

Benzodiazépines et travail

EN
RÉSUMÉ

Les benzodiazépines font partie des médicaments psychotropes les plus consommés en France. Cette revue de la littérature fournit différentes données sur l'usage et l'impact des molécules à visée anxiolytique et hypnotique, afin que les médecins du travail puissent proposer des mesures de prévention, tant sur le plan collectif qu'individuel.

AUTEUR :

P. Hache, Département Études et assistance médicales, INRS

MOTS CLÉS

Addiction /
Médicament /
Substance psycho-
active /
Toxicomanie

DONNÉES GÉNÉRALES

BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS

Les benzodiazépines sont des molécules agissant sur les récepteurs GABAergiques des neurones. Elles possèdent des propriétés anxiolytiques, hypnotiques, amnésiantes, myorelaxantes, anticonvulsivantes et orexigènes, qui s'expriment de manière plus ou moins prononcée d'une molécule à l'autre [1, 2].

Le zopiclone et le zolpidem sont deux molécules différentes des benzodiazépines, mais agissant également sur les récepteurs GABAergiques. Ces médicaments psychotropes sont utilisés en raison de leur propriété hypnotique. Ils sont donc considérés comme « apparentés aux benzodiazépines » [3].

L'ensemble des 20 benzodiazépines et apparentés commercialisés en France est détaillé dans le [tableau I, page suivante](#).

CONSOMMATION EN POPULATION GÉNÉRALE

En 2010, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES, devenu Santé Publique France) s'est intéressé à l'usage de l'ensemble des médicaments

psychotropes, à travers l'enquête du Baromètre santé 2010 [4]. Les résultats montrent que 35,1 % de la population de 18 à 64 ans déclarent avoir expérimenté les médicaments psychotropes au cours de leur vie, et 17,5 % en ont consommé au cours de l'année écoulée. Les femmes sont davantage concernées que les hommes au cours de la vie (42,8 % vs 26,9 %).

Selon la classe de médicament, les données de prévalence d'usage au cours de l'année révèlent que les anxiolytiques sont les premiers consommés (10,4 %), suivis par les somnifères (6,3 %) et les antidépresseurs (6,2 %).

L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a publié en 2017 un état des lieux de la consommation des benzodiazépines et apparentés en France [3]. Des données issues de 8 pays européens montrent que notre pays se situe au deuxième rang en matière d'usage de ces molécules, derrière l'Espagne. L'Allemagne et le Royaume-Uni occupent les dernières places de ce classement, avec des niveaux de consommation qui sont plus de 4 fois inférieures à ceux de la France.

Depuis 2000, l'usage de benzodiazépines diminue en France, cette



© Rodolphe Escher pour l'INRS

↓ Tableau I

➤ BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS COMMERCIALISÉS EN FRANCE EN 2015 (d'après [3]).

Substance active	Noms des spécialités commercialisées	Classe	Demi-vie (h)
Anxiolytiques			
Alprazolam	XANAX® et génériques	Anxiolytique	6 - 18
Bromazépam	LEXOMIL® et génériques	Anxiolytique	8 - 20
Clobazam	URBANYL®	Anxiolytique	10 - 31
	LIKOZAM®		
Clorazépate potassique	TRANXENE®	Anxiolytique	2
Clotiazépam	VERATRAN®	Anxiolytique	4
Diazépam	VALIUM® et génériques	Anxiolytique	15 - 60
Ethyl loflazépate	VICTAN®	Anxiolytique	73 - 119
Lorazépam	TEMESTA® et génériques	Anxiolytique	9 - 20
Nitrazépam	NORDAZ®	Anxiolytique	17 - 48
Oxazépam	SERESTA® et génériques	Anxiolytique	4 - 11
Prazépam	LYSANXIA® et génériques	Anxiolytique	1,3
Hypnotiques			
Estazolam	NUCTALON®	Hypnotique	10 - 31
Loprazolam	HAVLANE®	Hypnotique	3,3 - 14,8
Lormétazépam	NOCTAMIDE® et génériques	Hypnotique	10
Midazolam	génériques	Hypnotique	1 - 4
Nitrazépam	MOGADON®	Hypnotique	17 - 48
Apparentés aux benzodiazépines			
Zolpidem	STILNOX®	Hypnotique	0,7 - 3
	EDLUAR®		
	génériques		
Zopiclone	IMOVANE® et génériques	Hypnotique	5
Anticonvulsivants			
Clonazépam	RIVOTRIL®	Antiépileptique	19 - 60
Midazolam	BUCCOLAM®	Antiépileptique	1 - 4

baisse étant plus prononcée pour les molécules à visée hypnotique que celles à visée anxiolytique. Cependant, l'ANSM souligne que le nombre d'usagers reste élevé : en 2015, 10,3 % de la population française a eu recours à une benzodiazépine anxiolytique, 5,6 % à une benzodiazépine hypnotique et 0,2 % à une benzodiazépine anti-convulsivante (clonazépam). De même, il est à noter que :

