

**Les médicaments psychotropes :
quel compromis
entre addictologues et médecins du travail ?**

Claudine GILLET

Hôpital Villemin-CHU, 47 rue de Nabécor , 54035 NANCY

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES (TSO)

Politique de réduction des risques

AMM pour la méthadone (1995) et la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) (1996)

Consommation en France

Assurance maladie (2008)	BHD :	99 043
	Méthadone :	25 517

Un des objectifs des traitements de substitution :

CONTRIBUER A L'INSERTION SOCIALE

Amélioration sociale et professionnelle (meilleure situation sociale pour ½ pt)
(conférence de consensus, 2004)

Augmentation

- de l'insertion professionnelle
- de l'activité professionnelle permanente
- de l'activité rémunérée
- de l'activité déclarée

TSO et travail

- **Compatibilité de certains postes avec les TSO ?**
- **Poste de sureté/sécurité (PSS) : multiplicité des postes, mal définis**

Poste à risque pour le salarié lui-même, les autres ou l'entreprise
Risque physique, chimique, biologique ou matériel

Textes et classifications

- Transport terrestre : Arrêté du 21 décembre 2005 : Avis de la commission nécessaire pour le patient sous TSO
- Transport ferroviaire : Arrêté du 30 juillet 2003
- Transport aérien : Arrêtés du 5 juillet 1984 et du 27 juillet 2005
- Centre d'Etudes et de Recherche en Médecine du Trafic (TSO : Classe III)
- AFFSAPS (TSO : classe 2)



AFSSAPS

Règles applicables pour toute conduite
et toute action nécessitant vigilance et précision



TSO et troubles des fonctions cognitives et exécutives

Revue de la littérature : troubles légers lors de la phase d'initiation de la méthadone
Zacny, 1996.

Méthadone / groupe contrôle : Altération importante mais nécessité de prendre en compte la durée du TSO et la prise d'autres SPA *Mintzer et Stitzer, 2002.*

Méthadone / Groupe sans opiacés : Diminution des performances sous méthadone surtout en début de traitement *Verdejo et al, 2005.*

BHD - Naloxone : Anomalies minimales (mémoire rétrograde pour fortes doses) *Mintzer et al, 2004.*

Méthadone/BHD-Naloxone : en début de traitement recours à la BHD-naloxone préférable pour préserver les fonctions cognitives au moins lors d'abus récent de BHD ou de co-consommation de BZD *Rapeli et al, 2007*

Altération surtout pour la méthadone en début de traitement

Absence a priori de troubles de la vigilance après traitement prolongé à dose stable

TSO et capacité de conduite

Problème de la gradation des risques

- Peu d'études
- Effets doses
- Susceptibilité individuelle
- Pas d'évaluation standardisée du risque de la conduite automobile

Tests neuropsychologiques ou conduite simulée

- Altération de la conduite lors de l'instauration du traitement par TSO
- Altération lors de consommations associées avec d'autres SPA
- **Capacité conservée lors de traitement stable sans SPA associées**

TSO et AVP

- Pas d'études sur les accidents du travail et sur les AVP dans le cadre du travail
- Etude SAM, OFDT, 2005 : 10 748 conducteurs impliqués dans un AVP avec décès immédiat

Conducteurs	Responsables	Non responsables
Alcool > 0,5g/l	29,80%	2,70%
Cannabis	8,80%	2,80%
Amphétamines	0,60%	0,20%
Cocaïne	0,30%	0,10%
Opiacés	NS	NS

- Substances les plus incriminées : alcool et cannabis.
- TSO impliqués le plus souvent lors de SPA associées

Aptitude professionnelle à un PSS d'un salarié sous TSO

1. Un patient sous TSO

- depuis plusieurs semaines ou mois,
- à posologie stable,
- sans autres SPA associées,

devrait pouvoir occuper un PSS

2. Patient inscrit dans un processus de soins, régulièrement suivi

3. Preuves du suivi fournies par le salarié (médecin référent, pharmacien, ordonnance)

4. Si conditions ci-dessus respectées :

- le fractionnement des prises
- la dose prescrite

ne devraient pas être des arguments décisionnels

5. Dépistage Urinaire de SPA

Confirmation BHD ou méthadone

Absence d'autres SPA (PI, BZD, zolpidem, zopiclone, alcool...)

