

Antalgiques opioïdes et travail

AUTEURS :

P. Hache, E. Peris, département Études et assistance médicales, INRS

EN RÉSUMÉ

Les antalgiques opioïdes sont des médicaments agissant sur le système nerveux central. Cet article fait le point sur ce type de substance psychoactive, à travers une revue de la littérature. Il propose également des actions à mener en matière de prévention.

MOTS CLÉS

Addiction / Substance psychoactive / Toxicomanie / Trouble musculo-squelettique / TMS / Risque psychosocial / RPS / Lombalgie / Mal de dos / Pathologie articulaire

ANTALGIQUES OPIOÏDES

DÉFINITIONS

Les opiacés sont des substances dérivées de l'opium, lui-même issu du latex de la plante *Papaverum somniferum* (pavot à opium) [1]. Certains opiacés sont des alcaloïdes naturels de l'opium, dont la morphine, la codéine et la thébaïne. D'autres nécessitent une hémisynthèse à partir des substances naturellement présentes dans le latex : héroïne, hydromorphone, oxycodone...

Les opioïdes, quant à eux, sont des produits de synthèse. Ils regroupent, entre autres, le fentanyl, le tramadol, la buprénorphine et la méthadone. De manière classique, le terme « antalgiques opioïdes » regroupe les opiacés et les opioïdes, quel que soit leur mode d'obtention.

MODE D'ACTION

Les antalgiques opioïdes se fixent principalement sur 3 récepteurs opioïdes du système nerveux central : μ , κ et δ . De manière simplifiée, les récepteurs μ interviennent dans l'analgésie centrale, l'euphorie et la dépression respiratoire ; les récepteurs κ ont un rôle dans l'analgésie spinale et la sédation ; enfin, les récepteurs δ interviennent dans l'analgésie spinale, les modifica-

tions du comportement et les effets cardiovasculaires [2]. Les récepteurs κ et δ font toujours l'objet d'études, en particulier pour comprendre leurs rôles dans les douleurs aiguës et les douleurs chroniques.

Les opioïdes sont subdivisés en deux catégories : faibles et forts, en raison de leurs puissances d'action ([tableau I page suivante](#)). Ils appartiennent respectivement aux paliers II et III de la classification des antalgiques selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Il est possible de comparer un antalgique opioïde par rapport à la morphine en matière d'équianalgésie. À titre d'exemple, 50 mg de tramadol oral ont la même efficacité antalgique que 10 mg de morphine orale [3]. Ceci correspond à un coefficient de conversion égal à 1/5. Des exemples d'équivalence sont donnés dans le [tableau I](#).

La sensibilité à la douleur et la réponse aux antalgiques peuvent varier d'une personne à l'autre. Ceci est dû à l'existence d'un polymorphisme génétique qui concerne, entre autres, le métabolisme des opiacés (exemple : cytochrome P450) et le récepteur μ aux opiacés [4].

Les posologies des antalgiques opioïdes sont à adapter en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, ainsi que chez le sujet âgé.

► TABLEAU I : ANTALGIQUES OPIOÏDES LES PLUS VENDUS EN FRANCE

	Associations possibles	Fort/faible	Niveau de danger pour la conduite*	Coefficient de conversion avec la morphine orale
Tramadol	paracétamol dexkétoprofène	Faible	2	1/5
Codéine	paracétamol caféine ibuprofène	Faible	Codéine seule : 2	1/6
			En cas d'association	
Opium	colchicine paracétamol	Faible	2	1/10
Morphine		Fort	2	1
Oxycodone	naloxone	Fort	2	2
Fentanyl		Fort	Niveau 2 pour les formes transdermiques Niveau 3 pour les formes transmuqueuses et les dispositifs transdermiques iontophorétiques	≅ 100

* En référence à l'arrêté du 13 mars 2017 modifiant l'arrêté du 8 août 2008 pris pour l'application de l'article R. 5121-139 du Code de la santé publique et relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits

RÉGLEMENTATION

À l'exception du tramadol, les antalgiques opioïdes sont classés comme stupéfiants, conformément à l'arrêté du 22 février 1990 modifié fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.

Suivant le type de substance, les conditions de prescription ou de délivrance peuvent être limitées. À titre d'exemple, la durée maximale de prescription du tramadol est de 3 mois ; la durée maximale de prescription de la codéine est de 1 an, tandis que sa durée maximale de délivrance est de 28 jours.

DONNÉES EN POPULATION GÉNÉRALE

LES OPIOÏDES DANS LE MONDE

Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur, qu'elle soit d'origine cancéreuse ou non, le recours aux

antalgiques opioïdes est devenu plus fréquent à partir des années 1980. La consommation mondiale de ce type d'antalgique a ainsi augmenté de 618 % entre le début des années 1990 et le début des années 2010 [5].

Aux États-Unis, entre 1999 et 2018, 450 000 personnes sont décédées suite à une overdose liée aux opioïdes. Les données épidémiologiques montrent que cette crise sanitaire a évolué en 3 vagues (figure 1). La première a débuté vers 1999 avec une augmentation massive de décès en lien avec une prescription d'opiacés naturels et de méthadone. La deuxième a vu une augmentation tout aussi importante, à partir de 2010, des décès liés à la prise d'héroïne. Enfin, entre 2013 et 2018, les États-Unis ont connu une importante augmentation des décès par overdose liés aux antalgiques opioïdes synthétiques, dont le tramadol et le fentanyl, qu'ils soient pres-

crits ou non [6]. Hormis la volonté de mieux prendre en charge les patients algiques, une des causes spécifiques à l'Amérique du Nord est la forte promotion des antalgiques opioïdes par les laboratoires pharmaceutiques [5].

