des actions de formation ou de sensibilisation des travailleurs sur les risques et la prévention des usages de substances psychoactives, pouvant comprendre des interventions de promotion de la santé (Grade AE)

– Lorsqu'il existe, sur le plan collectif, un (ou des) facteur(s) de risque d'usage de substances psychoactives, le SPST en informe l'employeur et lui propose des actions de prévention (Grade AE)

Recommandations spécifiques

Evaluation du risque d'usage de substances psychoactives

– Il est recommandé de recenser les facteurs professionnels de risque d'usage de substances psychoactives dans la fiche d'entreprise et le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Ce sont notamment les situations où les travailleurs sont en contact avec des substances psychoactives, les contraintes physiques ou organisationnelles, les risques psychosociaux et leurs facteurs de risque (Grade AE)

Alcool

– Il est recommandé de conseiller aux entreprises de ne pas fournir d'alcool aux travailleurs et de ne pas autoriser la consommation d'alcool sur le lieu de travail, quel que soit le poste – c'est-à-dire pas seulement les postes de sûreté et de sécurité (Grade AE)

– Il est recommandé que les moments de convivialité (pots), repas d'affaires et séminaires se déroulent sans alcool (Grade AE)

Tabac

– Il est recommandé de conseiller de promouvoir l'arrêt du tabac en entreprise, par exemple en relayant des campagnes nationales comme Mois sans tabac, et de mettre en place des mesures d'aide au sevrage tabagique (consultations sur place ou à distance), ainsi qu'un accès facilité aux traitements du sevrage tabagique (traitements nicotiniques de substitution). La simple mise à disposition de flyers n'est pas efficace (Grade C)

Fabrication, vente ou distribution de substances psychoactives

– Lorsque l'activité du travailleur lui donne accès à des substances psychoactives (exemples : médicaments psychotropes et opioïdes, alcool, CBD, tabac, protoxyde d'azote), il est recommandé de mettre en place en place des procédures pour l'accès, le stockage, la gestion et l'élimination des produits (Grade AE)

Trouble du comportement

– Il est recommandé que la procédure d'organisation des secours face à un salarié présentant un trouble aigu du comportement comporte son retrait immédiat de toute activité et la prise systématique d'un avis médical ou des secours extérieurs (tél : 15, 18 ou 112) ou, s'il est présent, du médecin du travail ou de l'infirmier d'entreprise (ou de santé au travail). Dans l'hypothèse où un retour à domicile est envisagé, cet avis précisera les conditions dans lesquelles il peut être effectué et la surveillance à mettre en œuvre, afin d'assurer la sécurité du travailleur (Grade AE)

– En cas de trouble du comportement d'un travailleur, il est recommandé d'évaluer l'impact sur ses collègues ou d'autres personnes et de mettre en œuvre, en cas de besoin, des mesures de prévention ou de prise en charge (Grade AE)

– Il est recommandé que le travailleur ayant présenté un trouble du comportement soit examiné par le médecin du travail à son retour dans l'entreprise, dans le cadre d'une visite à la demande de l'employeur. Cette demande devra être accompagnée par un écrit comportant des

informations sur les circonstances et les conséquences de cet épisode. Cet écrit pourra être élaboré à partir d'une trame descriptive des signes et faits constatés mise à disposition par le SPST. L'employeur communique une copie de cette correspondance au travailleur (Grade AE)

Sensibilisation des travailleurs

- Il est recommandé d'organiser de manière itérative des sessions de sensibilisation ou de formation afin d'optimiser la prévention des usages de substances psychoactives. Le contenu et les modalités des sessions sont à adapter aux différents publics, dont les managers ou les personnels d'encadrement. Elles comportent notamment :
  - les risques pour la santé et la sécurité liés aux consommations de substances psychoactives, les conseils de réduction et les aides possibles : médecin traitant, CSAPA, médecin du travail, sites internet d'aide à distance (exemples : Alcool info service, Drogues info service). Dans les entreprises participant à la fabrication, la vente ou la distribution de substances psychoactives, les risques liés à ces dernières doivent être abordés (exemples : alcool, nicotine, CBD, médicaments psychotropes),
  - le contenu du règlement intérieur en matière de consommation de substances psychoactives (exemples : alcool, tabac, substances illicites) et la réglementation en vigueur (exemples : Code du travail, Code de la route et Code pénal),
  - les situations professionnelles favorisant les consommations et les actions de prévention à mettre en place,
  - la conduite à tenir face à un travailleur présentant un trouble du comportement
  - les missions du SPST et le respect du secret médical,
  - l'intérêt des visites à la demande et des visites de pré-reprise,
  - les missions des services sociaux (Grade AE)
- Lorsqu'un employeur sollicite le SPST pour sensibiliser les travailleurs aux risques liés aux substances psychoactives, il est recommandé que le médecin du travail resitue cette demande en l'incluant dans une démarche globale de prévention des usages de substances psychoactives en milieu de travail et conseille, si nécessaire, des mesures complémentaires (Grade AE)

Table des annexes

Annexe 1.	Recherche documentaire	112
Annexe 2.	Caractéristiques méthodologiques des recommandations	114
Annexe 3.	Synthèse des méta-analyses	119
Annexe 4.	Caractéristiques méthodologiques et synthèse des revues systématiques de la littérature	126
Annexe 5.	Tableau des durées de positivité (Santé Publique France)	134
Annexe 6.	Tableau des durées de positivité	136
Annexe 7.	Glossaire	138
Annexe 8.	Workaholism et addiction au travail	141
Annexe 9.	Questionnaires alcool	145
Annexe 10.	Questionnaires tabac	147
Annexe 11.	Questionnaire cannabis	150
Annexe 12.	Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool	151

Annexe 1. Recherche documentaire

La recherche documentaire s'est faite suivant 2 méthodes différentes. En effet, les questions 1, 3 et 4 portent sur des aspects médicaux, tandis que la question 2 ne porte que sur de la réglementation.

1) Afin de répondre aux questions 1, 3 et 4, une revue de la littérature a été réalisée dans les bases Medline, Sciencedirect et Google scholar, en s'appuyant sur l'équation suivante :

"Primary Prevention"[Mesh] OR "Secondary Prevention"[Mesh] OR "Smoking Prevention"[Mesh] OR "Tertiary Prevention"[Mesh] OR "prevention and control"[Subheading] OR "Public Health"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh] OR "prevention"[TI] OR "intervention"[TI] OR "cessation program"[TI] OR "workplace intervention"[TI] OR "psycho-educational intervention"[TI] OR "drug test"[TI] OR "control"[TI] OR "breath alcohol test"[TI] OR "drug free workplace"[TI] OR "tobacco control"[TI] OR "workplace policy"[TI] OR "workplace policies"[TI] OR "help programs"[TI] OR "brief intervention"[TI] OR "security"[TI] OR "screening"[TI]

AND

"Workplace"[Mesh] OR "Occupational Groups"[Mesh] OR "Teleworking"[Mesh] OR "Work from home"[TI] OR "Working from home"[TI] OR "Work"[TI] OR "Workplace"[TI] OR "occupational life"[TI] OR "occupational risk"[TI] OR "precarious job"[TI] OR "occupational health"[TI] OR "medicine student"[TI] OR "nursing student"[TI] OR "apprentice"[TI]

AND

"Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "Substance Abuse, Oral"[Mesh] OR "Substance Abuse, Intravenous"[Mesh] OR "Psychotropic Drugs"[Mesh] OR "Alcohol-Induced Disorders"[Mesh] OR "Alcohol-Related Disorders"[Mesh] OR "Alcohol Drinking"[Mesh] OR "Alcoholism"[Mesh] OR "Tobacco Products"[Mesh] OR "Tobacco"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh] OR "Tobacco Smoking"[Mesh] OR "Opioid-Related Disorders"[Mesh] OR "Analgesics, Opioid"[Mesh] OR "Drug Misuse"[Mesh] OR "Prescription drug misuse"[Mesh] OR "cannabidiol"[TI] OR "cannabis"[TI] OR "Cocaine"[TI] OR "Coke"[TI] OR "substance use"[TI]

AND

("2012/01/01"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])

AND

("french"[Language]) OR ("english"[Language])

Par ailleurs, étant donné l'environnement spécifique dans lequel évolue la santé au travail, une recherche documentaire a également été menée sur les sites institutionnels suivants :

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM),
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES),
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE),
- European Union Drugs Agency (EUDA),
- Haute autorité de santé (HAS),
- Haut comité de santé publique (HCSP),
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),

- Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS).
- International Labour Organization,
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA),
- Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT),
- Société française d'alcoologie (SFA),
- Société française de santé au travail (SFST),
- Santé publique France (SPF).

2) Afin de répondre à la question 2, les références règlementaires et les bases de données suivantes ont été consultées :

- Code de la Santé publique,
- Code du travail,
- Code pénal,
- Conseil d'Etat (jurisprudence),
- Cour européenne des droits de l'homme,
- Cour de Cassation (jurisprudence),
- Conseil national de l'ordre des Médecins (jurisprudence ordinale et autres)
- Ordre national des Infirmiers (jurisprudence ordinale et autres)

Résultats

La recherche décrite ci-dessus pour les questions 1, 3 et 4 a permis d'obtenir 5 641 publications scientifiques, ainsi que 51 documents issus des sites institutionnels. A la demande de la HAS, les articles retenus en priorité ont été limités aux recommandations, méta-analyses et revues de la littérature. Ainsi, 1096 articles ont été obtenus. Après lecture des titres et abstracts par les 2 chargés de projet, 421 ont été retenus. A l'issue de la lecture du texte intégral de ces publications, 228 ont été sélectionnées.

Annexe 2. Caractéristiques méthodologiques des recommandations

Auteur, année, pays, référence	Titre, méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaires	Relecture (R) – Validation externe (V)
Bureau international du travail, 1996, Suisse (189)	Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail. Recueil de directives pratiques Consensus d'experts	Oui	Prévention collective des usages de substances psychoactives en milieu professionnel	Non	Oui	Non
European union drugs agency, 2022, Portugal (190)	Lieux de travail et drogues : réponses sanitaires et sociales. Guide	Non	Prévention collective des usages de substances psychoactives en milieu professionnel	Non	Non	Non
Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2021, France (6)	Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool Consensus d'experts	Oui	Effets sur la santé de l'alcool, stratégies de prévention en population générale et en milieu professionnel	Non	Oui	Non
Institut national de recherche et de sécurité, 2023, France (191)	Pratiques addictives en milieu de travail : comprendre et prévenir	Oui	Prévention collective des usages de substances psychoactives en milieu professionnel	Non	Oui	Non
Plateforme RSE – France Stratégie, 2019, France (192)	Engagement des entreprises pour la prévention des pratiques addictives (alcool, tabac et stupéfiants) Consensus d'experts	Oui	Responsabilité sociétale des entreprises vis-à-vis des pratiques addictives Prévention des consommations à risque d'alcool, de tabac et de stupéfiants en milieu professionnel	Non	Oui	Non

Auteur, année, pays, référence	Titre, méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaires	Relecture (R) – Validation externe (V)
Société française d'alcoologie, Société française de santé au travail, 2013, France (193)	Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel Recommandations pour la pratique clinique	Oui	Prise en charge, par le médecin du travail, des travailleurs présentant un mésusage de substances psychoactives	Oui	Oui	Oui
Académie nationale de médecine, 2017, France (194)	Addictions en milieu professionnel Consensus d'experts	Oui	État des lieux des consommations de substances psychoactives en milieu professionnel	Non	Oui	Non
Misra U et al, Grande Bretagne, 2022 (195)	Substance use disorder in the anaesthetist : Guidelines from the Association of Anaesthesists : Guidelines from the Association of Anaesthetists Consensus d'experts	Oui	Prise en charge de l'anesthésiste ayant un mésusage d'alcool ou de médicaments anesthésiques Prévention collective des usages d'alcool et de médicaments en milieu anesthésique	Non	Oui	Non
Strobbe S et al, Etats Unis, 2017 (196)	Substance use among nurses and nursing students: a joint position statement of the Emergency Nurses Association and the International Nurses Society on Addictions Consensus d'experts	Oui	Prise en charge et prévention individuelle des usages de substances psychoactives chez les infirmiers (-ières)	Non	Oui	Non
Institut national du cancer, Santé publique France, France, 2017	Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France Consensus d'experts	Oui	Définition de repères de consommation d'alcool	Non	Oui	Non

Auteur, année, pays, référence	Titre, méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaires	Relecture (R) – Validation externe (V)
(200)						
Collège national des universitaires de psychiatrie, France, 2021 (201)	Référentiel de psychiatrie et d'addictologie Référentiel d'enseignement	Non	Document d'enseignement de la psychiatrie et de l'addictologie	Non	Oui	Non
Collège des enseignants en neurologie, France, 2022 (202)	Référentiel de neurologie – 6ème édition Référentiel d'enseignement	Non	Document d'enseignement de la neurologie	Non	Oui	Non
Haute autorité de santé, France, 2023 (166)	Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool : repérer tous les usages et accompagner chaque personne – Guide Recommandation de bonne pratique	Oui	Repérage et accompagnement des usagers d'alcool par les professionnels de santé de premier recours	Non	Oui	Oui
Société française d'alcoologie et al, France, 2023 (112)	Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations pour la pratique clinique	Oui	Repérage et accompagnement des usagers d'alcool par les professionnels de santé	Oui	Oui	Oui
Société de réanimation de langue française et al, France, 2020 (204)	Prise en charge des intoxications médicamenteuses et par drogues récréatives Consensus d'experts	Oui	Intoxications aiguës par médicaments ou drogues récréatives hors alcool	Oui	Oui	Non
American Association of Occupational Health Nurses et al, États Unis, 2015	Marijuana in the workplace : guidance for occupational health professionals and employers		Réglementation de l'usage de cannabis et son dépistage	Non	Oui	Non

Auteur, année, pays, référence	Titre, méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaires	Relecture (R) – Validation externe (V)
(205)	Consensus d'experts					
Comité consultatif national d'éthique, France, 2011 **(2026)**	Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection. Consensus d'experts	Non	Dépistage des usages de substances psychoactives	Non	Oui	Non

Auteur, année, pays, référence	Titre, méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaires	Relecture (R) – Validation externe (V)
National Health and Medical Research Council, 2021	Lignes directrices australiennes pour le traitement des problèmes d'alcool	Oui	Réduction des risques pour la santé liée à la consommation d'alcool	Oui	Oui	Oui
Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT **(40)**	Conséquence du tabagisme passif chez la femme enceinte	Oui	Prise en charge du tabagisme en cours de grossesse.	Oui	Oui	Non
Haute autorité de santé, France, 2021 **(167)**	Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève alcool, tabac, cannabis chez l'adulte	Oui	Outils et modalité de repérage pour les 3 substances	Non	Oui	Oui

Groupe d'intérêt en neurosciences de la Société internationale de médecine des addictions, 2019 **(177)**	Feuille de route pour l'intégration des neurosciences dans le traitement des addictions	Oui	Intégrer de l'évaluation cognitive dans la pratique clinique du traitement des addictions	Non	Oui	Non
Lignes directrices de l'ACOEM sur les opioïdes **(207)**	Lignes directrices sur les pratiques en matière d'opioïdes et de travail sensible à la sécurité	Oui	Compatibilité de la consommation d'opioïdes avec des postes à risque sur le plan de la sécurité	Non	Oui	Non
Lignes directrices Canadiennes (2023) **La consommation d'alcool à risque élevé et des troubles de l'usage de l'alcool**	Initiative canadienne de recherche en abus de substances. Lignes directrices canadiennes pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles de l'usage de l'alcool. Octobre 2023. aide-alcool.ca	Oui	La consommation d'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et les troubles de l'usage de l'alcool.	Oui	Oui	Oui
Manthey J, et al. (2023) **Improving alcohol health literacy and reducing alcohol consumption: recommendations for Germany.** **(185)**	Recommandations allemandes pour améliorer les connaissances et réduire la consommation d'alcool Les recommandations ont été évaluées en fonction de leur impact probable sur (a) l'amélioration des connaissances en matière de santé liées à l'alcool et (b) la réduction de la consommation d'alcool. La concordance entre les évaluateurs a été évaluée à l'aide d'un coefficient de corrélation intra-classe (CCI) à deux facteurs.	Oui par 5 experts	Repérage des dommages liés à la consommation d'alcool	Non	Non précisé	Non

Annexe 3. Synthèse des méta-analyses

Références	Evaluation méthodologique	Etudes/Sujets et programme	Mesures et outils	Résultats	Commentaires
Marzan et al. (2022) **Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis on the Relationship Between Alcohol Consumption and Sickness Absence** **(121)** **Niveau de preuve 2**	Objectifs : étude de l'association dose-réponse entre les niveaux moyens de consommation d'alcool et le TUA et du lien entre consommation épisodique excessive et absenteisme Recherche systématique : MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, Pubmed et Google Scholar de janvier 1975 à février 2019 Critères d'inclusion : étude observationnelle (cohorte, étude transversale, cas croisé, cas-témoin), âge et type de participants, classification des groupes d'exposition à l'alcool Critères de non inclusion : livres, actes de conférence, éditoriaux et revues, études n'ayant pas différencié les niveaux de consommation d'alcool, étude des effets de l'alcool et d'autres drogues, absence de mesure d'effets rapportée, échantillons non constitués de salariés.	N=398 Méta-analyse de sous-groupe DRAMA	Normalisation des mesures de consommation d'alcool et d'effets Consommation à risque (20 à 40 g d'alcool/j) et à risque élevé (≥40g d'alcool/j)	N = 21 12 études de cohorte et 9 études transversales majoritairement européennes Risque accru d'arrêt de travail associé à une consommation d'alcool à haut risque [(RR = 1,17 (1,07-1,27)] chez les hommes et une consommation d'alcool à risque [RR = 1,13 (1,02-1,25)] et à haut risque [RR = 1,10 (1,03-1,17)], chez les femmes Abstinence associée chez les hommes, à un risque accru d'arrêts de travail de 17 %, [RR = 1,17 (1,03–1,32)] par comparaison à la consommation à haut risque [RR = 1,14 (1,00–1,29)] et chez les femmes : abstention d'alcool [RR = 1,12 (1,03–1,20) / consommation d'alcool à haut risque [RR = 1,10 (1,01–1,19)].	Points forts : Recrutement important Points faibles : Etudes observationnelles Normalisation des mesures de consommation Autodéclaration Imprécision sur le résultat concernant les abstinents.