6. Examen clinique

Absence de signes de mésusage

Compatibilité de l'aptitude / poste envisagé

Comorbidités éventuelles à prendre en compte

7. Information du salarié sur les risques d'associations du TSO avec d'autres SPA

Aptitude pour 12 mois maximum avec contrôles aléatoires et/ou programmés

Consommation en France de médicaments psychotropes

Médicaments psychotropes non opiacés (Anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs)

OFDT (mise à jour juin 2009)

8.9 millions consommateurs occasionnels

(12-75 ans)

3.8 millions consommateurs réguliers (>1 fois /sem ou 10 fois /an pour les ados)

Remboursement d'au moins un psychotrope

CNAMTS (2000) :

25 % de la population du RG

- Anxiolytiques (BZD) : 17.4 % (52 millions de boîtes)
- Antidépresseurs : 9.7%
- Hypnotiques : 8.8% (32millions de boîtes)
- Neuroleptiques : 2.7 %

Coût

Rapport Briot (2006)

« Troubles mentaux »

4ème poste / dépenses liées aux médicaments (5,5 % du total)

Médicaments psychotropes (nbre d'unités prescrites)

2ème rang derrière les antalgiques

LES BENZODIAZEPINES

ANXIOLYTIQUES

→ La plupart des anxiolytiques (n=13) : **Niveau 2**



BZD (Formes injectables ou doses élevées)

Comportements à risque possibles (effets paradoxaux : désinhibition...)

→ **Niveau 3**



HYPNOTIQUES

(Sauf Calcibronat® et Sédatif Tiber®, niveau 1 et Phénergan®, niveau 2)

→ **Niveau 3**



Arrêté du 21 décembre 2005 / Permis de conduire

Incompatibilité en cas de consommation de médicaments susceptibles d'altérer la capacité de conduite ou le comportement des conducteurs, quand la nature du produit ou la quantité absorbée entraînent un risque pour la conduite.

Consommation régulière : avis d'un spécialiste demandé, tenant compte des autres éléments d'aptitude médicale.

Risques liés aux Benzodiazépines

Susceptibles de

- Diminuer les capacités à répondre à des **situations d'urgence**
- Augmenter les **temps de réaction** aux stimuli visuels et auditifs
- Altérer la **coordination et du contrôle des mouvements**
- Réduire la **capacité à suivre une cible mobile...**

Benzodiazépines et AVP

➤ Etudes contradictoires

➤ Etudes positives

- Risques d'AVP x 2 *Barbone F and coll, Lancet, 1998*

- Conducteurs responsables d'AVP non mortels vs témoins : 9,4%
vs 5,8% *Mura P and coll, Forensic Sci Int 2003*

➤ **Risque accru** si association à d'autres SPA (alcool, TSO...)

Prendre en compte :

- La baisse de la vigilance sous estimée par les patients
- Le degré d'inhibition et de désinhibition (SPA ou compensatrice)
- La possibilité d'amnésie antérograde
- L'action du produit mais également de ses métabolites
- L'effet résiduel possible
- L'interaction avec les autres SPA (médicaments, alcool, cannabis...)
- L'automédication
- Le mésusage

Lors de PSS, possibilité d'inaptitude provisoire ou d'aménagement de poste en début de traitement, le temps que les effets s'estompent ou que la pathologie soit soignée

Dépistage

- Pas de dépistage systématique (Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels)
- Possible pour les postes comportant de grandes exigences en matière de sécurité ou de maîtrise du comportement. Décision médicale (art R 241-52). **(TSO, BZD)**
- Respect du secret médical
- Information du salarié

Le prescripteur

- Informer le patient des risques
- Interroger le patient sur ses activités professionnelles
- En cas de PSS, inciter le patient à informer son médecin du travail de la prescription de médicaments psychotropes
- Prendre contact avec le médecin du travail avec l'accord du patient
 - courrier remis en main propre
 - appel téléphonique en présence du patient
- Privilégier BZD à doses modérées et à demi-vie courte
- Responsabilité en cas d'accident de travail si médecin du travail non informé ?

CONCLUSION (1)

- ❖ Peu d'études spécifiques médicaments psychotropes et travail
- ❖ Pas d'évaluation standardisée du risque notamment / conduite
- ❖ Difficultés à fixer des seuils de risques
- ❖ Susceptibilité individuelle
- ❖ Comorbidités à prendre en compte (infectieuses, psychiatriques...)

CONCLUSION (2)

- ❖ Nécessité d'un compromis entre le fait,
 - Pour le médecin du travail, de transgresser parfois certaines contraintes
 - Pour le thérapeute, d'accepter l'existence de contre-indications pour l'affectation à certains PSS, même si l'insertion est un objectif clé pour le patient
- ❖ Dépistage de mésusage médicamenteux = indicateur possible de repérage de conditions de travail favorisant ce comportement