NIVEAUX DE CONSOMMATION EN FRANCE

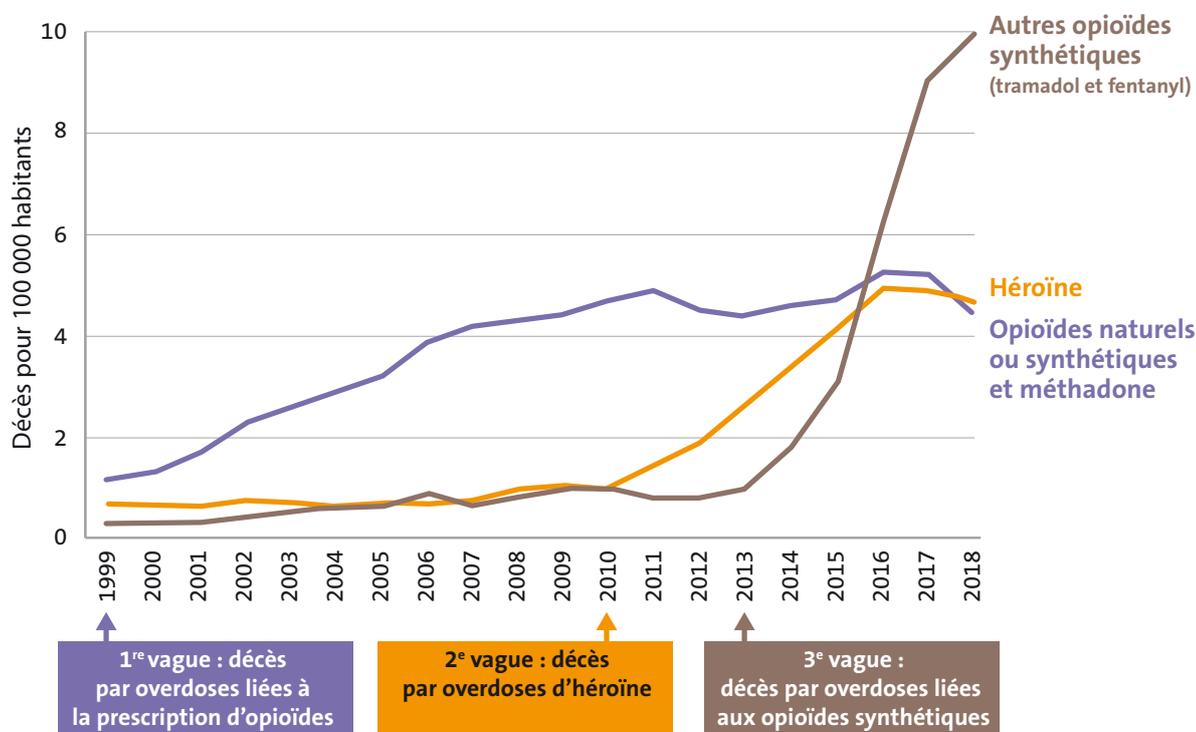
Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la France est le 4^e pays consommateur d'antalgiques opioïdes en Europe, après le Royaume-Uni, l'Allemagne et l'Espagne [7].

En 2017, les antalgiques opioïdes faibles et forts représentaient respectivement 20 % et 2 % des antalgiques consommés en France [7]. Près de 10 millions de français (17,1 %) ont bénéficié d'une prescription d'antalgiques opioïdes.

Les 3 premières substances les plus consommées sont, par ordre

Figure 1 : Évolution des décès par overdose aux États-Unis

(Source : <https://www.cdc.gov/drugoverdose/epidemic/index.html#three-waves>)



Source : National Vital Statistics System Mortality File

décroissant, le tramadol, la codéine en association (exemple avec du paracétamol) et la poudre d'opium associée au paracétamol. Viennent ensuite la morphine et l'oxycodone. La situation française est différente de celle des États-Unis. En effet, la prévalence de l'usage des antalgiques opioïdes a diminué de 11 % entre 2006 et 2015 [5]. Cette diminution a concerné principalement les antalgiques opioïdes de palier II de l'OMS (- 53 %), suite au retrait de l'autorisation de mise sur le marché du dextropropoxyphène en 2011. Néanmoins, l'usage des antalgiques opioïdes de palier III a augmenté de 37 % entre 2006 et 2015, au profit de l'oxycodone et du fentanyl (patch, dispositif transmuqueux buccal ou nasal). De plus, l'ANSM rapporte que le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'antalgiques opioïdes obtenus sur prescription médicale a augmenté de 15 à 40 hospitalisations pour un million d'habitants entre 2000 et 2017 [7].

Il est à noter que l'encadrement de l'usage des antalgiques opioïdes évolue régulièrement. En 2017, les médicaments contenant de la codéine, du dextrométhorphan, de l'éthylmorphine ou de la noscapine ont été inscrits sur la liste des médicaments disponibles uniquement sur ordonnance (*arrêté du 12 juillet 2017 portant modification des exonérations à la réglementation des substances vénéneuses*). Depuis le 15 avril 2020, la durée maximale de prescription des médicaments antalgiques contenant du tramadol (voie orale) est réduite de 12 mois à 3 mois, pour limiter leur mésusage, ainsi que les risques de dépendance.