Références	Evaluation méthodologique	Etudes/Sujets et programme	Mesures et outils	Résultats	Commentaires
Troelstra SA et al. (2020) **Smoking and sickness absence: a systematic review and meta-analysis** **(37)** **Méta-analyse, niveau de preuve 2**	Critères Inclusion : études rendant compte du statut tabagique et de l'absentéisme pour maladie, utilisant des données empiriques, publiées dans une revue à comité de lecture au cours des 25 dernières années et rédigées en anglais. Revue systématique en 2018 : PubMed, Embase, Cochrane library	PRISMA	Analyses groupées avec modèles de régression linéaire généralisée univariée et multivariée.	N=43 études majoritairement anglo-saxonnes, 33 études (n= 1 240 723) incluses dans les analyses groupées. Plus de la moitié des études sont longitudinales. Le tabagisme augmente à la fois le risque et le nombre de jours d'absence pour maladie dans les populations actives, quelque soient le lieu d'étude, le sexe, l'âge et la catégorie professionnelle. (RR = 1,31 ; IC 95 % [1,24–1,39])	Points forts : augmentation significative indépendamment du lieu de l'étude, du sexe, de l'âge et de la catégorie professionnelle, échantillon important Points faibles : faible nombre d'études dans certains sous-groupes

Références	Evaluation méthodologique	Etudes/sujets/programme	Mesures et outils	Résultats	Commentaires
Pachito DV et al. (2021) **The effect of exposure to long working hours on alcohol consumption, risky drinking and alcohol use disorder: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury** **(134)** **Niveau de preuve : 3**	Objectif : étude de l'effet de l'exposition à de longues heures de travail par rapport à l'exposition à des heures de travail standard (35-40 h/semaine), sur la consommation d'alcool, la consommation à risque et les troubles liés à la consommation d'alcool Inclusion : travailleurs en âge de travailler (≥ 15 ans) des états membre de l'OMS et/ou de l'OIT Sélection : essais contrôlés randomisés, études de cohorte, études cas-témoins et autres études d'intervention non randomisées la consommation à risque et les troubles liés à la consommation d'alcool (prévalence, incidence ou mortalité).	Approches Navigation Guide et GRADE	Estimation de l'effet de l'exposition à de longues heures de travail (41-48, 49-54 et ≥ 55 h/semaine), par rapport à l'exposition à des heures de travail standard (35-40 h/semaine), sur la consommation d'alcool (en g/semaine),	N=14 études, n= 104 599 participants (52 107 femmes) dans six pays de trois régions de l'OMS (Amériques, Asie du Sud-Est et Europe). Faibles preuves que l'exposition à de longues heures de travail soit associée à une augmentation de la consommation d'alcool en g/semaine pour tous les niveaux de risque d'exposition. Aucun gradient dose-réponse n'a été observé, Aucune étude éligible sur l'effet sur les troubles liés à la consommation d'alcool	Point fort ; respect protocole Point faible : absence d'études publiées

Références	Evaluation méthodologique	Etudes/sujets/programme	Mesures et outils	Résultats	Commentaires
Irizar P. et al. (2021) **The prevalence of hazardous and harmful alcohol use across trauma-exposed occupations: A meta-analysis and meta-regression.** **(146)** **Niveau de preuve : 2**	Objectif : évaluer a prévalence de la consommation à risque et du trouble de l'usage d'alcool dans les professions exposées aux traumatismes (les premiers intervenants, les professionnels de la santé, les journalistes de guerre, les conducteurs de train et le personnel des forces armées). Recherche systématique de 2000 à mars 2020 : Scopus, Web of Science et PsycINFO Critères d'inclusion : mesure standardisée de la consommation d'alcool Critères de non inclusion : mesure de la consommation après un évènement sentinelle	1882 études identifiées Évaluation critique du Joanna Briggs Institute pour les études de prévalence.	Audit, Audit- C, CAGE	N=55 2 méta-analyses : sur grands groupes professionnels et sur groupes spécifiques La consommation dangereuse d'alcool était significativement plus faible chez les professionnels de la santé (13 % ; IC95 % [10-16]) que chez les premiers intervenants (26 % ; IC95 % [20 -32]) et les forces armées (34 % ; IC95 % [18-52]). Hétérogénéité entre les études et des taux de prévalence plus élevés dans les études de faible qualité La méta-régression a identifié une proportion plus élevée d'hommes et un âge moyen plus jeune comme facteurs prédictifs de variance.	Point fort : méthodologie Point faible : pas de mesure de la santé mentale, 1 seule étude sur les conducteurs de train
Hashemi N. et al. (2022) **A systematic review and meta-analysis uncovering the relationship between alcohol consumption and sickness absence**	Objectif : explorer la relation entre consommation d'alcool et arrêts de travail en examinant les différences dans le type de modèle (transversal ou longitudinal), le type de données (données autodéclarées ou enregistrées) et le type d'absence pour	Recommandations Cochrane, lignes directives PRISMA Admissibilité : 240 articles	Consommation d'alcool à faible risque (groupe de référence, comprenant une consommation légère à modérée) et consommation d'alcool à	N = 59 (58 % longitudinales) n= 439 209 employés (43 à 77 746) de 15 pays La plupart des associations indiquant des résultats positifs et	Point faible : forte hétérogénéité pour les associations en sous-groupes

(116) **niveau de preuve 2**	maladie (à long terme ou à court terme). 6 bases de données : Medline, Embase, Cinahl, PsycInfo, AMED et Web of Science), double lecture Critères d'inclusion : études observationnelles et expérimentales de 1980 à 2020, en anglais ou en langues scandinaves rapportant les résultats de l'association entre la consommation d'alcool et l'absence pour maladie, publication dans une revue scientifique à comité de lecture		risque. Les abstinents ont été écartés Absence de courte durée (variant dans les études de ≤ 3 jours à < 7 jours), et l'absence de longue durée (dont la durée varie dans les études de ≥ 3 jours à ≥ 7 jours)	statistiquement significatifs sont basées sur des données longitudinales (70 %), confirment la relation forte/causale entre la consommation d'alcool et l'absence pour maladie. La méta-analyse comprenait huit études (dix échantillons). Analyse des sous-groupes : le risque accru d'absence pour maladie était susceptible d'être constaté dans les études transversales (RC= 8,28, IC95 % [6,33 ; 10,81]), les études utilisant des données d'absence autodéclarées (RC = 5,16, IC95 % [3,16 ; 8,45]) et celles signalant une absence pour maladie de courte durée (RC = 4,84, IC95 % [2,73 à 8,60)	
Fellbaum L et al. (2023) **The effectiveness of workplace interventions for the prevention of alcohol use: A meta-analysis** **(170)** **Niveau de preuve : 2**	Objectif : évaluer l'efficacité des interventions en milieu de travail sur la réduction de l'usage d'alcool Recherche systématique : PubMed/Medline, PsycInfo, Psych Journal, PubPsych, Web of Science ; de janvier 1995 à mai 2020	20 études retenues, essais randomisés contrôlés Total : 4 484 travailleurs Programmes : interventions uniquement à visée comportementale : sessions d'information sur les risques liés à l'alcool, campagnes de promotion de la	Quantité d'alcool consommée (par occasion / semaine / mois) Fréquence de consommation (par semaine / mois) Episodes de binge drinking Questionnaire AUDIT	2 études avec programme de prévention dans le groupe témoin 13 études en face à face, 7 études en distanciel 10 études avec interventions répétées	Point fort : absence de risque élevé de biais dans les études Point faible : faible échantillon global

	Critères d'inclusion : programmes de prévention de l'usage d'alcool réalisés en entreprise Critères de non inclusion : interventions visant à traiter les troubles de l'usage d'alcool ou à prévenir les rechutes Utilisation méthode PRISMA	santé, interventions de type motivationnel Médiane de suivi : 30 semaines		Réduction faible mais significative de l'usage d'alcool : d = - 0,16 ; IC95 % [−0.2715; −0,0511]	
Cahill K et al. (2014) Workplace interventions for smoking cessation **(198)** **Niveau de preuve : 2**	Objectif : évaluer l'efficacité de différentes interventions en milieu de travail pour l'aide au sevrage tabagique Revue systématique de la littérature : Cochrane, Medline, Psycinfo, Embase ; de 2008 à 2013 Critères d'inclusion : essais randomisés contrôlés en milieu de travail visant à arrêter de fumer ou à prévenir les rechutes Critères de non inclusion : suivi inférieur à 6 mois	57 publications (61 essais), dont : Thérapie de groupe : 8 études, n = 1 309 Conseil individuel : 8 études, n = 3516 Interventions d'auto-prise en charge : 6 études, n = 1906 Interventions avec prescription de substituts nicotiniques : 5 études, n = 1092 Management des contingences : 5 études, n = 1928 Association de plusieurs types d'intervention : 6 études, n = 5018	Taux d'arrêt du tabac chez les travailleurs Suivi sur 6 mois	Thérapie de groupe : OR = 1,71 ; IC 95 % : [1,05 – 2,80] (niveau de preuve GRADE : modéré) Conseil individuel : OR = 1,96 ; IC 95 % : [1,51 – 2,54] (niveau de preuve GRADE : modéré) Interventions d'auto prise en charge OR = 1,16 ; IC 95 % : [0,75 – 1,82] (niveau de preuve GRADE : élevé) Interventions avec prescription de substituts nicotiniques OR = 1,98 ; IC 95 % : [1,26 – 3,11] (niveau de preuve GRADE : élevé)	Point fort : Identification d'interventions efficaces avec niveau de preuve Point faible : Interventions essentiellement dans milieux stables : travailleurs exerçant sur un même lieu avec contrats non précaires

				Management des contingences OR = 1,60 ; IC 95 % : [1,12 – 2,3] (niveau de preuve GRADE : modéré) Association de plusieurs types d'intervention : OR = 1,55 ; IC 95 % [1,13 ; 2,13] (niveau de preuve GRADE : modéré)	
Borges G et al. (2017) **A meta-analysis of acute alcohol use and the risk of suicide attempt** **(203)** **Niveau d preuve : 3**	Objectif : évaluer le risque de tentative de suicide lors de la consommation aiguë d'alcool Revue de la littérature : Medline, PsycInfo, Google Scholar ; 1996 – 2015 Critères d'inclusion : usage d'alcool dans les 3 à 24 h avant la tentative de suicide	7 études N = 1 240	Tentative de suicide prise en charge en service d'urgence Usage d'alcool évalué par alcoolémie ou déclaration du sujet Faible consommation d'alcool : moins de 100 g d'éthanol, ou moins de 4 verres, ou alcool dans l'air expiré < 0,1 mg/dl Consommation élevée d'alcool : > 100 g d'éthanol, ou plus de 4 verres, ou alcool dans l'air expiré > 0,1 mg/dl	Risque de tentative de suicide en cas de consommation aiguë d'alcool, quelle que soit la quantité : OR = 6,97 ; IC 95 % : [4,77 – 10,17] Risque de tentative de suicide en cas de consommation aiguë d'alcool, en faible quantité : OR = 2,71 ; IC 95 % [1,56 – 4,71] Risque de tentative de suicide en cas de consommation aiguë d'alcool, en quantité élevée : OR = 37,18 ; IC 95 % [17,38 – 79,53]	Points faibles : Populations témoins mal caractérisées Définitions « faible consommation » et « consommation élevée » non uniforme d'une étude à l'autre

Annexe 4. Caractéristiques méthodologiques et synthèse des revues systématiques de la littérature

Références	Evaluation méthodologique	Etudes/sujets/programme	Mesures et outils	Résultats	Commentaires
Frumento S et al. (2022) **A Systematic Review on the Role of Substance Consumption in Work-Related Road Traffic Crashes Reveals the Importance of Biopsychosocial Factors in Prevention** **(125)** **Niveau de preuve : 3**	Objectifs : Étude de l'association entre la consommation ou l'abus d'alcool/drogues/médicaments et les accidents du travail s'intéressant notamment aux accidents survenus lors de déplacements domicile-travail ou de missions liées au travail. Critères d'inclusion : Consommation/abus d'alcool, de médicaments et l'utilisation de véhicules sur la route dans le cadre du travail Mars 2020 à juillet 2021	Non précisé	L'usage de la substance étudiée pouvait être évalué par différentes méthodes, soit subjectives (auto-évaluation type AUDIT, AUDIT C, entretiens semi-structurés) soit objectives (basées sur des marqueurs	N=30 Alcool = 15 Drogues récréatives = 2 Médicaments = 2 Alcool et drogues récréatives = 7, Alcool et médicaments =2 Alcool, les drogues récréatives et les médicaments=2 Alcool positif : 3 ,02% avec un taux de positivité large (1,29-42,67%) Drogues récréatives positif : 0,84% (0 ,6-21,33%) Médicaments : 14,8% (1,03-43,75%)	Points faibles : forte hétérogénéité pour l'alcool et les drogues récréatives Nombre faible d'études : médicaments et drogues récréatives
Thørrisen MM, et al. **En 2019** **(124)** **Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): a systematic review.** **Niveau de preuve : 3**	Objectif : explorer le lien entre présentéisme (diminution des performances au travail du fait de problèmes de santé) et consommation d'alcool 7 bases scientifiques interrogées de 1990 à octobre 2018: MEDLINE, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, AMED, Embase et Swemed+	Etudes observationnelles : cas témoins, cohortes prospectives, études transversales	AUDIT DSM WLQ (limitations de travail) WPAI (productivité)	N=26, n=92730 Majoritaires des USA 132 associations testées entre la consommation et le présentéisme La consommation d'alcool altère les performances au travail	Points faibles : études transversales majoritaires, petits échantillons et faible puissance
Morse AK et al, 2022 **A systematic review of the efficacy, effectiveness and cost-effectiveness of workplace-based**	Objectifs : examiner l'efficacité des actions de promotion de la santé, des interventions brèves et du dépistage sur l'usage de substances psychoactives	Etudes randomisées contrôlées ou non, revues sytématiques de la littérature	Consommation déclarée d'alcool AUDIT CAGE	N = 39 articles Royaume Uni, Suède, Hollande, Japon, Afrique	Qualité insuffisante des études observationnelles

interventions for the prevention and treatment of problematic substance use **(169)** **Niveau de prevue 3**	Revue de la littérature sur 5 bases : PsycINFO, Medline, Embase, Cochrane Library, Scopus 2010 à 2022 Critères d'inclusion : articles rédigés en anglais, travailleurs âgés de plus de 18 ans, interventions sur le lieu de travail		Dosage CDT, GGT, VGM	du Sud, Norvège, Espagne, France, Russie, Inde, Australie La majorité des publications porte sur l'alcool Travailleurs de sexe masculin moins demandeurs d'aide pour leur consommation de SPA Efficacité des interventions brèves en cas d'usage à risque d'alcool Efficacité des interventions de promotion de la santé sur la réduction de l'usage d'alcool Pas de preuve d'efficacité des « employee assistance programs » (EAP) Peu de preuves sur l'efficacité des tests de dépistage sur la prévention des accidents Nécessité de mises en place de mesures afin de respecter la confidentialité sur les salariés ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives	
Akanbi MO, Iroz CB, O'Dwyer LC et al. 2020	Objectif : évaluer l'efficacité de la sensibilisation des travailleurs, du dépistage, de l'employee assis-	Etudes randomisées contrôlées, études expérimentales, études de cohorte	Niveaux d'usage de drogues déclarés par les travailleurs	N = 27 articles Pays : Etats-Unis, Canada, Australie, Portugal, Espagne	Points faibles : 4 études sur 27 sont randomisées

A systematic review of the effectiveness of employer-led interventions for drug misuse **(197)** **Niveau de preuve : 3**	tance program et du règlement intérieur sur l'usage des opiacés et des substances illicites Revue de la littérature sur 11 bases de données, jusqu'en mai 2019, avec 7 mots-clés Critères d'inclusion : actions à l'initiative de l'employeur portant sur les opiacés et les drogues illicites Critères d'exclusion : études portant uniquement sur tabac ou alcool, études portant sur le dépistage de drogues préalable au recrutement		Pourcentage de tests positifs Taux d'accidents du travail	Etudes de mauvaise qualité méthodologique ne permettant pas de conclure sur la sensibilisation des travailleurs, le dépistage en entreprise, l'employee assistance program, et l'impact du règlement intérieur	20 études sur 27 datent de plus de 10 ans Méthodologie des études insuffisante sur le plan qualitatif Des études complémentaires sont nécessaires avec une méthodologie rigoureuse
Le Denmat V, Dewitte JD, 2019 **Tabac et travail** **(199)** **Niveau de preuve : 3**	Objectif : analyser l'impact des programmes de sevrage tabagiques en milieu de travail Revue de la littérature sur Medline avec 8 mots clés Double lecture des articles	Etudes randomisées contrôlées ou non, études de cohorte, revues sytématiques de la littérature	Taux de sevrage tabagique à 3, 12, 24 ou 60 mois	N = 32 articles Les taux de sevrage tabagiques peuvent atteindre 30 % à 24 mois, chez des travailleurs motivés ou présentant des complications du tabagisme	
Martin M, Alvarez JC, 2020 **Ethanolémie positive sans consommation d'alcool chez le sujet vivant : le syndrome d'auto-brasserie. Conséquences cliniques et médico-judiciaires** **(208)** **Niveau de preuve : 3**	Objectif : synthétiser les connaissances sur le syndrome d'auto-fermentation ou auto-brasserie Revue de la littérature sur PubMed, Google Scholar et la base de données Inserm, jusqu'en février 2020, avec 3 mots-clés	Etudes de cas, revues de la littérature	Ethanolémie Ethanolurie	N = 41 articles Ethanolémie pouvant atteindre 4 g/l Facteurs favorisants : mode de vie, comorbidités digestives (maladie de Crohn, tumeur…), diabète, chirurgie abdominale (pontage jéjuno-iléal…)	Syndrome rare
Patel P, Patel D, Gutlapalli SD et al, 2023	Objectif : évaluer l'impact du diabète sur l'éthanolémie dans le cadre du syndrome d'auto-brasserie	Etudes de cas, études expérimentales	Ethanolémie Glycémie	N = 30 articles	Syndrome rare nécessitant des études complémentaires

The Associations of Auto-Brewery Syndrome and Diabetes Mellitus: A Literature Review and Clinical Perspective **(209)** **Niveau de preuve : 3**	Revue de la littérature sur PudMed, Medline et PubMed Central avec 6 mots-clés		Examens bactériologiques	Facteurs de risque du syndrome d'auto-brasserie dans le diabète : stagnation alimentaire dans le tractus gastro-intestinal, obèsité, altération du microbiote intestinal, sensibilité accrue aux infections à Candida, glycémie élevée	
Wenneberg E, Windle SB, Filion KB et al, 2023 **Roadside screening tests for cannabis use : a systematic review** **(218)** **Niveau de preuve : 3**	Objectif : évaluer la sensibilité et la spécificité des tests salivaires et urinaires de dépistage de cannabis (THC) lors des contrôles routiers Revue de la littérature sur 6 bases de données ainsi que des sites gouvernementaux, jusqu'en 2020 Langues : français, anglais Critères d'inclusion : tests réalisés lors de contrôles routiers Critères d'exclusion : tests réalisés dans des conditions de laboratoire	Etudes expérimentales, études observationnelles	Tests salivaires THC avec confirmation du résultat par dosage biologique sur salive ou sang Tests urinaires THC avec confirmation par dosage biologique sur sang	N = 103 36 modèles de tests salivaires, 6 modèles de tests urinaires Parmi les 2 modèles les plus performants : sensibilité de 39,7 % à 95 %, spécificité supérieure à 90 % Tout résultat positif est à confirmer par une technique de laboratoire.	
Pidd K, Roche AM, 2014 **How effective is drug testing as a workplace safety strategy? A systematic review of the evidence** **(220)** **Niveau de preuve : 3**	Objectif : évaluer l'impact du dépistage d'alcool et d'autres substances psychoactives sur les niveaux de consommation des travailleurs et sur l'accidentologie au travail Revue de la littérature sur 5 bases de données de 1990 à 2013, avec 16 mots-clés	Revues de la littérature, études contrôlées randomisées ou non, études observtionnelles	Tests urinaires Niveaux d'usage de substances psychoactives déclarés par les travailleurs (alcool et autres substances) Taux d'accidents du travail sur périodes de 1 à 5 ans	N = 23 articles 17 études sur la réduction des accidents du travail Pays : USA Usages de substances psychoactives : 6 études. Le dépistage semble réduire l'usage des drogues illicites mais pas de l'alcool. Etudes de mauvaise qualité	Etudes complémentaires nécessaires

				Accidentologie au travail : 17 études. Etudes de mauvaise qualité ne permettant pas de conclure	
Els C, Jackson TD, Milen MT et al, 2020 **Random drug and alcohol testing for preventing injury in workers (Review)** **(221)** **Niveau de preuve : 3**	Objectif : évaluer l'mpact du dépistage de drogues et alcool sur l'accidentologie au travail Etude Cochrane. Revue de la littérature sur 8 bases de données, jusqu'en 2020 Critères d'inclusion : essais randomisées contrôlées, essais randomisés par grappes études de série temporelle interrompue	Essais randomisées contrôlées, essais randomisés par grappes études de série temporelle interrompue	Taux de travailleurs dépistés Taux de travailleurs positifs Taux d'accidents du travail	N = 1 article sélectionné sur 4198 en raison des critères d'inclusion 511 745 éthylotests durant 3 ans au sein d'une compagnie aérienne. Dépistage aléatoire de 25 % des salariés montrait que 0,07 % ont un éthylotest positif. Puis la réduction à 10 % du taux de salariés dépistés s'est accompagnée d'une hausse significative du taux d'éthylotests positifs à 0,11 % ($p < 0,001$). Effet dissuasif de dépistage aléatoire sur l'usage d'alcool des travailleurs, mais pas de renseignements en matière d'accidentologie ou d'absentéisme	Etudes complémentaires nécessaires
Hoch, E, 2024 **Cannabis, cannabinoïdes et santé : revue des données probantes sur les risques et les bienfaits médicaux**	Objectif : résumer les preuves sur les risques de la consommation récréative de cannabis ainsi que l'efficacité et la sécurité du cannabis médical 10.5.2016 au 10.5.2023	Approches des inférences causales	Généralistes	N = 115 Nombre faible de méta-analyses et de revues de la littérature	Nécessité d'études plus rigoureuses

Commande du ministère allemand de la santé **(224)** **Niveau de preuve : 3**	Recherche sélective : PubMed et Cochrane			La consommation aiguë de doses élevées de THC (y compris involontairement) peut provoquer entre autres des accidents de la route. Les schémas chroniques de consommation de cannabis ont été associés à de multiples effets indésirables chez les adolescents et les jeunes adultes, tels que des troubles de l'apprentissage, une altération des performances cognitives, une réduction du niveau d'éducation et un risque accru de TUS. Des risques pour la santé physique sont liés à la consommation répétée de cannabis à forte teneur en THC.

Rospenda KM et al., 2023 (144) **Effects of chronic workplace harassment on mental health and alcohol misuse: a long-term follow-up.** **Etude de cohorte, niveau de preuve 3**	Objectifs : étudier les effets du harcèlement au travail sur le mésusage l'abus d'alcool Critères d'inclusion : employés d'université aux États-Unis interrogées à 8 reprises Période de recherche : sur une période de 25 ans (entre 1996 et 2007, puis en 2020-2021)		Analyse de trajectoires Adaptation questionnaire SEQ	N = 2352 L'exposition chronique au harcèlement sexuel est associée à des effets à long terme sur la détresse psychologique et l'abus d'alcool	Point faible : échantillon non représentatif, résultats non généralisables

Annexe 5. Tableau des durées de positivité (Santé Publique France)

Ce tableau offre un panorama des durées moyennes de détection et des seuils retenus par la communauté scientifique pour les principales drogues et les traitements de substitution.

Les durées de positivité indiquées dans ce tableau ci-dessous ne sont que des indications permettant d'avoir des repères. Il n'existe aucun moyen de connaître précisément la durée de positivité d'une drogue car de nombreux facteurs peuvent la faire varier.

La notion d'usage régulier correspond à une consommation plusieurs jours par semaine.

En fonction des drogues et des modes d'usage employés, une substance ne devient détectable que quelques minutes ou quelques heures après sa consommation.

Drogue	Substances recherchées	Milieu de détection (seuil)*	Durée de positivité
Amphétamine et méthamphétamine	d-amphétamine d-méthamphétamine	Sang	2-4 jours
		Urine (1000 ng/ml)	Amphétamine : jusqu'à 4 jours Méthamphétamine : plus de 7 jours
		Salive	jusqu'à 50 heures
Buprénorphine	norbubrénorphine	Sang	jusqu'à 8 heures
		Urine (200 ng/ml)	1 à 2 jours
Cannabis	delta-9-THC (THC) 11-carboxy-THC (THC-COOH)**	Sang	THC : 2 à 8 heures usage intensif et quotidien : jusqu'à 1 mois après l'arrêt de la consommation THC-COOH : jusqu'à 72h
		Urine (50 ng/ml)	usage occasionnel : 3 à 5 jours usage régulier : 30 à 70 jours
		Salive (15 ng/ml)	usage occasionnel : 6 à 8 heures usage intensif et quotidien : jusqu'à 24h, voire jusqu'à 8 jours
Cocaïne et crack	benzoylecgonine	Sang	quelques heures (< à 24 heures)
		Urine (300 ng/ml)	usage occasionnel : 2 à 4 jours usage intensif et quotidien pendant plusieurs mois : 10 à 14 jours
		Salive	jusqu'à 24 heures
Codéine	morphine	Sang	jusqu'à 8 heures
		Urine	entre 24 et 48 heures
		Salive	entre 9 et 12 heures
	MDA	Sang	jusqu'à 8 heures
		Urine	jusqu'à 72 heures
		Salive	jusqu'à 12 heures

Ecstasy - MDMA			
GHB*** et GBL	GHB	Sang	quelques heures
		Urine	quelques heures (< à 12 heures)
Héroïne****, rachacha	morphine	Sang	jusqu' à 24 heures
		Urine (300 ng/ml)	entre 48 et 72 heures
		Salive	entre 12 et 24 heures
LSD	n-desméthyl-LSD	Sang	quelques heures
		Urine (300 ng/ml)	1 à 2 jours
Méthadone	méthadone	Sang	jusqu'à 48 heures
		Urine	3 à 7 jours

* Le seuil de détection est la limite au-dessous de laquelle un test négatif et au-dessus de laquelle il est positif. Il est exprimé en nanogramme (milliardième de gramme). Ces seuils sont définis par un arrêté du 5 septembre 2001. En matière de conduite automobile, la loi du 12 juin 2003 a fait disparaître la notion de seuil en matière de dépistage sanguin.

** 11-carboxy-THC (THC-COOH) est un métabolite qui reste dépistable plus longtemps que le THC.

*** Les difficultés de détection du GHB tiennent à la fois à la rapidité de sa disparition dans l'organisme et au fait que le GHB est présent naturellement dans le corps humain. Au-delà de la période de temps indiquée, le taux retombera forcément sur un résultat inférieur à 10mg/l qui correspond à la présence normale de GHB dans l'organisme.

**** La présence d'héroïne peut aussi être retrouvée par la présence de monoacétylmorphine (6-MAM), qui n'est présente que quelques heures dans l'organisme.

02/2019

Santé publique France

Annexe 6. Tableau des durées de positivité

L'analyse peut avoir différents objectifs, comme par exemple de mettre en évidence l'état de vigilance d'une personne, savoir si le sujet avait consommé récemment et/ou était sous l'influence de produits stupéfiants ou d'autres produits contrôlés au moment des faits ; ou bien encore de déterminer les causes de la mort d'un individu.

Dans le cadre des contrôles routiers, la salive et le sang sont les matrices utilisées (décret du 26 août 2016 et arrêté du 13 décembre 2016)

Échantillons biologiques

Suivant la disponibilité des matrices, l'objectif ou la nature de l'analyse requise, il convient de distinguer et d'apprécier chacune d'elle en fonction de son intérêt respectif, comme le démontre le tableau ci-dessous.

Détection des stupéfiants dans le sang, les urines, la salive et les cheveux

Stupéfiants	Cannabis	Opiacés (héroïne, morphine, codéine)	Amphétamines	Cocaïne
Présentation	herbe, résine, huile, pâtisserie	poudre blanche ou brune, ou médicament	poudre cristalline, comprimé	poudre, rocher, caillou
Substances actives	THC, 11-OH-THC	héroïne(diacétylmorphine) morphine, codéine	amphétamine, MDMA, MDA	Cocaïne (COC)
Métabolites	THC-COOH	6monoacétylmorphine (6MAM) morphine, codéine	amphétamine, MDMA, MDA	Benzoylecgonine (BZE), ecgonine méthylester
Concentrations sanguines usuelles	0,2 - 10 µg/L	5 - 100 µg/L	20 - 400 µg/L	20 - 500 µg/L
Durée de détection sanguine	THC : 6 à 12 h THC-COOH : 12 à 48 h	Héroïne : qq min 6 MAM < 1 h Morphine <24 h Codéine <24 h	6 - 24 h	Cocaïne : 4 à 6 h BZE < 48 h
Durée de détection urinaire	THC-COOH : 2 à 30 jours selon le niveau d'imprégnation	1 à 3 jours selon les composés	1 à 3 jours selon les composés	1 à 4 jours selon les composés
Durée de détection salivaire	THC: 4 à 6 h	Héroïne : 30 min Morphine: 24 h 6 MAM: 8 h Codéine: 36 h Oxycodone: 48 h Dihydrocodéine: 24 h	24 h 48 h pour métamphétamine	IV: Coc: 24 h BZE 72 h inhalé: Coc: 12h BZE 24 h
Durée de détection	10 jours à plusieurs	10 jours à plusieurs mois	10 jours à plusieurs	10 jours à plusieurs

dans les cheveux (*)	mois		mois	mois
Durée de l'activité pharmacologique	2 - 10h	4 - 6 h	4 - 6 h	4 - 6 h

* le cheveu pousse à la vitesse de 1 cm/mois environ

Annexe 7. Glossaire

CONSTANCES

Cohorte épidémiologique française coordonnée par l'INSERM et la CNAM (2012-2021) constituée d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion, affiliés au Régime général de Sécurité sociale (plus de 85 % de la population française) tirés au sort. Le recrutement des participants s'est déroulé de 2012 à 2021 et volontaires. Les études ont porté essentiellement sur la prévalence des substances les plus consommées par les salariés et les agents des entreprises privées et des services publics (tabac, alcool, cannabis et médicaments psychotropes, les différences de consommation en fonction du statut d'emploi ainsi que les risques associés de perte d'emploi et accidents du travail (3, 9, 19, 122, 128, 129, 130, 135, 137, 138, 140, 141, 148, 226)

Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)

Depuis 2002, les entreprises doivent être dotées d'un DUERP remanié par le décret d'application du 18 mars 2022. Cet outil présente l'analyse des risques ainsi que les actions de prévention collective à mettre en œuvre. Les situations susceptibles de favoriser les conduites addictives (conditions de travail, culture de l'hyperperformance, accessibilité des substances psychoactives, etc.) doivent y figurer.

Fonction exécutive

Fonction cognitive de haut niveau permettant à un individu de s'adapter aux changements de l'environnement (notamment planification, flexibilité mentale et inhibition).

Qualité de vie et conditions de travail (QVTC)

Depuis le 31 mars 2022, les différentes négociations sur la qualité de vie au travail sont élargies à la qualité des conditions de travail offrant une vision collective et intégrée de la santé au travail dans laquelle la prévention des conduites addictives doit constituer une priorité.

Remédiation cognitive

Intervention visant l'amélioration du fonctionnement cognitif d'une personne et/ou la compensation de ses troubles en vie quotidienne avec, dans les deux cas, un objectif d'amélioration fonctionnelle.