INDICATIONS

Selon l'ANSM, les antalgiques opioïdes faibles sont indiqués dans les douleurs aiguës modérées à intenses soit après échec des antalgiques non opioïdes, soit si la douleur nécessite une prise en charge

par un opioïde [7]. Certains peuvent également être utilisés dans le traitement de douleurs chroniques. Les antalgiques opioïdes forts sont indiqués dans les douleurs plus intenses et préférentiellement après échec des antalgiques opioïdes faibles.

L'utilisation des opioïdes forts dans la douleur liée à un cancer est connue depuis longtemps. En 2016, la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) a publié des recommandations de bonne pratique pour l'utilisation des antalgiques opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse (DCNC) [8]. La recommandation numéro 1 indique : « Les opioïdes forts ont montré une efficacité modérée dans le soulagement des DCNC dans les étiologies suivantes (preuves modérées) :

- les douleurs arthrosiques des membres inférieurs ;
- les lombalgies chroniques réfractaires (discopathie dégénérative,

Antalgiques opioïdes et travail

spondylolisthésis, hernie discale ou canal lombaire étroit ;

● *les douleurs neuropathiques périphériques ou centrales* ».

L'introduction de ce type d'antalgique dans la douleur chronique non cancéreuse ne peut se faire qu'après (recommandation numéro 2) :

« **1.** *Un diagnostic précis de l'étiologie des douleurs chroniques.*

2. *Un échec des traitements médicamenteux recommandés en première intention donnés aux doses maximum efficaces tolérées.*

3. *Une prise en charge globale du patient comprenant au minimum une prise charge psychologique chez les patients présentant une comorbidité dépressive ou anxieuse, une prise en charge sociale, professionnelle et rééducative pour les douleurs arthrosiques et les lombalgies chroniques.*

4. *Une décision et des objectifs partagés avec le patient qui est informé des bénéfices attendus et des événements indésirables encourus devant s'intégrer dans un contrat de soin entre le médecin prescripteur et le patient ».*

En France, les motifs de prescription des opioïdes faibles sont une douleur aiguë (71,1 %), une douleur chronique (13,4 %), une douleur dorsale (8,1 %) ou une douleur liée à l'arthrose (2,6 %) [7]. Les motifs de prescription des opioïdes forts sont une douleur aiguë (50,1 %), une douleur chronique (42,9 %), une douleur dorsale (21,6 %) ou une douleur liée à l'arthrose (7 %). Au Canada, Osmun et al. ont mené une étude rétrospective portant sur des patients ayant pris de l'oxycodone au moins 3 mois pour des motifs ne relevant pas de soins palliatifs. Parmi les 103 usagers chroniques, 37,9 % souffrent de douleurs d'origine musculo-squelettique et 34 % souffrent du dos [9]. Aux États-Unis, Reid et al.

ont étudié les DCNC nécessitant une prescription d'antalgiques opioïdes (faibles ou forts) avec une durée supérieure à 6 mois. Les lombalgies représentent la première cause de prescription [10].

RISQUES

EFFETS INDÉSIRABLES

Les effets secondaires les plus fréquents des opioïdes comprennent la confusion, la somnolence, les hallucinations, les cauchemars, la bouche sèche, les nausées, les vomissements et la constipation. Le prurit, la transpiration, l'hypéralgésie induite par les opioïdes, la myoclonie et le délire sont moins fréquents [11].

La constipation est l'un des premiers effets secondaires rapportés, puisqu'elle peut toucher jusqu'à 94 % des patients atteints d'un cancer et 57 % des patients présentant une douleur d'origine non cancéreuse [12]. La fréquence de survenue est identique qu'il s'agisse d'antalgique opioïde faible ou fort.

Moulis et al. ont publié le bilan des données de pharmacovigilance française concernant le tramadol, de 2011 à 2015 [13]. Aux côtés des effets indésirables graves connus (neuropsychiatriques et gastro-intestinaux), les auteurs montrent que d'autres peuvent survenir : hypoglycémie, hyponatrémie, hépatite cholestatique et syndrome sérotoninergique.

MÉSUSAGE ET DÉPENDANCE

La prescription prolongée d'antalgiques opioïdes peut se traduire par l'apparition d'un mésusage de ce type de substance ou d'une dépendance. Ces problèmes addictifs pourraient concerner 1 à 4 % des patients [14] et peuvent coexister. Le mésusage définit un comporte-

ment d'utilisation inappropriée de l'antalgique opioïde par le patient [15]. Cela se traduit par des prises régulières de doses plus élevées que celles prescrites sur l'ordonnance.

La dépendance est marquée par un phénomène de tolérance aboutissant à une perte progressive d'effet antalgique ou la nécessité d'augmenter les doses pour conserver les mêmes effets. Un syndrome de sevrage peut survenir en cas d'arrêt ou de réduction trop rapide de la substance [15].

Le mésusage et la dépendance peuvent être responsables d'anxiété, de dépression, de troubles du sommeil, de troubles respiratoires nocturnes et de décès par overdose (*cf. infra* § « *Overdose* »). Paradoxalement, une majoration des douleurs peut également être observée en raison, entre autres, du phénomène de tolérance aux opioïdes.