Risque professionnel

Un risque professionnel est un risque d'altération de la santé physique ou mentale des travailleurs résultant de leur exposition, dans le cadre du travail, à un danger. Plusieurs risques professionnels existent. Ce sont, par exemple, le risque lié au bruit, aux agents chimiques (amiante, fumées...), aux activités physiques (port de charge lourde...) ou aux risques psycho-sociaux. Les effets sur la santé peuvent être immédiats ou différés (accident ou maladie).

Travailleur

La jurisprudence européenne définit le travailleur comme « une personne qui accomplit, pendant un certain temps, en faveur d'une autre et sous la direction de celle-ci, des prestations en contrepartie desquelles elle touche une rémunération » (CJCE, 3 juillet 1986, Lawrie-Blum, affaire C-66/85 ; CJUE, 10 septembre 2014, Haralambidis, affaire C-270/13). Dans ces recommandations, le terme « travailleur » vise toute personne susceptible de faire l'objet d'un suivi par un service de prévention et de santé au travail ou équivalent, quel que soit son régime d'appartenance : salarié (Régime général ou Régime agricole), agent d'une des 3 Fonctions publiques, travailleur indépendant

WIRUS (Workplace Interventions Ensure Risky Alcohol Use and Sick Leave)

Projet national norvégien coordonné par l'université norvégienne de Stavanger (début : 1er octobre 2013 et fin : le 31 décembre 2024) dont les études portent sur la consommation d'alcool à risque en milieu de travail dans l'objectif de développer à l'échelle nationale des interventions adaptées en lien avec les SPST

Usage à risque et TUS

Usage à risque

NB : voir la définition de l'OFDT sur : https://www.ofdt.fr/glossaire/usage-risque

Usage de substance psychoactive pouvant entraîner des dommages pour soi ou pour les autres, dans le cadre d'une consommation aiguë, répétée ou chronique. Les risques sont directs et indirects. Les risques directs sont liés à la toxicité aiguë ou chronique de la substance psychoactive sur l'organisme : risque de confusion, de coma, de pathologie cardiovasculaire, de cancers, d'évolution vers un trouble de l'usage de substance… Les risques indirects sont liés à l'effet de la substance psychoactive sur les capacités et les comportements : risques d'accidents en cas de conduite ou de travail sur un poste de sûreté et de sécurité, risques de comportement inapproprié : agressivité, violence…

Trouble de l'usage de substances

OFDT : https://www.ofdt.fr/glossaire/trouble-de-l-usage

Le trouble de l'usage d'une substance renvoie, en général, à la définition portée par la dernière version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) : « Dans l'ensemble, le diagnostic de trouble de l'usage d'une substance repose sur un mode pathologique de comportements lié à la consommation d'une substance ».

Le trouble de l'usage d'une substance, incluant différents stades de sévérité, se caractérise par 4 grands types de symptômes :

- une réduction du contrôle sur l'usage,
- une altération du fonctionnement social de la personne,
- la répétition de schémas de consommation ayant un impact négatif ou plaçant la personne dans une situation à risque malgré la conscience qu'en a l'individu et/ ou
- une tolérance ou la survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt, liés à l'effet physiologique du produit. Le DSM-5 fournit un ensemble de critères permettant d'évaluer la présence de ces symptômes.

Mode d'usage problématique d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
2. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
3. Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
4. Craving ou désir urgent de consommer.
5. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
6. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
7. Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.
8. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.
10. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
    a. Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
    b. Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
11. Sevrage (syndrome de) se manifestant par l'un des signes suivants :
    a. Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance ;
    b. La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

La sévérité des troubles dépend du nombre de critères constatés : • 2-3 critères : trouble léger • 4-5 critères : trouble modéré • 6 critères ou plus : trouble sévère

Source: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition: DSM-5®. Washington, DC, American Psychatric Publishing 2013; 947p

La catégorie « trouble de l'usage d'une substance » du DSM-5 rassemble les anciennes catégories « Abus » et « Dépendance » du DSM-IV pour tenir compte de la continuité des situations sur un processus pathologique identique.

Notes : des intitulés proches sont également utilisés dans le DSM-5, mais aussi dans la dernière version de la Classification internationale des maladies (CIM-11), avec des contenus différents.

Dans le DSM-5, chaque chapitre consacré à une substance est titré « Troubles liés à la substance » (Substance-related disorders). Le DSM-5 contient plusieurs sous-chapitres, dont le « Trouble de l'usage de la substance », mais également d'autres, qui traitent des troubles induits par la substance (dans le domaine neuropsychiatrique), tels que le syndrome de sevrage, les complications psychiatriques aigues ou chroniques…

Pour chaque substance psychoactive, la 11ème version de la Classification internationale des maladies (CIM - 11) inclut sous le titre général « Troubles liés à l'usage de « la substance » », (traduction de disorders due to the use of « substance »), toutes les formes de consommation de cette substance, aigues ou chroniques, associées à des conséquences négatives ou à risque d'en provoquer mais aussi ces conséquences elles-mêmes lorsqu'elles appartiennent au champ neuropsychiatrique.

NB : CIM - 11 : https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#590211325

Annexe 8. Workaholism et addiction au travail *(Dano, 25)*

Construction d'un concept

Le néologisme anglo-saxon *workaholism* a été introduit par Oates (1971). Si le terme *workaddict* ou workaholic est aujourd'hui largement popularisé, sa définition et ses bases scientifiques sont encore discutées mettant en exergue la personnalité et un mode de fonctionnement ou bien une addiction comportementale répondant aux critères de Goodman (1990). Plusieurs typologies existent à ce jour.

Malgré l'absence de consensus sur les critères diagnostiques et la non-reconnaissance par les classifications internationales (DSM-5, ICD-11), la plupart des études récentes soutiennent la nature addictive du *workaholism* se rapprochant ainsi du concept développé par Oates.

Maladie du système de récompense, l'addiction au travail se définit alors comme une relation pathologique au travail associant durablement (au minimum plusieurs mois) un comportement de travail excessif et compulsif. L'implication excessive se traduit par une focalisation sur le travail associée à un investissement temporel supérieur aux exigences organisationnelles. La compulsion est une contrainte interne à travailler de manière répétée avec échec des tentatives de contrôle.

En associant le terme *workaholism* à une conduite addictive, la crainte de certains est de donner d'emblée un caractère pathologique au comportement d'un professionnel impliqué dans son activité. La notion de plaisir au travail fait débat comme le soulignent Spence et Robbins (1992) qui différencient le workaholique enthousiaste du « bourreau de travail » insatisfait.

Epidémiologie

Les études disponibles sont peu nombreuses et surtout transversales du fait de l'absence de définition claire compliquant le diagnostic, les mesures et les comparaisons.

La prévalence dans les pays industrialisés est autour de 10 %. Si les cadres et les professions intellectuelles supérieures semblent davantage touchés, toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées. Il n'y a pas de différence selon le sexe et le niveau d'éducation.

Facteurs de risque

Le processus workaholic résulte d'interactions complexes entre facteurs socio-professionnels et individuels.

Incitations organisationnelles et managériales

- climat de compétition et de performance, encouragements par gratifications

- fortes exigences (charge de travail, intensité, complexité, rythme, présentéisme)

- autonomie inappropriée (cadre trop directif ou insuffisant)

- effacement vie professionnelle/vie privée aggravé par l'hyperconnexion et la crise sanitaire. La crise COVID a en effet supprimé de manière brutale le cadre présentiel de l'entreprise aidant les personnes fragiles à se réguler.

Modèles sociaux et familiaux d'apprentissage cultivant la compétence et la récompense, entourage peu soutenant

Caractéristiques individuelles type faible estime de soi s'autorégulant par la performance et la reconnaissance, mode de pensée opératoire, tendance aux émotions négatives (culpabilité, honte) en lien avec des objectifs de travail, forte « valeur Travail », traits de personnalité (type A, perfectionnisme).

Evolution en trois stades

- Phase d'installation marquée par une hyperactivité professionnelle et des effets encore positifs (productivité et valorisation dans l'entreprise, satisfaction dans le travail) rendant la prise de conscience et le repérage difficile. Il n'est alors pas toujours possible de différencier un travailleur acharné d'un workaholic et c'est l'évolution qui confirme le diagnostic (implication progressivement excessive, apparition des premiers symptômes comme l'impatience et l'agressivité, recours aux psychotropes).
- Phase d'état caractérisée par un retentissement sur la santé, la vie personnelle et professionnelle avec un stress perçu élevé
- Phase de décompensation attestant des conséquences négatives. L'incidence sur le travail est perceptible et souvent associée à une insatisfaction de la personne concernée.

Tableau : Conséquences négatives du *workaholism*

Santé	Vie privée	Travail
Psychologiques Stress chronique, dysphorie, troubles de l'attention et du sommeil … **Co-addictions** Médicaments psychotropes, alcool, tabac, sexe, jeu…	Détérioration des relations et impact sur le conjoint, les enfants	Sujet concerné Perfectionnisme, présentéisme Insatisfaction, impatience Diminution de la performance et de la productivité Isolement, absentéisme…
Somatiques Fatigue chronique, épuisement, Céphalées, douleurs diffuses Troubles digestifs, cardiovasculaires, …	Négligence des autres domaines de vie Réduction du temps consacré aux loisirs et au repos	Relations avec les collègues Difficulté à déléguer les tâches, à travailler en équipe, Pression sur les collaborateurs…

Diagnostic différentiel

Un travailleur acharné et passionné conserve du plaisir à travailler et maintient des stratégies d'adaptation face au stress. Il profite de ses loisirs et garde une bonne qualité de vie. Il peut être difficile à différencier d'un workaholic au stade initial. Ce rapport au travail peut parfois basculer avec des conséquences négatives.

Outils de mesure

Quatre principales échelles psychométriques contribuent à repérer l'addiction au travail en s'appuyant sur sa bidimensionnalité et à en évaluer la sévérité. Il s'agit davantage d'indicateurs que de réels outils diagnostiques du fait de la nature des dimensions mesurées et de l'adaptabilité aux spécificités des populations étudiées.

La plus récente est la Dutch Work Addiction Scale (DUWAS) de Schaufeli (2006) créée à partir de deux échelles plus anciennes : la Workaholism Battery (WorkBAT) de Spence et Robbins (1992) et le Work Addiction Risk Test (WART) de Robinson, (1999). Très utilisée en France, elle comporte 10 items.

La Bergen Work Addiction Scale (BWAS) développée par Andreassen (2012), est un auto-questionnaire ayant montré de bonnes propriétés psychométriques. Il n'existe actuellement pas de version française validée.

Traitement

Il intègre plusieurs dimensions :

- Une approche psychothérapique de type cognitivo-comportementale présentée comme le traitement principal permettant un réaménagement du rapport subjectif au travail par restructuration cognitive
- Un accompagnement psycho-social : relaxation et méditation pleine conscience, promotion d'activités physiques et sociales, accompagnement social ou groupes de soutien et d'entraide.
- Le repérage systématique des fréquentes comorbidités psychiatriques ou d'un mésusage de substances psychoactives associé nécessitant une prise en charge spécifique.
- Une prise en compte de l'entourage souvent en difficulté
- Un arrêt de travail est souvent nécessaire même s'il peut entraîner chez le salarié une certaine culpabilité de ne pas être en capacité d'assurer son travail.

Une approche préventive intégrative

La prévention du *workaholism* combine à la fois une approche collective et individuelle. Développer une politique de performance sociale n'encourageant pas les comportements de « bourreaux » de travail et préservant l'équilibre vie professionnelle/vie privée devient un enjeu pour l'employeur.

La prévention primaire portera sur :

- la correction des facteurs de risque identifiés

- le respect de la fragmentation du temps de travail (recours limité aux heures supplémentaires, durée de congés suffisantes pour une récupération efficace, respect des pauses)

- un encadrement des bonnes pratiques relatives à l'usage des outils numériques et à la déconnexion hors travail particulièrement en cas de télétravail

- un management adapté proposant des fiches de poste cadrant les missions de chacun

- une sensibilisation des travailleurs aux dangers du workaholisme ainsi qu'aux risques associés (prise de substances psychoactives, hyperconnexion etc.). Cette démarche concernant d'abord les postes à forte exigence de responsabilité ou de vigilance doit être étendu à l'ensemble des salariés

La prévention secondaire vise le repérage précoce du *workaholism* et son traitement. L'employeur et l'encadrement de proximité devront être formés à la détection de signaux individuels ainsi qu'à l'orientation du travailleur concerné vers le médecin du travail dans le cadre d'une visite à la demande. La formation abordera les facteurs de risque organisationnels du *workaholism* (comme les périodes d'intensification du travail).

La prévention tertiaire permet un aménagement de poste dans le cadre du retour à l'emploi associé à un programme de prévention de la rechute en concertation avec le médecin du travail et l'employeur. La fiche de poste proposée par l'encadrement doit aider le salarié à se fixer des limites (respect des

horaires, des temps de repos, déconnexion en période hors-travail, etc.) Cette fiche de poste doit également tenir compte des propositions d'aménagement du poste de travail faite par le médecin du travail

Conclusion

Les addictions comportementales reposent sur certains mécanismes communs avec les addictions avec substances psychoactives, dont le système de récompense. Le workaholisme constitue une des addictions comportementales rencontrées en milieu professionnel. Il n'y a pas, actuellement, de consensus sur sa définition et sa classification. Cependant, la prévention du workaholisme est, sur plusieurs points, similaire avec celle des usages de substances psychoactives associant la prévention des facteurs professionnels favorisants (organisation du travail, productivité, hyperconnexion…) et une prise en charge individuelle.

Références bibliographiques

Atroszko, P.A.; Demetrovics, Z.; Griffiths, M.D. Beyond the myths about work addiction: Toward a consensus on definition and trajectories for future studies on problematic overworking. J. Behav. Addict. 2019 , 8, 7–15

Cossin, T.; Thaon, I.; Lalanne, L. Workaholism Prevention in Occupational Medicine: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, *18*, 7109

Pierrette M., Paty B. Peut-on encore parler de workaholisme à l'heure du numérique ? décembre 2018, références en Santé au travail, n°156, ; 89-96

Spagnoli P, Molino M, Molinaro D, Giancaspro ML, Manuti A and Ghislieri C (2020) Workaholism and Technostress During the COVID-19 Emergency: The Crucial Role of the Leaders on Remote Working. Front. Psychol. 11:620310. doi: 10.3389/fpsyg.2020.620310

Annexe 9. Questionnaires alcool

Repères de consommation (identiques chez les femmes et chez les hommes)

- Ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine ;
- Ne pas consommer plus de deux verres standard par jour ;
- Avoir des jours sans consommation dans une semaine.