Huit facteurs de risque de mésusages des antalgiques opioïdes ont été identifiés [8] :

- âge jeune,
- sexe masculin,
- maladie psychiatrique au moment de la prescription,
- problèmes légaux et comportementaux chez les hommes,
- antécédent de mésusage de substance,
- antécédent d'addiction à l'alcool,
- tabagisme actif,
- consommation de produits illicites,
- prescription d'opioïdes faibles supérieure à la posologie quotidienne indiquée, avant l'usage d'opioïdes forts.

Il est à noter que la dépendance à une substance psychoactive augmente par 7 le risque de devenir dépendant à un autre produit [16]. Aussi, il est recommandé de repérer l'ensemble des facteurs de risque de mésusage avant la pres-

cription d'un antalgique opioïde et d'informer le patient du risque d'apparition d'une dépendance. L'*Opioid Risk Tool* est un questionnaire de 5 questions qui permet le repérage de facteurs de vulnérabilité (**tableau II**). À travers ses recommandations sur l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte, la SFETD indique que « ... l'existence de facteurs de risque n'interdit pas la prescription, mais justifie une attention et un suivi renforcés » [8]. Enfin, la prise en charge des comorbidités est nécessaire.

OVERDOSE

La dépression du système nerveux central liée aux antalgiques opioïdes peut entraîner un arrêt respiratoire suivi d'un arrêt cardiaque hypoxique [17]. Le diagnostic de l'overdose repose sur l'association de troubles de la conscience, d'un myosis bilatéral et d'une bradypnée. Une hypotension artérielle

et une bradycardie peuvent également exister.

En France, l'enquête prospective « Décès toxiques par antalgiques », menée en 2017 par le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance - addictovigilance de Grenoble, a montré que les molécules les plus impliquées dans les décès par antalgiques opioïdes sont, par ordre décroissant, le tramadol, la morphine, la codéine et l'oxycodone [18].

En cas d'overdose, l'antidote à utiliser est la naloxone. Utilisée habituellement par voie intraveineuse, elle peut désormais être administrée par voie nasale par un proche de la victime. En France, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) a été délivrée pour le Nalscuc[®] 0,9 mg/0,1 ml, présenté sous forme de solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose. Ainsi, face à un adulte présentant une dépression respiratoire pouvant être liée à une surcharge en opioïdes,

il est indiqué qu'un membre de l'entourage administre le contenu d'un pulvérisateur dans chaque narine (soit un total de 2 pulvérisateurs). L'alerte des secours médicalisés doit être concomitante. Si la fréquence respiratoire ou l'état d'éveil de la victime ne s'améliore pas au bout de 3 à 5 minutes après l'administration du Nalscuc[®], ou si après une légère amélioration, la fréquence respiratoire ou l'état du patient se dégrade, il est indiqué de répéter l'administration de 2 nouvelles pulvérisations (un pulvérisateur par narine).

CONDUITE AUTOMOBILE

L'action des antalgiques opioïdes se traduit par une diminution de l'attention, des réflexes et de la conscience du danger et des obstacles chez le conducteur [19]. Ces effets peuvent être majorés au cours des 2 à 4 premières semaines de traitement.

Wikens et al. ont interrogé 7 857 conducteurs habitant dans l'Ontario (Canada). Parmi eux, 3,1 % déclarent conduire dans l'heure qui suit la prise d'antalgiques opioïdes prescrits par leur médecin. Après une analyse multivariée tenant compte notamment de l'âge, du genre et du nombre de kilomètres parcourus, le sur-risque d'accident routier lors de la conduite sous opioïdes est presque doublé ($OR_{ajust} = 1,97$; $CI\ 95\% : [1,08-3,60]$) [20].

Gomes et al. ont mené une étude auprès de 5 300 personnes ayant consommé au moins un antalgique opioïde et ayant connu un accident de la route, qu'elles soient conducteurs, passagers ou piétons [21]. Les résultats montrent que le sur-risque d'accident évolue en fonction de la posologie. En effet, à très faible dose d'antalgiques opioïdes, c'est-à-dire 20 à 49 mg d'équivalent morphine, l'OR ajusté

> TABLEAU II : QUESTIONNAIRE OPIOID RISK TOOL (d'après [8])

		Femme	Homme
Antécédent familial d'abus d'une substance	Alcool	1	3
	Drogues illicites	2	3
	Autre	4	4
Antécédent personnel d'abus d'une substance	Alcool	3	3
	Drogues illicites	4	4
	Médicaments sur ordonnance	5	5
Âge (sujets de 16 à 45 ans)		1	1
Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance		3	0
Trouble psychologique	Trouble de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie	2	2
	Dépression	1	1
Interprétation :			
Risque de mésusage : faible (0 à 3), modéré (4 à 7), élevé (supérieur ou égal à 8)			

Antalgiques opioïdes et travail

est égal à 1,21 (CI 95 % : [1,02-1,42]). À dose élevée (100 à 199 mg d'équivalent morphine), il est égal à 1,42 (CI 95 % : [1,15-1,76]).

Pour mémoire, l'arrêté du 21 décembre 2005 modifié fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée contient les dispositions suivantes :

- **véhicules du groupe léger** : « *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. En cas de consommation régulière, un avis spécialisé sera demandé, en tenant compte des autres éléments d'aptitude médicale...* » ;

- **véhicules du groupe lourd** : « *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. En cas de consommation régulière, l'avis d'un spécialiste sera demandé, en tenant compte des autres éléments d'aptitude médicale...* » « *Les risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicule, en particulier par des professionnels, notamment pour les catégories D1, D1E, D, DE, C1, C1E, C, CE seront envisagés soigneusement* ».

ASSOCIATION AVEC L'ALCOOL OU LES BENZODIAZÉPINES

La prise concomitante de boissons alcoolisées ou de benzodiazépines majore les effets des antalgiques opioïdes au niveau du système nerveux central [19, 22]. Ceci augmente, entre autres, le risque d'overdose.

DONNÉES EN MILIEU DE TRAVAIL

NIVEAUX DE CONSOMMATION

Il existe quelques publications sur la consommation d'antalgiques opioïdes chez les travailleurs.

En France, Orset et al. ont mené une étude en 2007 chez 1 406 salariés de la Loire [23]. Six salariés présentent un risque de dépendance aux antalgiques opioïdes et 9 pour l'association anxiolytiques - antalgiques opioïdes. Le taux de travailleurs dépendants aux antalgiques opioïdes est d'environ 1 %. Dans cette étude, les secteurs d'activité les plus concernées seraient ceux des banques et assurances, commerce et hôtellerie-restauration, ainsi que les services aux particuliers. Les auteurs soulignent toutefois que le faible nombre de travailleurs dépendants aux opioïdes ne permet pas de conclure.

En 2005, Beaujouan et al. ont publié une enquête nationale sur la consommation de substances psychoactives parmi les médecins anesthésistes-réanimateurs français [24]. L'analyse des 3 476 réponses a montré que 0,5 % de ces praticiens présentent un usage abusif des antalgiques opioïdes. Les deux premières substances psychoactives relevées dans cette étude sont les boissons alcoolisées et les médicaments hypnotiques. Les mauvaises conditions de travail sont rapportées en tant que facteur favorisant les consommations.

Aux États-Unis, où la prévalence d'usage des antalgiques opioïdes est importante, Hawkins et al. ont étudié les décès par overdose dans les différents secteurs d'activité de l'État du Massachusetts [25]. Les secteurs de la construction (OR = 124,9 ; IC 95 % [108,8-141,0]), de l'agriculture-fo-

rêt-pêche (OR = 107,5 ; IC 95 % [49,9-165,1]) et du transport (OR = 48,3 ; IC 95 % [34,8-61,8]) sont les 3 premiers concernés.

En Egypte, Abd-Elkader et al. ont étudié l'usage de tramadol chez 900 travailleurs [26]. Les auteurs rapportent que cet antalgique opioïde est consommé par 92,3 % des travailleurs exerçant dans la construction, 53 % des chauffeurs de bus et 25,3 % des ouvriers du textile.

LIENS TRAVAIL - CONSOMMATION

TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES ET LOMBALGIES

Parmi les douleurs aiguës et chroniques non cancéreuses susceptibles d'engendrer une prescription d'antalgiques de palier II ou III, les douleurs musculosquelettiques (TMS) sont à prendre en compte. En effet, les TMS sont fréquents en milieu professionnel, représentant plus des quatre cinquièmes des maladies professionnelles reconnues [27], malgré une sous-déclaration importante [28].

Une étude, publiée en 2020 par Dong et al., a trouvé un usage d'antalgiques opioïdes, sur prescription, trois fois plus important chez les ouvriers du bâtiment atteints d'au moins un TMS comparativement à des ouvriers du bâtiment sans TMS [29]. À travers une analyse de la littérature portant sur 14 années de publications sur les liens entre opioïdes et lombalgies, Deyo et al. rapportent que plus de la moitié des utilisateurs réguliers d'opiacés souffrent de lombalgie et que des doses élevées leur sont fréquemment prescrites [30]. Dans une étude prospective, réalisée chez 1 067 patients présentant une lombalgie en lien avec le travail, Stover et al. ont recherché les facteurs influençant la prescription précoce

de ce type d'antalgique. Outre l'intensité de la douleur, les résultats portent sur l'obésité, le tabagisme, l'irradiation de la douleur sous le genou et la sévérité de la lésion (entorse grave et radiculopathie) [31]. Enfin, des études montrent l'association entre la prescription d'antalgiques opioïdes pour des pathologies en lien avec le travail et les difficultés de retour à l'emploi. Haight et al. ont analysé rétrospectivement les dossiers de plus de 80 000 accidentés du travail ayant bénéficié d'un traitement précoce par opioïdes dans l'État de Washington (États-Unis). Les résultats montrent que la prescription précoce d'opioïdes, pendant au moins 60 jours dans les 90 premiers jours, à doses élevées et concomitante d'une prescription de sédatifs était significativement liée à l'incapacité à 90 jours (OR = 3,12 ; CI 95 % [2,97-3,27]) [32]. La majorité des lésions étaient des atteintes du membre supérieur (32 %) et du dos (29,8 %). Les résultats d'une étude, menée par Carnide et al. dans une cohorte de travailleurs souffrant de lombalgies, suggèrent que la prescription précoce d'antalgiques opioïdes conduit à une incapacité de travail plus longue par rapport à la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou de myorelaxants. L'association est plus importante pour les antalgiques opioïdes forts que faibles [33]. Le même auteur a également mené une revue de la littérature. Il évoque la possibilité du même effet de cette prescription précoce sur les incapacités liées aux TMS d'une manière plus générale, mais l'hétérogénéité des articles inclus et les biais liés à la maîtrise des facteurs de confusion en limite les conclusions [34]. Dans une étude portant sur le suivi de plus de 6 600 travailleurs présentant une lombalgie sans compli-

cation, Steenstra et al. ont montré qu'une guérison tardive est statistiquement liée à différents facteurs, dont la prise d'antalgiques opioïdes pendant les quatre premières semaines [35]. De même, cette étude a montré que l'existence d'un programme de retour au travail permet de raccourcir la durée de l'incapacité.