Source : Santé publique France

(https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/549230/3972984?version=1)

Questionnaire AUDIT

Figure N°A3 Le Test Audit *(Alcohol Use Disorders Identification Test)* : autoquestionnaire

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	**6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?**
(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine ☐	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque ☐
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	**7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?**
(0) 1ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus ☐	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque ☐
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	**8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?**
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque ☐	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque ☐
4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	**9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?**
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque ☐	(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année ☐
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	**10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?**
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque ☐	(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année ☐
	Notez le total des items ici ☐

Interprétation :

- Chez l'homme :
- < 7 : consommation à faible risque
- 7 à 12 : consommation à risque
- ≥ 13 : alcoolodépendance

- Chez la femme :
- < 6 : consommation à faible risque
- 6 à 12 : consommation à risque
- ≥ 13 : alcoolodépendance

Source : Société française d'alcoologie (https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2-2.pdf)

Questionnaire AUDIT-C

Figure N°A2 Questionnaire Audit-C

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? (0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? (0) 1ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque

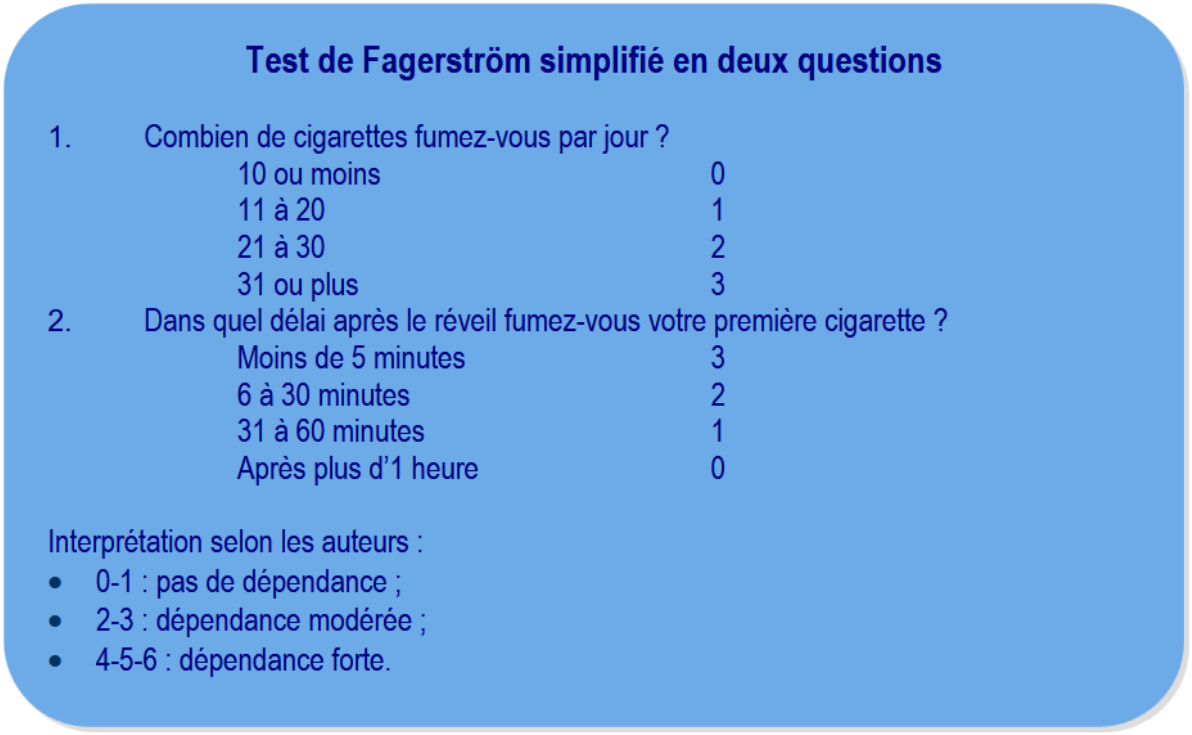
Interprétation :

- Chez l'homme :
- < 4 : consommation à faible risque
- 4 - 10 : consommation à risque
- ≥ 10 : alcoolodépendance
- Chez la femme :
- < 3 : consommation à faible risque
- 3 - 10 : consommation à risque
- ≥ 10 : alcoolodépendance

Source : Société française d'alcoologie (https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2-2.pdf)

Annexe 10. Questionnaires tabac

Test de Fagerström simplifié



Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
   - 10 ou moins : 0
   - 11 à 20 : 1
   - 21 à 30 : 2
   - 31 ou plus : 3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
   - Moins de 5 minutes : 3
   - 6 à 30 minutes : 2
   - 31 à 60 minutes : 1
   - Après plus d'1 heure : 0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

Source : Haute autorité de santé (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf)

Test CDS-12

IMPORTANT Veuillez répondre à toutes les questions			Points
Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes : 0 = je ne suis absolument pas dépendant(e) des cigarettes 100 = je suis extrêmement dépendant(e) des cigarettes	0-20	1	…
	21-40	2	
	41-60	3	
	61-80	4	
	81-100	5	
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	0-5 cig/jour	1	…
	6-10	2	
	11-20	3	
	21-29	4	
	30 et +	5	
D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	0-5 min	5	…
	6-15	4	
	16-30	3	
	31-60	2	
	61 et +	1	
Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :	Impossible	5	…
	Très difficile	4	
	Plutôt difficile	3	
	Plutôt facile	2	
	Très facile	1	
			SOUS-TOTAL 1 (ST1) …
Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :			
Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer.	Pas du tout d'accord	1	…
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je suis stressé(e) à l'idée de manquer de cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	…
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi.	Pas du tout d'accord	1	…
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
			SOUS-TOTAL 2 (ST2) …

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

			Points
Je suis prisonnier(ère) des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	…
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je fume trop.	Pas du tout d'accord	1	
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	…
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller chercher des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	…
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je fume tout le temps.	Pas du tout d'accord	1	
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	…
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé.	Pas du tout d'accord	1	
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	…
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	

SOUS-TOTAL 3 (ST3) …

Total des points des 12 rubriques

ST1 + ST2 + ST3 = …

Interprétation des résultats

Jusqu'à 24 points	Dépendance modérée
Entre 25 et 44 points	Dépendance intermédiaire
45 points et plus	Dépendance forte

Source : RESPADD (https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/11/Test-CDS.pdf)

Annexe 11. Questionnaire cannabis

Questionnaire CAST

Questionnaire CAST (Cannabis)

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

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

Source : HAS (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cast.pdf)

Annexe 12. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool

Fiche 2 : Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Le repérage interventionnel

Le modèle type du repérage interventionnel est le RPIB développé par l'OMS et adapté à l'exercice de la médecine générale en France (se référer à l'outil d'aide au RPIB – Mise à jour HAS 2021). Il repose sur les outils d'évaluation (repères de consommation, questionnaires AUDIT-C et FACE) et sur l'intervention brève visant l'alliance thérapeutique et l'incitation au changement en renforçant la confiance et la motivation.

Proposer au patient des outils d'auto-évaluation (comme l'AUDIT-C) a l'avantage de l'autonomiser et de produire une réponse personnelle plus proche de la réalité des usages qui servira de support lors d'une prochaine rencontre. Ces outils doivent en effet toujours être complétés par un réel dialogue entre le professionnel et le patient.

AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test)

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
					TOTAL	0

En termes d'interprétation, plus le score augmente, plus le risque pour la santé et la sécurité augmente. Un score au-delà de 4 pour l'homme ou de 3 pour la femme est considéré comme un repérage positif en lien avec un usage excessif, voire un authentique TUA (justifiant d'approfondir l'évaluation en ce sens).

L'AUDIT-C pourra être complété par le questionnaire AUDIT intégral en 10 items.

FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation – Formule Approchant la Consommation d'alcool par Entretien)

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ». Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	NON				OUI	
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	NON				OUI	
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	NON				OUI	
					TOTAL	0

En termes d'interprétation :

- Un score inférieur à 5 pour l'homme ou à 4 pour la femme est considéré comme faible risque
- Un score de 5 à 8 pour l'homme ou de 4 à 8 pour la femme est considéré comme risque significatif
- Un score de 9 et plus chez l'homme comme chez la femme suggère un TUA

Intervention brève du repérage précoce avec intervention brève (RPIB)

Elle consiste à :

1. Expliquer les risques liés à l'alcool, le verre standard, les repères de consommation ;
2. Restituer les résultats du repérage en évaluant avec la personne son risque personnel et situationnel ;
3. Identifier les représentations, les attentes, les motivations, la confiance de la personne ;
4. Échanger sur l'intérêt personnel de réduire son risque alcool ;
5. Expliquer les méthodes utilisables pour réduire son risque alcool ;
6. Proposer des objectifs et laisser le choix ;
7. Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation ;
8. Remettre une documentation et/ou des liens numériques vers de l'information, du conseil, des outils d'évaluation et d'auto-gestion, des coordonnées d'associations.

La durée de l'intervention brève est variable en fonction de chaque situation individuelle. Un conseil simple n'excédera pas 1 à 2 minutes. L'intervention brève d'un RPIB classique (dans une situation simple où l'approche peut rester centrée sur la consommation) est réputée durer 3 à 5 minutes. Tandis qu'une intervention motivationnelle nécessitera davantage de temps.

Méthode de travail

Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

– la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;

– la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;

– l'indépendance d'élaboration des recommandations, de par le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;

– la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

– un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;

– une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;

– un organisme d'assurance maladie ;

– une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) et la Société Française de Médecine au Travail (SFMT) ont sollicité l'HAS, pour la rédaction de recommandations de bonne pratique dans le cadre d'un processus de labellisation par la HAS des recommandations émises.

La SFA et la SFMT sont les sociétés promotrices du projet et ont désigné un chef de projet et un chargé de projet pour la rédaction de ces RBP. Les travaux ont été accompagnés par la HAS et confiés à un chef de projet de la HAS.

Coordination du projet

Les RBP sur ce sujet ont suivi la méthodologie de la HAS. Ainsi le déroulement de la RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, s'est fait sous la responsabilité d'un chef de projet de la SFA, chargé :

– de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;

– d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet. Le chargé de projet de la HAS a été chargé de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature.

Les deux chefs de projet ont veillé à ce que :

– la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;

– l'ensemble des membres désignés permet d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Les deux chefs de projet ont participé à l'ensemble des réunions.

La méthode de travail comprenait les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel a été constitué par la SFA/SFMT. Il comprenait 25 membres :

– des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;

– des représentants d'associations de patients et d'usagers ;

– et si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Le président du groupe de travail et les chefs de projet, ont été désignés par la SFA/SFST pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Le chargé de projet a été également désigné pour identifier, sélectionner, analyser la littérature, et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il a également rédigé les recommandations.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

Comme demandé dans la méthodologie de la HAS :

La rédaction de l'argumentaire scientifique a reposé sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire a été systématique, hiérarchisée et structurée, avec l'aide d'une documentaliste de la HAS. Le chef de projet, et le chargé de projet ont participé à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Celle-ci a été effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis a été effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage. Chaque article retenu a été analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats. L'analyse de la littérature a permis de préciser le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se sont réunis trois fois, pour élaborer à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigées par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, le groupe de lecture a comporté 84 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.

Il a été consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et a donné un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité, son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture ont donné aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture ont été ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui a modifié l'argumentaire et rédigé la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C ou AE selon l'échelle proposée par la HAS.

Validation par le Collège de la HAS

La RBP a été soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la SFA, la SFST, l'AAF et la HAS mettent en ligne sur leurs sites (https://sfalcoologie.fr), (https://www.societefrancaisedesanteautravail.fr) et (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode Recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site unique DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home.

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Références bibliographiques

1) Palle C, synthèse de la revue de la littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel, OFDT, 2015.
http ://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpva.pdf
2) Santé publique France, Andler R, Rabet G, Guignard R, Pasquereau A, Quatremère G, et al. Consommation de substances psychoactives et milieu professionnel. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Saint-Maurice : SPF ; 2021. https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/enquetes-etudes/consommation-de-substances-psychoactives-et-milieu-professionnel.-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france-2017
3) Les conduites addictives de la population active, Chiffres clés issus de la cohorte Constance.Paris :MILDECA ; 2021 Téléchargeable sur : https://www.drogues.gouv.fr/cohorte-constances-lessentiel-des-donnees-pour-une-meilleure-approche-des-conduites-addictives-en
4) Les drogues à 17 ans, analyse de l'enquête ESCAPAD 2022, tendance n°156, avril 2023,
https ://www.ofdt.fr/publications/date-de-parution/publications-ofdt-parues-en-2023/
5)https ://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/2022
6) INSERM. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Expertise collective. Synthèse et recommandations. Paris : Inserm ; 2021 ; 138p
7) Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019 ;(5-6) :89-97.
http ://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html
8) Consommation d'alcool : part d'adultes dépassant les repères de consommation à moindre risque à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2021 , Raphaël Andler (raphael.andler@santepubliquefrance.fr), Guillemette Quatremère, Arnaud Gautier, Viêt Nguyen-Thanh, François Beck, Santé publique France, Saint-Maurice
https ://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-13-juin-2023-n-11
9) Alcool à risque chez les actifs,
https ://www.constances.fr/actualites/2018/alcool-a-risque.php
10) Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB, et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. Bull Épidémiol Hebd. 2022 ;(26) :470,
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/2022_26_1.html
11) Le Nézet O., Spilka S., Lahaie E., Andler R. (2022) Les usages de cannabis en population adulte en 2021. Tendances, OFDT, n° 153.
12) Les niveaux d'usage de cannabis en France en 2020. Premiers résultats du Baromètre santé de Santé publique France 2020 relatifs à l'usage de cannabis en population adulte. Olivier Le Nézet, Antoine Philippon (OFDT), Emmanuel Lahaie, Raphaël Andler (Santé publique France).
13) Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Eroukmanoff V. (2024) Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023 - Résultats de l'enquête EROPP 2023. Tendances, OFDT, n° 164, 4 p.
14) Drugs Workbook 2022, OFDT,
https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=33952
15) https://www.ofdt.fr/publications/collections/thema/la-cocaine-un-marche-en-essor-evolutions-et-tendances-en-france-thema/
16) L'Essentiel sur... La cocaïne : une diffusion en progression, des risques méconnus,
https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-la-cocaine-une-diffusion-en-progression-des-risques-meconnus
17) CNAM. Médicaments délivrés par les pharmacies de ville par type de prescripteur – Medic'AM – en 2017, Caisse nationale de l'Assurance Maladie, 2018.
18) Cadet-Taïrou A., Brisacier A.-C., Médicaments psychotropes non opioïdes, dans Drogues et addictions, données essentielles. Paris, OFDT, 2019, p. 147-150.
19) Skogen JC, Thørrisen MM, Bonsaksen T, Vahtera J, Sivertsen B, Aas RW. Effort-Reward Imbalance Is Associated With Alcohol-Related Problems. WIRUS-Screening Study. Front Psychol. 2019 Sep 13
20) https://www.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/prise-charge-douleur/douleur-moderee-severe.html
21) SFPT, l'augmentation de l'utilisation de l'oxycodone dans la prise en charge de la douleur, mai 2023, https ://sfpt-fr.org/pharmacofact-blog/1828-f012-l %E2 %80 %99augmentation-de-l %E2 %80 %99utilisation-de-l %E2 %80 %99oxycodone-dans-la-prise-en-charge-de-la-douleur
22) État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques FÉVRIER 2019 Rapport ANSM https ://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioides-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france
23) Consommation de substances psychoactives par les marins : revue de la littérature – R. Pougnet, archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 2015
24) Bénard-Laribière A.,Pambrun E., Diop P, Trends in use of benzodiazepines and Z-drugs in France from 2012 to 2020, https://doi.org/10.1016/j.therap.2022.12.005
25) Lejoyeux, M. (2023). Les Addictions . Elsevier Health Sciences (États-Unis). https://online.vitalsource.com/books/9782294780271
26) Niemela O. Biomarker-based approaches for assessing alcohol use disorders. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(2):166.
27) Bortolotti F, Sorio D, Bertaso A, Tagliaro F. Analytical and diagnostic aspects of carbohydrate deficient transferrin (CDT): a critical review over years 2007-2017. J Pharm Biomed Anal. 2018;147:2–12.
28) Luginbuhl M, van Uytfanghe K, Stoth F, Wurst FM, Stove CP. Current evolutions, applications, and challenges of phosphatidylethanol analysis for clinical and forensic purposes. WIREs Forensic Sci. 2022;:e1456.
29) Douchet MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2022. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), 2023
(https://www.ofdt.fr/publications/collections/bilans/tabagisme-et-arret-du-tabac-en-2022/)
30) Nguyen A. Difficultés liées à l'arrêt du tabac. Actualités Pharmaceutiques. 2023 ; 62 : 22-25
31) Hache P. Tabagisme, vapotage et travail. Références en santé au travail. 2024 ; 177 : 17 – 31
32) Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme en France de 2000 à 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019 ; 15 : 278-84
33) Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenir Risks to Human. Volume 83. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC) ; 2004 : 1 473 p.
34) Jayes L, Haslam PL, Gratziou CG, Powell P et al. SmokeHaz : Systematic Reviews and Meta-analyses of the Effects of Smoking on Respiratory Health. Chest. 2016 ; 150 (1) : 164-79
35) Peiffer G, Underner M, Perriot J. Les effets respiratoires du tabagisme. Revue de pneumologie clinique. 2018 ; 74 : 133 – 144
36) SFMT. Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérogènes

pulmonaires. Références en santé au travail. 2016 ; 145 : 65 - 110
37) Troelstra SA, Coenen P, Boot CR et al. Smoking and sickness absence: a systematic review and meta-analysis. Scand J Work Environ Health. 2020 ; 46 : 5-18
38) Underner M, Pierrot J, Peiffer G et al. Influence du tabagisme sur le risque de développement de l'asthme. Revue des maladies respiratoires. 2015 ; 32 : 110-137
39) Khoramdad M, Vahedian-azimi A, Karimi L et al. Association between passive smoking and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. IUBMB Life. 2020 ; 72 : 677–686
40) Rault E, Garabedian C. Conséquence du tabagisme passif chez la femme enceinte – Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2020 ; 48 : 578-582
41) Académie nationale de Médecine. La cigarette électronique permet-elle de sortir la société du tabac ? Rapport. 2015. Téléchargeable sur https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/03/15.3.3-DUBOIS-rapport-v-EC-15.3.5.pdf
42) Stoebner A, Userovici C, Le Faou AL et al. Lésions pulmonaires liées à l'usage des dispositifs de vaporisation et la cigarette électronique : de l'imbroglio chimique à la période péri-opératoire. Anesth. Reanim. 2020 ; 6 : 4-6
43) Geiss O, Bianchi I, Barrero-Moreno J. Correlation of volatile carbonyl yields emitted by e-cigarettes with the temperature of the heating coil and the perceived sensorial quality of the generated vapours. Int J Hyg Environ Health. 2016 ; 219 : 268-277
44) Halstead M, Gray N, Gonzalez-Jimenez N, Fresquez M et al. Analysis of Toxic Metals in Electronic Cigarette Aerosols Using a Novel Trap Design. J Anal Toxicol. 2020 ; 44 : 149-155
45) Anses. Cigarettes électroniques : peu d'intoxications graves mais la vigilance reste de mise. Vigil'Anses n°17. 2022. Téléchargeable sur https://vigilanses.anses.fr/sites/default/files/VigilAnsesN17_Juin2022_Vigivape.pdf
46) Jones DC, Ho W, Gunn E et al. E-cigarette burn injuries: comprehensive review and management guidelines proposal. Burns. 2019 ; 45 : 763-771
47) Freeman TP, Craft S, Wilson J, Stylianou S, ElSohly M, Di Forti M, Lynskey MT. Changes in delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) concentrations in cannabis over time: systematic review and meta-analysis. Addiction. 2021;116:1000–1010.
48) Lu HC, Mackie K. Review of the endocannabinoid system. Biol Psychiatry CNNI. 2021;6:607–615.
49) Spindle TR, Bonn-Miller MO, Vandrey R. Changing landscape of cannabis: novel products, formulations, and methods of administration. Curr Opin Psychology. 2019;30:98–102.
50) Lucas CJ, Galettis P, Schneider J. The pharmacokinetics and the pharmacodynamics of cannabinoids. Br J Clin Pharmacol. 2018;84:2477–2482.
51) Cougle JR, Hakes JK, Macatee RJ, Zvolensky MJ, Chavarria J. Probability and correlates of dependence among regular users of alcohol, nicotine, cannabis, and cocaine: concurrent and prospective analyses of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2016;77:e444–e450.
52) Solmi M, Dragioti E, Croatto G, Radua J, Borgwardt S, Carvalho AF, et al. Risk and protective factors for cannabis, cocaine, and opioid use disorders: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. Neurosci Biobehav Rev. 2021;126:243–251.
53) Hayley AC, Stough C, Downey LA. DSM-5 cannabis use disorder, substance use and DSM-5 specific substance-use disorders: evaluating comorbidity in a population-based sample. Eur Neuropsychopharmacol. 2017;27:732–743.
54) Hasin D, Walsh C. Cannabis use, cannabis use disorder, and comorbid psychiatric illness: a narrative review. J Clin Med. 2020;10:15.
55) Arkell TR. Medical cannabis and driving. Austral J Gen Practice. 2021;50:357–362.
56) Weye N, Santomauro DF, Agerbo E, Klitgaard Christensen M, Moesgaard Iburg K, Momen NC, et al. Register-based metrics of years lived with disability associated with mental and substance use disorders: a register-based cohort study in Denmark. Lancet Psychiat. 2021;8:310–319.
57) Murrie B, Lappin J, Large M, Sara G. Transition of substance-induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull. 2020;46:505–516.
58) Mustonen A, Niemelä S, Nordström T, Murray GK, Mäki P, Jääskeläinen E, Miettunen J. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. Br J Psychiat. 2018;212:227–233.
59) Ganesh S, D'Souza DC. Cannabis and psychosis: recent epidemiological findings continuing the "causality debate". Am J Psychiatry. 2022;179:8–10.
60) McCartney D, Arkell TR, Irwin C, McGregor IS. Determining the magnitude and duration of acute ∆9-tetrahydrocannabinol (∆9-THC)-induced driving and cognitive impairment: A systematic and meta-analytic review. Neurosci Biobehav Rev. 2021;126:175–193.
61) Lovell ME, Akhurst J, Padgett C, Garry MI, Matthews A. Cognitive outcomes associated with long-term, regular, recreational cannabis use in adults: a meta-analysis. Exp Clin Psychopharmacol. 2020;28:471–494.
62) Yang PK, Odom EC, Patel R, Loustalot F, Coleman King S. Nonmedical marijuana use and cardiovascular events: a systematic review. Public Health Rep. 2022;137:62–71.
63) Perisettia A, Gajendranb M, Dasari CS, Bansal P, Aziz M, Inamdar S, et al. Cannabis hyperemesis syndrome: an update on the pathophysiology and management. Ann Gastroenterol. 2020;33:571–578.
64) Wong KR, Baum CR. Acute cannabis toxicity. Ped Emerg Care. 2019;35:799–804.
65) Bonnet U, Preuss UW. The cannabis withdrawal syndrome: current Insights. Subst Abuse Rehabil. 2017;8:9–37.
66) Burnett GM, Gorelick DA, Hill KP. Policy ahead of the science: medical cannabis laws vs. scientific evidence. Psychiatric Clin North America. 2022;45(3):347–373.
67) Addictovigilance n°13 janvier 2020 Que devrait-on savoir sur la pharmacologie du cannabidiol ?
68) Mildeca Décembre 2021 L'essentiel sur le CBD
69) ANSM Comité scientifique permanent psychotropes stupéfiants et addictions N°5 Février 2021.
70) Authier Nicolas, Addictovigilance-Pharmacologie du CBD, le petit livre du CBD, ed. FIRST, 2022
71) https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/cbd-et-protoxyde-d-azote-quels-sont-les-niveaux-de-consommation-chez-les-adultes-en-france
72) Micallef J., Batisse A., Revol B., Pharmacologie du Cannabidiol : Points de vigilance, conséquences et risques chez l'homme Note rédigée par l'Association Française des centres d'Addictovigilance : décembre 2021 https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2022-01/pharmacologie_cbd_vf_-_dec_2021_0.pdf
73) Lacroix C., Caudron De Coquereaumont S., Pochard L., Frauger E., Micallef J. Augmentation de la consommation de cannabidiol dans l'enquête Oppidum : qui sont les consommateurs en 2021. Therap.2022.10.029
74) Gelmi TJ, Weinmann W, Pfäffli M. Impact of smoking cannabidiol (CBD)-rich marijuana on driving ability. Forensic Sci Res. 2021 Sep 28;6(3):195-207.
75) McCartney D, Suraev AS, Doohan PT, Irwin C, Kevin RC, Grunstein RR, Hoyos CM, McGregor IS. Effects of cannabidiol on simulated driving and cognitive performance: A dose-ranging randomised controlled trial. J Psychopharmacol. 2022 Dec;36(12):1338-1349.
76) Schoedel KA, Szeto I, Setnik B, Sellers EM, Levy-Cooperman N, Mills C, Etges T, Sommerville K. Abuse potential assessment of cannabidiol (CBD) in recreational polydrug users: A randomized, double-blind, controlled trial. Epilepsy Behav. 2018 Nov;88:162-171.

77) Alvarez JC, Pelissier AL, Mura P, Goullé JP. Le cannabidiol (CBD) : aspects analytiques et toxicologiques [Cannabidiol (CBD): Analytical and toxicological aspects]. Therapie. 2023 Feb 20:S0040-5957(23)00034-3.
78) Mareck U., Fusshöller G., Geyer H., Huestis M.A., Scheiff A.B., Thevis M. Preliminary data on the potential for unintentional antidoping rule violations by permitted cannabidiol (CBD) use. Drug Test Anal. 2021 Mar;13(3):539-549
79) Kintz P.et le groupe de travail de la SFTA Stupéfiants, salive et conduite automobile. Etat des connaissances en 2022 au regard de la législation française
80) Lacroix Cl., Caudron S., Pochard L., Frauger E., Micallef J., Augmentation de la consommation de cannabidiol dans l'enquête oppidum : qui sont les consommateurs en 2021 ? Therapies, Volume 77, Issue 6, 2022
81) Lahaie E, Andler R, Beck F, Nguyen-Thanh V. Niveaux de consommation du CBD et du protoxyde d'azote en population adulte en France métropolitaine en 2022. Le point sur. 26 octobre 2023. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p.
82) Nouveaux Produits de synthèse, guide et appli, Mildeca, 2024
83) OFDT - Le Point SINTES n°7 Août 2021
84) OFDT - Veille sur les cannabinoïdes de synthèse, 2 décembre 2021
85) Grigg J, Manning V, Arunogiri S, Lubman DI. Synthetic cannabinoid use disorder: an update for general psychiatrists. Australas Psychiatry. 2019;27:279–283.
86) Kintz P. Cannabis et cannabinoïdes de synthèse. À propos de leur détection biologique [Testing for cannabis and synthetic cannabinoids in human specimens]. Bull Acad Natl Med. 2020 Jun;204(6):577-582. French.
87) Passeron J., Guilleux A., Guillemot M., Langlois E., Pillière F. Protoxyde d'azote lors de l'utilisation du MEOPA en milieu de soins : toxicité, situations d'exposition, données métrologiques, pistes de prévention et rôle du médecin du travail, Références en santé au travail n°48, 12/2016
88) MILDECA-https://www.drogues.gouv.fr/lusage-detourne-du-protoxyde-dazote-une-pratique-risques-de-plus-en-plus-repandue (16/02/2023)
89) Perino J, Tournier M, Mathieu C, Letinier L, Peyré A, Perret G, Pereira E, Fourrier-Réglat A, Pollet C, Fatseas M, Tzourio C, Daveluy A. Psychoactive substance use among students: A cross-sectional analysis. Fundam Clin Pharmacol. 2022 Oct;36(5):908-914.
90) Batisse A. Cognitive enhancement and consumption of psychoactive Substances among Youth Students (COSYS): a cross-sectional study in France. Public Health. 2021 May;
91) Inquimbert C, Maitre Y, Moulis E, Gremillet V, Tramini P, Valcarcel J, Carayon D. Recreational Nitrous Oxide Use and Associated Factors among Health Profession Students in France. Int J Environ Res Public Health. 2022 Apr 26;19(9):5237.
92) Ng J., O'Grady G., Pettit T., Frith R. Nitrous oxide use in first-year students at Auckland University. Lancet. 2003;361:1349–1350.
93) Cohen L, Duroy D, Perozziello A, Sasportes A, Lejoyeux M, Geoffroy PA. A cross-sectional study: Nitrous oxide abuse in Parisian medical students. Am J Addict. 2023 Jan;32(1):60-65.
94) Ternon. A, Usage de protoxyde d'azote au sein d'une population d'étudiants en médecine. État des lieux de la consommation. Recherche de facteurs associés à cette consommation : stress lié au travail et usage problématique d'autres substances, Therapies.2021 ; 76(2) : 175
95) Bulletin de l'Association des Centres d'Addictovigilance sur le protoxyde d'azote, Décembre. 2022. https://addictovhttps://www.youtube.com/watch?v=ExAssuR68scigilance.fr/rapports/protoxyde-dazote/
96) https://ansm.sante.fr/actualites/intoxication-au-protoxyde-dazote-lansm-publie-un-document-daide-au-diagnostic-et-a-la-prise-en-charge-pour-les-professionnels-de-sante, janvier 2023

97) Carton L, Bastien A, Chérot N, Caron C, Deheul S, Cottencin O, Gautier S, Moreau-Crépeaux S, Dondaine T, Bordet R. An overview of the use of psychoactive substances among students at the University of Lille during the COVID-19 health crisis: Results of the PETRA study. Dialogues Clin Neurosci. 2023 Dec;25(1):101-111
98) Sharif S, Guirguis A, Fergus S, Schifano F. L'utilisation et l'impact des amplificateurs cognitifs chez les étudiants universitaires : unerevue systématique. Sciences du cerveau. 2021 ; 11(3):355.
99) Schifano, F., Catalani, V., Sharif, S. et al. Avantages et inconvénients des «médicaments intelligents» (nootropiques) chez les personnes en bonne santé. Médicaments 82, 633–647(2022). https://doi-org.proxy.insermbiblio.inist.fr/10.1007/s40265-022-01701100) Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France ANSM Avril 2017 https://ansm.sante.fr/actualites/methylphenidate-donnees-dutilisation-et-de-securite-demploi-en-france
101) HAS rapport d'évaluation des spécialités à base de méthylphénidate,https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/rapport_reevaluation_methylphenidate_avisdef_cteval485.pdf
102) Zahavi, E., Lev-Shalem, L., Yehoshua, I. et al. Utilisation et mauvaise utilisation du méthylphénidate chez les médecins résidents en Israël : une étude transversale. Hum Resour Santé 21 , 5 (2023). https://doi-org.proxy.insermbiblio.inist.fr/10.1186/s12960-023-00792-x
103) Tableau des durées de positivité https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-depistage-des-drogues/Tableau-des-durees-de-positivite
104) Analyse des produits "CBD non pharmaceutiques en France, Mildeca, décembre 2023
105) https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2022/12/22.12.8-Communique-PCRA-Cannabidiol.pdf
106) Ameline A, Raul JS, Kintz P. Characterization of cannabidiol in alternative biological specimens and urine, after consumption of an oral capsule. J Anal Toxicol 2020;doi:10.1093/jat/bkaa191.
107) Nahler G, Grotenhermen F, Zuardi AW, Crippa JAS. A Conversion of Oral Cannabidiol to Delta9-Tetrahydrocannabinol Seems Not to Occur in Humans. Cannabis Cannabinoid Res 2017. doi: 10.1089/can.2017.0009
108) Dangers du protoxyde d'azote, risque pour le personnel soignant, INRS 2021, https://www.inrs.fr/risques/meopa/dangers-protoxyde-azote.html
109) Méopa, Inrs 2021, https://www.inrs.fr/risques/meopa/reglementation.html
110) Mette C., « Conditions de travail, emploi et consommation d'alcool : quelles interactions en France ? », Travail et emploi, 2017/3 (n° 151), p. 75-99. DOI : 10.4000/travailemploi.7749. URL : https://www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2017-3-page-75.htm
111) Douchet M.A., la consommation d'alcool et ses conséquences en France, OFDT décembre 2022,
112) SFA/Association Addictions France/EUFAS. Recommandation de bonne pratique. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement, version actualisée le 05 juin 2023
113) Lambrechts MC, Vandersmissen L, Godderis L. Alcohol and other drug use among Belgian workers and job-related consequences. Occup Environ Med. 2019 Sep
114) Conseil National de Sécurité (2019). Enquête nationale auprès des employeurs 2019. https : //www.nsc.org/newsroom/poll-75-of-employers-say-their-workplace-impacted
115) Shield, K.D., S. Churchill, A. Sherk, T. Stockwell, C. Levesque, N. Sanger, et C. Paradis. Risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.
116) Hashemi NS, Skogen JC, Sevic A, Thørrisen MM, Rimstad SL, Sagvaag H, Riper H, Aas RW. A systematic