À travers ces études sur la prise en charge de la douleur liée à des TMS, dont les lombalgies, il apparaît que la prescription précoce ou de longue durée d'antalgiques opioïdes serait un facteur aggravant la durée de l'arrêt de travail. Il convient toutefois de rappeler le caractère plurifactoriel de la reprise d'activité et de prendre en compte la douleur initiale ressentie par le travailleur ainsi que les modes de prise en charge médicale pouvant varier d'un continent à l'autre. La prescription d'antalgiques opioïdes pourrait alors être considérée comme un marqueur de gravité.

RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Le stress au travail est un facteur de consommation d'antalgiques opioïdes chez les personnels soignants. Les opioïdes forts peuvent être utilisés par les travailleurs qui y ont un accès plus facile. Ce peut être le cas pour les anesthésistes [24].

Traweger et al. ont interrogé 900 travailleurs autrichiens sur leur consommation de substances psychoactives [36]. Les auteurs montrent que la consommation d'antalgiques et d'anxiolytiques est significativement associée au manque de reconnaissance, à la mauvaise ambiance de travail et au manque de satisfaction.

Il est à noter que les antalgiques opioïdes sont rarement consommés seuls face aux facteurs de risques psychosociaux. Ils sont fré-

quemment associés aux boissons alcoolisées et aux autres médicaments psychotropes.

PRÉVENTION : RÔLE DU SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

ACTIONS À VISÉE COLLECTIVE

La revue de la littérature montre que les consommations d'antalgiques opioïdes par les travailleurs sont principalement liées à l'existence de TMS et lombalgies. Les risques psychosociaux interviennent également. Aussi, il est conseillé que les actions de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail portent sur la prévention collective de ces types de risques.

Par ailleurs, la dépendance à une substance psychoactive favorise la dépendance aux autres produits psychotropes [16]. Il est donc recommandé que le service de santé au travail conseille également les acteurs de l'entreprise sur la prévention des consommations de l'ensemble des substances psychoactives [37], mais aussi sur la conduite à tenir en cas de salarié présentant un trouble du comportement [38].

ACTIONS À VISÉE INDIVIDUELLE

En 2009, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations de bonne pratique relatives au dossier médical en santé au travail (DMST) [39]. Les « données actualisées sur les habitus (alcool, tabac, autres addictions) » ainsi que les « traitements en cours » font partie des informations à colliger durant les visites du suivi de l'état de santé du travailleur, et à colliger dans le DMST. De même, la Société française d'alcoologie (SFA) et la

Antalgiques opioïdes et travail

Société française de médecine du travail (SFMT) recommandent d'interroger le salarié sur l'ensemble des substances psychoactives consommées [40].

Aussi, il convient d'interroger les travailleurs sur leurs éventuelles consommations d'antalgiques opioïdes lors des visites relevant du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs. Ceci permet de connaître :

- le motif de la prescription, le lien avec le travail ou son retentissement sur l'activité professionnelle ;
- la date de début du traitement, l'évolution de la posologie, les thérapies associées et l'existence d'une douleur résiduelle ;
- une éventuelle automédication, un mésusage ou une dépendance ;
- les effets secondaires ;
- les autres substances psychoactives consommées.

La visite peut être l'occasion de délivrer des conseils :

- être prudent lors des premières semaines qui suivent le début du traitement ou l'augmentation de la posologie. Il en est de même en cas de prise concomitante de benzodiazépines ou apparentés. La somnolence, l'euphorie, la confusion sont, de manière non exhaustive, des signes d'alerte ;
- contacter son médecin traitant, de même que son médecin du travail, en cas de mauvaise tolérance du traitement ;
- en cas de douleur chronique pouvant nécessiter des arrêts de travail de plus ou moins longue durée, rappeler l'intérêt des visites de reprise [41] ;
- rappeler au salarié, conduisant des véhicules routiers, la possibilité de demander un contrôle médical auprès d'un médecin agréé par la préfecture ;

- éviter la prise de boissons alcoolisées ;
- éviter l'automédication.

En fonction de la pathologie rencontrée, des aménagements du poste de travail peuvent être nécessaires, voire un plan de maintien en emploi [41]. Outre l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, le médecin traitant, l'algologue et l'addictologue peuvent être associés à la réflexion. Pour mémoire, la Société française d'alcoologie et la Société française de médecine du travail ont publié en 2013 des recommandations pour la pratique clinique sur la gestion du mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel [40]. Les auteurs recommandent que la décision « ...*prenne en compte le niveau de risque induit en milieu de travail, pour le salarié ou son entourage. Elle doit donc d'abord être guidée par la connaissance du poste de travail (en pluridisciplinarité le cas échéant). Le maintien au poste doit être privilégié* ».

Enfin, parmi les effets indésirables fréquents des antalgiques opioïdes, la constipation nécessite que le salarié bénéficie de pauses régulières pour marcher et s'hydrater [12].

CONCLUSION

Les antalgiques opioïdes sont des substances psychoactives consommées par environ 17 % de la population générale chaque année. Les quelques données existantes en milieu de travail montrent que les motifs de consommation portent principalement sur les TMS ou lombalgies et les facteurs de risques psychosociaux. Sur le plan sanitaire, il semble que le taux

de salariés dépendant aux antalgiques opioïdes (environ 1 %) soit proche de celui observé dans les études portant sur les consommateurs de tous horizons. En matière d'accidentologie, il n'existe pas de données propres au monde du travail. Il peut être intéressant de se référer aux données de l'accidentologie routière montrant que le sur-risque d'accident évolue avec la posologie d'opioïdes. De même, il convient de prendre en compte les périodes d'introduction du traitement antalgique ou de modification de la posologie.

À côté de ces risques, l'intérêt des antalgiques opioïdes dans le retour ou le maintien en emploi doit également être évalué. Aussi, il est conseillé que l'action de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail porte sur la prévention des risques menant à l'usage d'opioïdes et sur l'accompagnement du salarié.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | **LE MAREC C** - Histoire de l'opium médicinal : du pavot aux alcaloïdes de l'opium. *Douleurs*. 2004 ; 5 (2) : 83-98.
- 2 | Pharmacologie des opiacés et autres drogues illicites. In: REYNAUD M (Ed) - *Traité d'addictologie*. Collection Traités. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2006 : 540-546, 800 p.
- 3 | **BOUBEKEUR N, DELORME J, ROUSSEL P** - Echelle d'équivalences des antalgiques (EDEA) : mise au point d'un outil pour la conversion équianalgésique. *Douleurs*. 2006 ; 7 (4) : 201-06.
- 4 | **LANDAU R** - Polymorphisme génétique et traitement par les opiacés. *Presse Méd*. 2008 ; 37 (10) : 1415-22.
- 5 | **VODOVAR D, LANGRAND J, TOURNIER N, MÉGARIBANE B** - La crise des overdoses américaines : une menace pour la France ? *Rev Méd Interne*. 2019 ; 40 (6) : 389-94.
- 6 | Opioid Overdose. Understanding the Epidemic. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020 (<https://www.cdc.gov/drugoverdose/epidemic/index.html#three-waves>).
- 7 | État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. Rapport. Février 2019. ANSM, 2019 (https://www.ansm.sante.fr/content/download/157015/2058811/version/3/file/Rapport_Antalgiques-Opioïdes_Fev-2019_3.pdf_2019-03-06.pdf).
- 8 | Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD), 2016 (https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/06/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue_compressed.pdf).
- 9 | **OSMUN WE, COPELAND J, PARR J, BOISVERT L** - Characteristics of chronic pain patients in a rural teaching practice. *Can Fam Physician*. 2011 ; 57 (11) : e436-40.
- 10 | **REID MC, ENGLÉS-HORTON LL, WEBER MB, KERNS RD ET AL.** - Use of opioid medications for chronic noncancer pain syndromes in primary care. *J Gen Intern Med*. 2002 ; 17 (3) : 173-79.
- 11 | **DREWES AM, JENSEN RD, NIELSEN LM, DRONEY J ET AL.** - Differences between opioids: pharmacological, experimental, clinical and economical perspectives. *Br J Clin Pharmacol*. 2013 ; 75 (1) : 60-78.
- 12 | **GOURCEROL G, LEMAIRE A** - Prise en charge de la constipation induite par les opioïdes : regards croisés d'un gastroentérologue et d'un médecin de la douleur. *Douleurs*. 2020 ; 21 (4) : 147-54.
- 13 | **MOULIS F, ROUSSEAU V, ABADIE D, MASMOUDI K ET AL.** - Effets indésirables « graves » du tramadol : bilan 2011-2015 de pharmacovigilance en France. *Thérapies*. 2017 ; 72 (6) : 615-24.
- 14 | **ROLLAND B** - Mésusage, dépendance et addictions aux opioïdes antalgiques. *Courr Addict*. 2018 ; 20 (Suppl n° 1) : 15-17.
- 15 | **ROLLAND B, BOUHASSIRA D, AUTHIER N, AURIACOMBE M ET AL.** - Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. *Rev Méd Interne*. 2017 ; 38 (8) : 539-46.
- 16 | **PAILLE F, TOUZEAU D** - Opioïdes et polyconsommation. *Courr Addict*. 2018 ; 20 (Suppl n° 1) : 11-14.
- 17 | **MÉGARIBANE B** - L'overdose aux opioïdes. *Courr Addict*. 2018 ; 20 (Suppl n° 1) : 18.
- 18 | Décès toxiques par antalgiques. Résultats 2017. Centre d'évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A). ANSM, 2017 (https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ca7b24a92a6796eebd35690eoc33ef7c.pdf).
- 19 | **PEPIN G, CHEZE M, DUMESTRE-TOULET V, EYSSERIC H ET AL.** - Conduite automobile et opiacés : bases bibliographiques pour un consensus de la Société française de toxicologie analytique. *Toxicol Anal Clin*. 2015 ; 27 (3) : 153-64.
- 20 | **WICKENS CM, MANN RE, BRANDS B, IALOMITEANU AR ET AL.** - Driving under the influence of prescription opioids: Self-reported prevalence and association with collision risk in a large Canadian jurisdiction. *Accid Anal Prev*. 2018 ; 121 : 14-19.
- 21 | **GOMES T, REDELMEIER DA, JUURLINK DN, DHALLA IA ET AL.** - Opioid dose and risk of road trauma in Canada: a population-based study. *JAMA Intern Med*. 2013 ; 173 (3) : 196-201.
- 22 | **DESCHENAU A, IFTIMOVICI A, TOUZEAU D** - Usages de drogues et mésusages de médicaments : repères utiles sur la polyconsommation. *Presse Méd*. 2016 ; 5 (12 Pt 1) : 1102-07.
- 23 | **ORSET C, SARAZIN M, CABAL C** - Les conduites addictives en milieu professionnel : enquête de prévalence par questionnaire chez 1 406 salariés de la Loire ; ; étude en fonction du poste de travail. *Arch Mal Prof Environ*. 2007 ; 68 (1) : 5-19.
- 24 | **BEAUJOUAN L, CZERNICHOW S, POURRIAT JL, BONNET F** - Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Ann Fr Anesth Réanim*. 2005 ; 24 (5) : 471-79.
- 25 | **HAWKINS D, ROELOFS C, LAING J, DAVIS L** - Opioid-related overdose deaths by industry and occupation-Massachusetts, 2011-2015. *Am J Ind Med*. 2019 ; 62 (10) : 815-25.
- 26 | **ABD-ELKADER MR, KABBASH IA, EL-SALLAMY RM, EL-SAWY H ET AL.** - Tramadol abuse among workers in an industrial city in mid-Nile Delta region, Egypt. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2020 ; 27 (30) : 37549-556.
- 27 | Rapport annuel 2018. L'Assurance Maladie. Risques professionnels, Assurance Maladie, 2018 (https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport_annuel_2018_assurance_maladie_risques_pro.pdf).
- 28 | **RIVIÈRE S, MARTINAUD C, ROQUELAURE Y, CHATELOT J** - Estimation de la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques dans onze régions françaises en 2011. *Arch Mal Prof Environ*. 2018 ; 79 (3) : 405-06.
- 29 | **DONG XS, BROOKS RD, BROWN S** - Musculoskeletal Disorders and Prescription Opioid Use Among U.S. Construction Workers. *J Occup Environ Med*. 2020 ; 62 (11) : 973-79.