review and meta-analysis uncovering the relationship between alcohol consumption and sickness absence. When type of design, data, and sickness absence make a difference. PLoS One. 2022 Jan 11;17(1):e0262458. doi: 10.1371/journal.pone.0262458. PMID: 35015789; PMCID: PMC8752011.
117) Spinola, S., S.A. Maisto, C.N. White et T. Huddleson. « Effects of acute alcohol intoxication on executive functions controlling self-regulated behavior », Alcohol, vol. 61, 2017, p. 1–8. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.02.177
118) Cabé N., Laniepce A, Boudehent C., Pitel A-L, Vabret F., Atteintes cognitives liées au trouble de l'usage d'alcool : rétablir l'équilibre ?La Presse Médicale, Volume 47, Issue 6,2018,Pages 565-574.
119) Morois S, Airagnes G, Lemogne C, Leclerc A, Limosin F, Goldberg S, Herquelot E, Goldberg M, Zins M. Daily alcohol consumption and sickness absence in the GAZEL cohort. Eur J Public Health. 2017 Jun 1;27(3):482-488
120),Hashemi NS, Dalen I, Skogen JC, Sagvaag H, Gimeno Ruiz de Porras D, Aas RW. Do Differences in Drinking Attitudes and Alcohol-Related Problems Explain Differences in Sick Leave? A Multilevel Analysis of 95 Work Units Within 14 Companies From the WIRUS Study. Front Public Health. 2022 May 31;10:817726. doi: 10.3389/fpubh.2022.817726. PMID: 35712266; PMCID: PMC9194082.
121) Marzan M, Callinan S, Livingston M, Leggat G, Jiang H. Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis on the Relationship Between Alcohol Consumption and Sickness Absence. Alcohol Alcohol. 2022 Jan 8 ;57(1) :47-57.
122) Déguilhem A, Leclerc A, Goldberg M, Lemogne C, Roquelaure Y, Zins M, Airagnes G. Cannabis Use Increases the Risk of Sickness Absence: Longitudinal Analyses From the CONSTANCES Cohort. Front Public Health. 2022 May 30;10:869051. doi: 10.3389/fpubh.2022.869051. PMID: 35712263; PMCID: PMC9197417.
123) Aas RW, Haveraaen L, Sagvaag H, Thørrisen MM. The influence of alcohol consumption on sickness presenteeism and impaired daily activities. The WIRUS screening study. PLoS One. 2017 Oct 17;12(10):e0186503. doi: 10.1371/journal.pone.0186503. PMID: 29040323; PMCID: PMC5645115.
124),Thørrisen MM, Bonsaksen T, Hashemi N, Kjeken I, van Mechelen W, Aas RW. Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): a systematic review. BMJ Open. 2019 Jul 16;9(7):e029184. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029184. PMID: 31315869; PMCID: PMC6661906.
125) Frumento S, Bufano P, Zaccaro A, Poma AM, Persechino B, Gemignani A, Laurino M, Menicucci D. A Systematic Review on the Role of Substance Consumption in Work-Related Road Traffic Crashes Reveals the Importance of Biopsychosocial Factors in Prevention. Behav Sci (Basel). 2022 Jan 25;12(2):23.
126) Martin JL, Gadegbeku B, Wu D et al. Actualisation des principaux résultats de l'étude SAM - Stupéfiants et Accidents Mortels (ActuSAM) – Rapport. 2016. Ifsttar : 39 p
127) Bufano P, Poma AM, Frumento S, Persechino B, Menicucci D, Laurino M, Gemignani A. Meta-analytic study on substance intake and work-related accidents calls for attention to bio-psycho-social factors. Neurosci Biobehav Rev. 2023 Jan;
128) El Haddad R, Renuy A, Wiernik E, Goldberg M, Zins M, Airagnes G. Liens entre le statut tabagique et la situation vis-à-vis de l'emploi : analyse transversale de la cohorte CONSTANCES [Tobacco use and employment status: A cross-sectional analysis of the CONSTANCES cohort]. Sante Publique. 2023 Jan 3;35(5):81-94. French. doi: 10.3917/spub.pr1.0026. PMID: 38172053.
129) El Haddad R, Lemogne C, Matta J, Wiernik E, Goldberg M, Melchior M, Roquelaure Y, Limosin L, Zins M, Airagnes G, The association of substance use with attaining employment among unemployed job seeking adults: Prospective findings from the French CONSTANCES cohort, Preventive Medicine, Volume 163, 2022,
130) El Haddad R, Matta J, Lemogne C. et al. L'association entre la consommation de substances et l'emploi ultérieur chez les étudiants : résultats prospectifs de la cohorte CONSTANCES. Soc Psychiatrie Psychiatr Epidemiol 58 , 249-266 (2023). https://doi.org/10.1007/s00127-022-02357-0
131) Mildeca_dossier_lessentiel-sur-addictions-en-milieu_pro_v2_202010_0 (10/09/2019)
132) Inserm. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 2021. Pour accéder aux expertises collectives en ligne : http://ipubli-inserm.inist.fr/handle/10608/1 http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives
133) EMCCDA, Lieux de travail et drogues: réponses sanitaires et sociales, mars 2022, https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/workplaces-and-drugs-health-and-social-responses_fr
134) Pachito DV, Pega F, Bakusic J, Boonen E, Clays E, Descatha A, Delvaux E, De Bacquer D, Koskenvuo K, Kröger H, Lambrechts MC, Latorraca COC, Li J, Cabrera Martimbianco AL, Riera R, Rugulies R, Sembajwe G, Siegrist J, Sillanmäki L, Sumanen M, Suominen S, Ujita Y, Vandersmissen G, Godderis L. The effect of exposure to long working hours on alcohol consumption, risky drinking and alcohol use disorder: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. Environ Int. 2021 Jan;146:106205. doi: 10.1016/j.envint.2020.106205. Epub 2020 Nov 12. PMID: 33189992; PMCID: PMC7786792.
135) Hamieh N, Airagnes G, Descatha A, Goldberg M, Limosin F, Roquelaure Y, Lemogne C, Zins M, Matta J. Atypical working hours are associated with tobacco, cannabis and alcohol use: longitudinal analyses from the CONSTANCES cohort. BMC Public Health. 2022 Sep 29;22(1):1834
136) Shaw, W.S.; Roelofs, C.; Punnett, L. Work Environment Factors and Prevention of Opioid-Related Deaths. Am. J. Public Health, 2020, 110, 1235–1241.
137) Hamieh, N., Descatha, A., Zins, M. et al. Effort physique au travail et comportements addictifs : consommation de tabac, de cannabis, d'alcool, de sucre et de graisses : analyses longitudinales dans la cohorte CONSTANCES. Sci Rep 12 , 661 (2022). https://doi.org/10.1038/s41598-021-04475-2
138) Airagnes G., Matta J., Hamieh N., Zins M. ACCOLADE : étude des relations entre les conditions de travail difficiles, les troubles du sommeil, la dépression et les conduites addictives chez des travailleurs en situation de précarité dans la cohorte CONSTANCES, valorisation de la recherche, n°5, août 2024.
139) Dobson KG, Ibrahim S, Gilbert-Ouimet M, Mustard CA, Smith PM. Association between psychosocial work conditions and latent alcohol consumption trajectories among men and women over a 16-year period in a national Canadian sample. J Epidemiol Community Health. 2018 Feb;72(2):113-120. doi: 10.1136/jech-2017-209691. Epub 2017 Nov 28. PMID: 29183955.
140) Airagnes G, Lemogne C, Kab S, Hoertel N, Goldberg M, Wahrendorf M, Siegrist J, Roquelaure Y, Limosin F, Zins M. Effort-reward imbalance and long-term benzodiazepine use: longitudinal findings from the CONSTANCES cohort. J Epidemiol Community Health. 2019 Nov;73(11):993-1001. doi: 10.1136/jech-2019-212703. Epub 2019 Aug 12. PMID: 31406014.
141) Airagnes G., Stress au travail et usage chronique de benzodiazépines, Résultats prospectifs issus de la cohorte CONSTANCES, Med Sci (Paris) 2020 ; 36 : 216-218
142) Almroth M, Hemmingsson T, Sörberg Wallin A, Kjellberg K, Falkstedt D. Psychosocial workplace factors and alcohol-related morbidity: a prospective study of 3 million Swedish workers. Eur J Public Health. 2022 Jun 1;32(3):366-371.
143) Enquête IPSOS « Evolutions des conditions de travail et consommation de substances psychoactives en période d'épidémie » DONNEES CLES consommation-de-spa-et_conditions-de_travail_mildeca_octobre2020_presentation
144) Rospenda KM, Richman JA, McGinley M, Moilanen KL, Lin T, Johnson TP, Cloninger L, Shannon CA, Hopkins T.

Effects of chronic workplace harassment on mental health and alcohol misuse: a long-term follow-up. BMC Public Health. 2023 Jul 26;23(1):1430
145) Rypicz Ł, Gawłowski P, Witczak I, Humeńczuk-Skrzypek A, Salehi HP, Kołcz A. Psychosocial ergonomics of the workplace of medical staff during the COVID-19 pandemic in three risk's dimensions: working hours, violence and the use of psychoactive drugs-a prospective pilot study. Front Public Health. 2023 Jul 4.
146) Irizar P, Puddephatt JA, Gage SH, Fallon V, Goodwin L. The prevalence of hazardous and harmful alcohol use across trauma-exposed occupations: A meta-analysis and meta-regression. Drug Alcohol Depend. 2021 Sep 1;226:108858.
147) American Academy of Nursing Expert Panel Consensus Statement on leveraging equity in policy to improve recognition and treatment of mental health, substance use disorders, and nurse suicide, Nursing Outlook, Volume 71, Issue 3, 2023,
148) Airagnes G, Fisk D, Haddad RE, le Faou AL, Limosin F. Burnout Mediates the Association Between Workaholism and Substance Use: Findings from a French National Company. J Prev (2022). 2024 Jun;45(3):451-466. doi: 10.1007/s10935-024-00770-6. Epub 2024 Feb 24. PMID: 38400994.
149) Pebley K, Pilehvari A, Krukowski RA, Morris JD, Little MA. Motives of Tobacco Use Among Young Adults in the United States Air Force. Am J Health Promot. 2023 Jul;37(6):778-785. doi: 10.1177/08901171231156527. Epub 2023 Feb 7.
Aviateurs de l'armée de l'aire n :3243
150) Tao R, Hsu M, Min K, Mo D, Geng F, Xia L, Liu T, Liu Y, Jiang F, Liu H, Tang YL. Alcohol misuse, health-related behaviors, and burnout among clinical therapists in China during the early Covid-19 pandemic: A Nationwide survey. Front Public Health. 2023 Apr 6;11:1084259.
151) Thern E, Elling DL, Badarin K, Hernando Rodríguez JC, Bodin T. Precarious employment in young adulthood and later alcohol-related morbidity: a register-based cohort study. Occup Environ Med. 2024 Apr 28;81(4):201-208. doi: 10.1136/oemed-2023-109315. PMID: 38627100.
152) Thørrisen MM, Skogen JC, Bonsaksen T, Skarpaas LS, Aas RW. Are workplace factors associated with employee alcohol use? The WIRUS cross-sectional study. BMJ Open. 2022 Oct 13;12(10)
153) Sliedrecht W. et al. Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review, Psychiatry Research, Volume 278, 2019,
154) Nielsen MB, Gjerstad J, Frone M. Alcohol use among Norwegian workers: associations with health and well-being. Occup Med (Lond). 2018 Mar 27;68(2):96-98. doi: 10.1093/occmed/kqy014. PMID:
155) Baek SU, Yoon JH, Won JU. Investigating the potential association of temporary employment and job dissatisfaction with alcohol use disorder and depressive symptoms: a 13-wave longitudinal analysis. BJPsych Open. 2023 Apr 12;9(3):e63. doi: 10.1192/bjo.2023.40. PMID: 37041110; PMCID: PMC10134250.
156) INRS. Le télétravail : quels risques ? Quelles pistes de prévention ? Brochure ED 6384. 2020. Téléchargeable sur : https://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-6384/ed6384.pdf
157) Vacchiano A, Fernandez G, Schmutz R. What's going on with teleworking? a scoping review of its effects on well-being. PLoS ONE. 2024 ; 19 : e0305567. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305567
158) Laurent L. Défis pandémiques et post-pandémiques liés au télétravail. Hygiène et sécurité du travail. 2022 ; 266 : 81-84
159) HAS, SFMT. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs – Recommandation de bonne pratique. 2019. Téléchargeable sur : https://has-sante.fr/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs
160) Nielsen MB, Christensen JO, Knardhal S. Working at home and alcohol use. Addictive Behaviors Reports. 2021 ; 14 : 100377
161) Nargis N, Ma QL, Griffin L et al. Association of teleworking and smoking behavior of U.S. wage and salary workers. J Occup Health. 2021 ; 63 : e12283
162) Watanabe C, Konno Y, Hino A et al. Relationship between alcohol consumption and telecommuting preference-practice mismatch during the COVID-19 pandemic. J Occup Health. 2022 ; 64 : e12331
163) Evolution des conditions de travail et des consommations de substances psychoactives en période d'épidémie de Covid-19. Références en santé au travail. 2020 ; 164 : 5-6
164) Anses. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à « l'état des connaissances sur l'influence du travail à distance sur la santé des travailleurs ». 2024. Téléchargeable sur : https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2021SA0091.pdf
165) HAS Dossier médical en santé au travail, renseigner les habitus à chaque visite, 2009
166) HAS. Recommander les bonnes pratiques. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool, repérer tous les usages et accompagner chaque personne, 20 juillet 2023
167) HAS. Recommandation de bonne pratique. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève alcool, tabac, cannabis chez l'adulte, MAJ 2021;
168) HAS. Recommandation de bonne pratique. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs, 15 février 2019
169) Morse AK, Askovic M, Sercombe J, Dean K, Fisher A, Marel C, Chatterton ML, Kay-Lambkin F, Barrett E, Sunderland M, Harvey L, Peach N, Teesson M, Mills KL. A systematic review of the efficacy, effectiveness and cost-effectiveness of workplace-based interventions for the prevention and treatment of problematic substance use. Front Public Health. 2022 Nov 7;10:1051119.
170) Fellbaum L, Mojzisch A, Bielefeld L, Benit N, Soellner R. The effectiveness of workplace interventions for the prevention of alcohol use: A meta-analysis. Addiction. 2023 Nov;118(11):2043-2061
171) Marques C., Quatremère G., Andler R., Nguyen-Thanh V. Pourquoi les Français consomment-ils de l'alcool ? La Santé en action, 2020, n°. 452, p. 41
172) Touzani R. et al, Baromètre Cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer, 2023
173) GUIDE RESPADD. Premiers gestes en alcoologie, 28 août 2023
174) Haber PS et al, New Australian guidelines for the treatment of alcohol problems: an overview of recommendations. Med J Aust. 2021 Oct 4;215 Suppl 7:S3-S32.
175) RESPADD, repérer la consommation de tabac et adapter son intervention, guide de l'intervenant, 2020
176) Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand MC, Blanchoz JM, Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature [Interventions for smoking cessation among low socioeconomic status smokers: a literature review]. Sante Publique. 2018 Jan-Feb;30(1):45-60. French. doi: 10.3917/spub.181.0045. PMID: 29589689.
177) Verdejo-Garcia A, Lorenzetti V, Manning V, Piercy H, Bruno R, Hester R, et al. A roadmap for integrating neuroscience into addiction treatment: a consensus of the Neuroscience Interest Group of the International Society of Addiction Medicine. Front Psychiatry. 2019;10:877.
178) Nardo T, Batchelor J, Berry J, Francis H, Jafar D, Borchard T. Cognitive remediation as an adjunct treatment for substance use disorders: a systematic review. Neuropsychol Rev. 2022;32(1):161–191
179) Cabé N, Laniepce A, Ritz L, Lannuzel C, Boudehent C, Vabret F, et al. Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge. L'Encéphale. 2016;42(1):74–81.
180) Rolland B, D'Hondt F, Montègue S, Brion M, Peyron E, D'Aviau de Ternay J, et al. A patient-tailored evidence-based approach for developing early neuropsychological training

programs in addiction settings. Neuropsychol Rev. 2019;29(1):103–115
181) Conti AA, McLean L, Tolomeo S, Steele JD, Baldacchino A. Chronic tobacco smoking and neuropsychological impairments: a systematic review and meta- analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2019;96:143–154.
182) Schaer DA, Singh B, Steinberg MB, Delnevo CD. Tobacco Treatment Guideline Use and Predictors Among U.S. Physicians by Specialty. Am J Prev Med. 2021 Dec;61(6):882-889. doi: 10.1016/j.amepre.2021.05.014. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34364726; PMCID: PMC8608714
183) Affret A, Luc A,Baumann C, et al.Effectiveness of the e-TabacInfo Service application
for smoking cessation:a pragmatic randomisedcontrolled trial. BMJ Open2020;10
184) Thørrisen MM, Skogen JC, Kjeken I, Jensen I, Aas RW. Current practices and perceived implementation barriers for working with alcohol prevention in occupational health services: the WIRUS OHS study. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2019 Jun 26;14(1):30.
185) Manthey J, Kokole D, Riedel-Heller S, Rowlands G, Schäfer I, Schomerus G, Soellner R, Kilian C. Improving alcohol health literacy and reducing alcohol consumption: recommendations for Germany. Addict Sci Clin Pract. 2023 May 9;18(1):28.
186) Thørrisen MM, Sadeghi T, Bonsaksen T, Graham ID, Aas RW. Working with alcohol prevention in occupational health services: "knowing how" is more important than "knowing that" - the WIRUS OHS study. Addict Sci Clin Pract. 2022 Oct 1;17(1):54.
187) Reynaud M, Karila L, Benyamina A et al. Traité d'addictologie. 2ème édition. Paris : Lavoisier ; 2016
188) Guignard R, Nguyen-Thanh V, Andler R et al. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010
189) Bureau international du travail. Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail. Recueil de directives pratiques. 1996. Téléchargeable sur : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---
safework/documents/normativeinstrument/wcms_112633.pdf
190) EUDA. Lieux de travail et drogues: réponses sanitaires et sociales. Guide. 2022. Téléchargeable sur : https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/14415_fr.pdf?598067
191) INRS. Pratiques addictives en milieu de travail : comprendre et prévenir. Brochure ED 6505. 2023, téléchargeable sur : www.inrs.fr
192) Plateforme RSE – France Stratégie. Engagement des entreprises pour la prévention des pratiques addictives (alcool, tabac et stupéfiants). 2019. Téléchargeable sur : https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-rapport-rse-avis-conduites-addictives-janvier-2019_bat.pdf
193) SFA, SFMT. Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel – Recommandations pour la pratique clinique. 2013. Téléchargeable sur : https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/AA2013-1_RPCtextecourt.pdf
194) Académie nationale de médecine. Addictions en milieu professionnel – Rapport 17-06. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2017 ; 201 : 941-955
195) Misra U, Gilvarry E, Marshall J et al. Substance use disorder in the anaesthetist: Guidelines from the Association of Anaesthesists: Guidelines from the Association of Anaesthetists. Anaesthesia. 2022 ; 77 : 691-699
196) Strobbe S, Crowley M. Substance use among nurses and nursing students : a joint position statement of the Emergency Nurses Association and the International Nurses Society on Addictions. J Addict Nurs. 2017 ; 28 : 104-106
197) Akanbi MO, Iroz CB, O'Dwyer LC et al. A systematic review of the effectiveness of employer-led interventions for drug misuse. Journal of Occupational Health. 2020 ; 62 : e12133
198) Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 ; 2 : CD003440
199) Le Denmat V, Dewitte JD. Tabac et travail. Revue des Maladies Respiratoires. 2019 ; 36 : 1117 - 1128
200) InCa, SPF. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. 2017. Téléchargeable sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/8230/file/avis-alcool-040517.pdf
201) Collège national des universitaires de psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et d'addictologie. 2021. Tours : Presses universitaires François Rabelais. 456 p. Téléchargeable sur : https://www.cunea.fr/sites/default/files/ref_psy_add_def_2021.pdf
202) Collège des enseignants en neurologie. Référentiel de neurologie. 6ème édition. 2022. 736 pages. Chapitre : Confusion, troubles cognitifs et démence. Téléchargeable sur :
203) Borges G, Bagge C, Cherpitel CJ et al. A meta-analysis of acute alcohol use and the risk of suicide attempt. Psychological Medicine. 2017 ; 47 : 949–957
204) SRLF, SFMU. Prise en charge des intoxications médicamenteuses et par drogues récréatives – Recommandations formalisées d'experts. 2020. Téléchargeable sur : https://www.sfmu.org/upload/consensus/RFE_Toxico_sfmu.pdf
205) American Association of Occupational Health Nurses, American College of Occupational and Environmental Medicine. Marijuana in the workplace : guidance for occupational health professionals and employers. Journal of occupational and environmental medicine. 2015 ; 57 : 459-475
206) CCNE. Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection. Avis n° 114. 2011. Téléchargeable sur https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-114-usage-de-lalcool-des-drogues-et-toxicomanie-en-milieu-de-travail-enjeux
207) American College of Occupational and Environmental Medicine. Practice guidelines : opioids and safety-sensitive work. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2014 ; 56 : e46-53
208) Martin M, Alvarez JC. Ethanolémie positive sans consommation d'alcool chez le sujet vivant : le syndrome d'auto-brasserie. Conséquences cliniques et médico-judiciaires. Toxicologie Analytique & Clinique. 2020 ; 32 : 194—199
209) Patel P, Patel D, Gutlapalli SD et al. The Associations of Auto-Brewery Syndrome and Diabetes Mellitus: A Literature Review and Clinical Perspective. Cureus. 2023 ; 15 : e41924
210) Simic M, Adjukovic N, Veselinovic I et al. Endogenous ethanol production in patients with diabetes mellitus as a medicolegal problem. Forensic Science International. 2012 ; 216 : 97-100
211) Martinez M, Néfau T, Cadet-Taïrou A. Nouveaux produits de synthèse : dix ans de recul sur la situation française. Tendances. OFDT. 2018 ; 127, 8 p. Téléchargeable sur : https://www.ofdt.fr/publication/2018/nouveaux-produits-de-synthese-dix-ans-de-recul-sur-la-situation-francaise-735
212) Richeval C, Dumestre-Toulet V, Wiart JF et al. New psychoactive substances in oral fluid of drivers around a music festival in south-west France in 2017. Forensic Science International. 2019 ; 297 : 265-269
213) Bévalot F, Dumestre-Toulet V, Richeval C et al. Dépistage et confirmation salivaire d'usage de stupéfiant : stupéfiant avec ou sans s ? Toxicologie Analytique et Clinique. Volume 30, Issue 2, Supplement, June 2018, Pages S19-S20
214) Musshoff F, Hokamp EG, Bott U et al. Performance evaluation of on-site oral fluid drug screening devices in normal police procedure in Germany. Forensic Science International. 2014 ; 238 : 120-4
215) Liut J, Bott U, Madea B et al. Evaluation of RapidSTAT®, DrugWipe®6S, DrugScreen®5TK and DrugScreen®7TR for

on-site drug testing in German police roadside traffic patrol. Drug testing and analysis. 2022 ; 14 : 1407-1416
216) Reichardt EM, Baldwin B, Osselton MD. Effects of oral fluid contamination on two oral fluid testing systems. Journal of analytical toxicology. 2013 ; 37 : 246-9
217) Concheiro M, Newmeyer MN, da Costa JL et al. Morphine and codeine in oral fluid after controlled poppy seed administration. Drug testing and analysis. 2015 ; 7 : 586-91
218) Wenneberg E, Windle SB, Filion KB et al. Roadside screening tests for cannabis use : a systematic review. Heliyon. 2023 ; e14630
219) Herrera-Gomez F, Garcia-Mingo M, Colas M et al. Opioids in oral fluid of Spanish drivers. Drug and alcohol dependance. 2018 ; 187 : 35-39
220) Pidd K, Roche AM. How effective is drug testing as a workplace safety strategy? A systematic review of the evidence. Accident analysis and prevention. 2014 ; 71 : 154-65
221) Els C, Jackson TD, Milen MT et al. Random drug and alcohol testing for preventing injury in workers. Cochrane Database Syst Rev. 2020 ; 12 :CD012921
221) Volkow ND, Han B, Einstein EB, Compton WM. Prevalence of substance use disorders by time since first substance use among young people in the US. JAMA Pediatr. 2021;175:640–643
222) Marzan MB, Callinan S, Livingston M, Jiang H. Dose-response relationship between alcohol consumption and workplace absenteeism in Australia. Drug Alcohol Rev. 2023 Nov;42(7):1773-1784.
223) Leclerc A., Zins M., Bugel I,. Chastang J.F. et coll. Consommation de boissons alcoolisées et situation professionnelle dans la Cohorte GAZEL (EDF-GDF), Archives des maladies professionnelles, vol. 55, no 7, 1994, pp. 509-517,
224) Hoch E, Volkow ND, Friemel CM, Lorenzetti V, Freeman TP, Hall W. Cannabis, cannabinoids and health: a review of evidence on risks and medical benefits. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2024 Sep 19.
225) Wood E. et al. pour le comité de rédaction de la Ligne directrice sur le trouble d'utilisation de l'alcool. Ligne directrice canadienne pour la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et du trouble d'utilisation de l'alcool. CMAJ. 2024 Mar 10
226) Airagnes G, Lemogne C, Goldberg M, Hoertel N, Roquelaure Y, Limosin F, Zins M. Job exposure to the public in relation with alcohol, tobacco and cannabis use: Findings from the CONSTANCES cohort study. PLoS One. 2018 May 1;13(5)
227) Nader DA, Sanchez ZM. Effects of regular cannabis use on neurocognition, brain structure, and function: a systematic review of findings in adults. Am J Drug Alcohol Abuse. 2018;44(1):4-18
228) Ganz T.,, Braun M., Laging M.,,Schermelleh-Engel K., Michalak J., Heidenreich T.,Effects of a stand-alone web-based electronic screening and brief intervention targeting alcohol use in university students of legal drinking age: A randomized controlled trial,Addictive Behaviors,Volume 77,2018,Pages 81-88,
229) : Sisternas Tusell J., Obradovic I. (2024) Le cannabis au quotidien : profils, pratiques et parcours. Tendances, OFDT, n° 165, 8 p.
230) Cherki S. (2024) Le Point SINTES n° 10. Paris, OFDT, 20 p
231) Douchet M-A. (2024) La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2023. Note de bilan. Paris, OFDT, 10 p.
232) Bahadoor R, Alexandre JM, Fournet L, Gellé T, Serre F, Auriacombe M. Inventory and Analysis of Controlled Trials of Mobile Phone Applications Targeting Substance Use Disorders: A Systematic Review. Front Psychiatry. 2021 Feb 22;12:622394. doi: 10.3389/fpsyt.2021.622394. PMID: 33692708; PMCID: PMC7937918
233) Guignard R, Devaux M, Nguyen-Thanh V et al. évaluation sanitaire et économique de Mois sans tabac : un retour sur investissement positif. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(22):492-8.
234) Institut national de santé publique Québec, Direction de la santé environnementale et de la toxicologie. Effets sur la santé associés à l'exposition à la fumée secondaire de cannabis dans les milieux intérieurs, juin 2021
235) Haute Autorité de Santé, Accompagner dès le premier recours pour diminuer le risque alcool des femmes, Outil d'amélioration des pratiques professionnelles - Mis en ligne le 26 févr. 2025, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3592850/fr/accompagner-des-le-premier-recours-pour-diminuer-le-risque-alcool-des-femmes
236) Day E, Pechey LC, Roscoe S, Kelly JF. Recovery support services as part of the continuum of care for alcohol or drug use disorders. Addiction. 2025 Jan 28. doi: 10.1111/add.16751. Epub ahead of print. PMID: 39873444
237) OFDT, Tendances, drogues et addictions chiffres clés 2025

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Organismes professionnels et associations sollicités :

Société Française d'Alcoologie (SFA)

Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)

Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DRIEETS)

Institut de travail du nord de la France (ISTNF)

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)

Service de santé au travail (ASTIL) SPST

Organisme représentatif des Services de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises de France (Presanse)

Association Lorraine de santé en milieu du travail (ALSMT)

Association ligérienne d'addictologie (ALIA)

Association Addictions France (AAF)

Centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Santé publique France (SPF)

Fédération nationale des Amis de la santé (FNAS)

Groupe de travail

M. Jean-François Agulhon, directeur des affaires médicales, Paris

Dr.Guillaume Airagnes, psychiatre addictologue, Paris

Mme Agnès Arthus Bertrand, usager du système de santé

Mme Marie Boisserolles, juriste, Paris

Mme Céline CZUBA, juriste et formatrice en droit social, Saint-Nazaire

Dr Corinne Dano, médecin addictologue et médecin du travail, Angers

Dr Gérald Demortière, médecin inspecteur du travail, Aubervilliers

M.Paul Depezeville, responsable de projets, Loos

Mme.Karine Desgages, conseillère en ressources humaines, Angers

Dr Damien Duquesne, médecin du travail et addictologue, Lille

M. Samy Fettah, psychologue du travail, Québec- Canada

Dr Benoit Fleury, médecin addictologue, Bordeaux

Dr Philippe Hache, conseiller médical en santé au travail, Paris

Dr Eric Hispard, médecin addictologue, Paris

M. Patrick Issartelle, responsable des grands projets, Lyon

Dr Marion Legeay, pharmacienne toxicologue, Angers

Mme Françoise Lehucher, infirmière en santé au travail, Aix-en-Provence

Dr Corinne Letheux, médecin conseil, Paris

Dr Patricia Maladry, médecin du travail, Paris

Dr Hervé Martini, médecin du travail et addictologue, Nancy

Dr Emmanuel Pichon, médecin généraliste et addictologue, Angers

Dr Cécile Prévost, médecin addictologue, Villejuif

Mme Guillemette Quatremère, chargée d'études et de recherche, Paris

M. Jean-Claude Tomczak, usager du système de santé

Mme Coralie Lecoeuvre, infirmière en santé au travail, Rang du Flyers

Groupe de lecture

Mme Camille Anton, directrice des ressources humaines, Angers

Mme Laure Astruc, psychologue du travail, Nîmes

M. François Auriol, responsable de formation, Albi

Dr Cyril Begue, médecin généraliste, Morannes sur Sarthe-Daumeray

Dr Thierry Bonjour, médecin du travail, Montpellier

Mme Isabelle Bonneau, psychologue du travail, Angers

Mme Clémence Bouille, infirmière de santé au travail, Angers

Dr Brigitte Bouju, médecin conseil, Angers

Dr Philippe Castera, médecin généraliste retraité, Bordeaux

M. Fabien Chevillard, directeur des ressources humaines, Laval

M. Cyril Colson, contrôleur de sécurité, Dijon

Mme Amélie Coupet-Crignon, infirmière de santé au travail, La Défense

Pr Alexis D'Escatha, médecin du travail, Angers

Dr Jacques Darmon, médecin du travail retraité, Paris

M. Nicolas Defolie, conseiller en prévention des risques professionnels, Angers

Dr Myriam Dehmas, médecin du travail, Toulouse

Mme Véronique Demortière, intervenante en prévention des risques professionnels, Paris

M. François Depoortere, directeur opérationnel, Lille

Mme Sylvie Dewitte, infirmière de santé au travail, Dunkerque

Dr Marie Dubiez, médecin du travail, Besançon

Dr Véronique Dumestre-Toulet, pharmacien toxicologue, Bordeaux

Pr Quentin Durand-Moreau, médecin du travail, Alberta - Canada

Pr Sophie Fantoni-Quinton, médecin du travail, Lille

Dr Anne Garat, pharmacien toxicologue, Lille

Mme Charlotte Gauchet, infirmière de santé au travail, Nice

Dr Arnaud Gaudin, médecin du travail, Angers

Dr Stéphanie Geiger, médecin généraliste, Paris

Dr Claudine Gillet, médecin du travail retraitée, Nancy

Dr Séverine Guitton-Goubaud, médecin du travail, Angers

Dr Patrice Heurtaut, médecin du travail retraité, Bobigny

Dr Omar Ichou, médecin inspecteur du travail, Aubervilliers

Dr Rodolphe Jouin, médecin du travail, Lille

Dr Shérazade Kinouani, médecin généraliste, épidémiologiste, Bordeaux

Dr Véronique Kunz, médecin du travail, Aix-en-Provence

Dr Sandra Lagadec, médecin du travail, Ancenis

Mme Mélina Le Bardier, directrice adjointe, Paris

M. Jacques Leïchle, délégué syndical, Paris

Mme Anne-Sophie Loicq, avocate, Paris

Mme Myriam Lortal, chargée de mission, Paris

Mme Mélodie Marcilloux, infirmière de santé au travail, Bayonne

Mme Catherine Mazodier, directrice des ressources humaines, Castanet-Tolosan

Dr Sophie Mechali, médecin du travail, Montpellier

Mme Marie-Hélène Michel, inspecteur du travail, Paris

Dr Eric Millot, sapeur-pompier, Melun

Mme Mathilde Nevoux, avocate, Lyon

Mme Viet Nguyen-Thanh, responsable d'unité, Paris

Mr Thomas Nivelet, intervenant en prévention des risques professionnels, Massy

Pr Jean-Claude Pairon, médecin du travail, Créteil

Mme Virginie Perinetti, avocate, Paris

Pr Audrey Petit, médecin du travail, Angers

Dr Ludivine Plourdeau, médecin du travail, Angers

Mme Amélie Pourchel, juriste, Paris

Mme Nadine Rauch, infirmière de santé au travail, Paris

Dr Arnaud Robieux, médecin du travail, Plaisir

Mme Isabelle Save-Siejak, infirmière cadre de santé, Melun

Mme Marie Sene, médecin du travail, Angers

Dr Frédérique Serreau, médecin du travail, Quimper

Dr Bernard Siano, médecin du travail retraité, Paris

Dr Stéphane Triau, médecin du travail, Angers

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AAF	Association Addictions France (ex Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, ANPAA)
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
API	Alcoolisation ponctuelle importante (binge drinking)
AUDIT	Alcohol Use Disoerder Identification Test
AUDIT-C	AUDIT-Consumption
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVP	Accident de la voie publique
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BIT	Bureau international du travail
BPCO	Bronchopneumopathie obstructive
BZD	Benzodiazépine
CBD	Cannabidiol
CDA	Consommation déclarée d'alcool
CIM 11	Classification internationale des maladies, 11e révision
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM-5-TR	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition, texte révisé (Diagnostic and Statisticla manual of mental disorders, 5th Edition, Text Revision)
DMST	Dossier médical de santé au travail
DUERP	Document d'évaluation des risques professionnels
DGS	Direction générale de la Santé
EAP	Employee assistance programms
EFSA	Autorité européenne de sécurité des aliments
EUDA	European Drugs agency
FACE	Fast Alcohol Consumption Evaluation
FA	Fédération Addiction
FFA	Fédération française d'addictologie
GT	Groupe de travail
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de santé publique

IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IDEST	IDE de santé au travail
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (devenu Santé publique France)
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MEOPA	Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote
MG	Médecin généraliste / médecine générale
MPH	Méthylphénidate
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
OFDT	Observatoire français des drogues et des conduites addictives
OMS	Organisation mondiale de la santé
RBP	Recommandation de bonne pratique
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RESPADD	Réseau des établissements de santé poour la prévention des addictions
RPS	Risques psychosociaux
RQTH	Reconnaissance Travailleur Handicapé
RSE	Responsabilité sociétale des entreprises
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
SPA	Substance psychoactive
SFA	Société française d'alcoologie
SFST	Société française de santé au travail
SFT	Société française de tabacologie
SPF	Santé publique France
SPST	Service de prévention et de santé au travail
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
THC	Tétrahydrocannabidiol
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TU	Trouble de l'usage
TUA	Trouble de l'usage d'alcool
TUS	Trouble de l'usage de substances psychoactives
VLEP	Valeur limite d'exposition professionnelle
VS	Verre standard
WIRUS	Workplace Interventions Ensure Risky Alcohol Use and Sick Leave

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – juin 2025 – ISBN : 978-2-11-179566-2