Antalgiques opioïdes
et travail

BIBLIOGRAPHIE

- 30 | DEYO RA, VON KOREFF M, DUHRKOOP D - Opioids for low back pain. *BMJ*. 2015 ; 350 : g6380.
- 31 | STOVER BD, TURNER JA, FRANKLIN G, GLUCK JV ET AL. - Factors associated with early opioid prescription among workers with low back injuries. *J Pain*. 2006 ; 7 (10) : 718-25.
- 32 | HAIGHT JR, SEARS JM, FULTON-KEHOE D, WICKIZER TM ET AL. - Early High-Risk Opioid Prescribing Practices and Long-Term Disability Among Injured Workers in Washington State, 2002 to 2013. *J Occup Environ Med*. 2020 ; 62 (7) : 538-47.
- 33 | CARNIDE N, HOGG-JOHNSON S, KOEHOORN M, FURLAN AD ET AL. - Relationship between early prescription dispensing patterns and work disability in a cohort of low back pain workers' compensation claimants: a historical cohort study. *Occup Environ Med*. 2019 ; 76 (8) : 573-81.
- 34 | CARNIDE N, HOGG-JOHNSON S, CÔTÉ P, IRVIN E ET AL. - Early Prescription Opioid Use for Musculoskeletal Disorders and Work Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Clin J Pain*. 2017 ; 33 (7) : 647-58.
- 35 | STEENSTRA IA, BUSSE JW, TOLUSSO D, DAVILMAR A ET AL. - Predicting time on prolonged benefits for injured workers with acute back pain. *J Occup Rehabil*. 2015 ; 25 (2) : 267-78.
- 36 | TRAWEGER C, KINZL JF, TRAWEGER-RAVANELLI B, FIALA M - Psychosocial factors at the workplace. Do they affect substance use? Evidence from the Tyrolean workplace study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2004 ; 13 (6) : 399-403
- 37 | HACHE P - Cannabis et travail. Grand angle TC 160. *Réf Santé Trav*. 2017 ; 152 : 37-51.
- 38 | HACHE P, CHEVILLARD F - Quelle conduite à tenir face à un trouble du comportement au travail ? Vos question/nos réponses QR 141. *Réf Santé Trav*. 2019 ; 159 : 146-48.
- 39 | Le Dossier médical en santé au travail. Recommandations de bonne pratique, janvier 2009. Consensus formalisé. Pratiques et déontologie TM 12. *Doc Méd Trav*. 2009 ; 118 : 167-80.
- 40 | Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. Texte court des recommandations. Pratiques et métiers TM 27. *Réf Santé Trav*. 2013 ; 134 : 53-89.
- 41 | Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Février 2019. Pratiques et métiers TM 50. *Réf Santé Trav*. 2019 ; 157 : 119-23.