- l'alprazolam est la molécule la plus utilisée en matière de prévalence (3,8 % de la population fran-

çaise), suivie du zolpidem (3,1 %) et du bromazépam (2,7 %) ;

- la prévalence d'utilisation des benzodiazépines anxiolytiques ou hypnotiques est plus élevée chez les femmes (16,6 %) que chez les hommes (9,7 %), quel que soit l'âge ;
- 65 % des usagers prévalents de benzodiazépines sont des femmes d'âge médian de 57 ans. Toutefois, il est noté que les nouveaux utilisateurs de ces molécules anxiolytiques et hypnotiques sont plus jeunes, avec un âge médian de 49 ans.

RISQUES**TOLÉRANCE, PHARMACO-DÉPENDANCE ET SEVRAGE**

La tolérance, *i.e.* la nécessité d'augmenter la posologie pour obtenir les mêmes effets, est un phénomène qui s'observe avec toutes les benzodiazépines et les médicaments apparentés [5]. Elle peut apparaître au bout d'une semaine ou d'un mois de traitement, notamment pour les propriétés anxiolytiques et hypnotiques.

La dépendance aux benzodiazépines semble difficile à évaluer. Il est nécessaire de tenir compte du contexte sociodémographique et du contexte d'usage (médicament prescrit ou non, dommages associés) [4]. D'autres facteurs peuvent également intervenir : la durée du traitement, la dose utilisée et les antécédents d'autres dépendances médicamenteuses ou non (alcool), l'association de plusieurs benzodiazépines... [3]. À titre d'exemple, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), à travers une expertise collective consacrée à la pharmacodépendance, rapporte les résultats d'une étude française auprès d'une population dont 80 % des patients présentent des affections psychiatriques handicapantes pour la vie sociale. Chez ces sujets, le taux de dépendance aux benzodiazépines est de 50 % [4].

Le sevrage, ou plus précisément le syndrome d'interruption du traitement, constitue un obstacle important à l'arrêt des benzodiazépines et apparentés. Il apparaît dans les 3 à 7 jours après l'arrêt du médicament, voire moins en cas de benzodiazépine à demi-vie courte [6]. À l'arrêt du traitement, la symptomatologie initiale peut réapparaître (anxiété, insomnie...) mais peut être parfois sévère et douloureuse, associant également tremblements, tachycardie, sueurs, troubles de la perception, dysphorie, myoclonies et convulsions [5]. Chez les sujets âgés, les symptômes les plus fréquents sont les syndromes confusionnels et désorientation avec ou sans hallucination [6].

RISQUE ROUTIER

La prise de benzodiazépines, qu'elles soient à visée anxiolytique ou hypnotique, augmente le risque d'accident routier. Il en est de même pour les médicaments

apparentés [3, 7, 8]. Tous les conducteurs sont concernés, quel que soit leur âge. Le risque d'accident est plus élevé lors de la mise en route du traitement [4].

Certaines études semblent montrer que les médicaments à demi-vie courte sont moins accidentogènes que ceux à demi-vie longue [7]. Toutefois, ceci n'est pas retrouvé dans d'autres travaux.

L'étude CESIR (Combinaison d'études sur la santé et l'insécurité routière) s'intéresse à la prise de médicaments chez les conducteurs impliqués dans des accidents routiers survenus en France. Les résultats montrent que l'exposition des conducteurs aux benzodiazépines et apparentés augmente significativement le risque d'accident avec un *odds ratio* ajusté OR = 1,2 [IC 95 % = (1,10 – 1,31), $p < 0,0001$] (ajustement sur le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, la classe d'âge, l'heure et la localisation de l'accident, le type de véhicule, la gravité des blessures...) [3]. L'ANSM rapporte qu'environ 80 % des accidents de la route attribuables à la prise de benzodiazépines sont liés aux molécules à visée anxiolytique [3].

Dans ce cadre, ces médicaments psychotropes ont été classés en niveau 3 par l'arrêté du 13 mars 2017 relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits. Aussi, l'ensemble des benzodiazépines et apparentés portent l'inscription « *Attention, danger : ne pas conduire. Pour la reprise de la conduite, demandez l'avis d'un médecin* » (figure 1).

RISQUE DE CHUTE

Les benzodiazépines peuvent augmenter le risque de chute, d'environ 40 %, chez les sujets âgés de plus de 60 ans. Deux facteurs favorisants peuvent être cités : poso-

↓ Figure 1



logie élevée et traitement débuté depuis moins de 2 semaines [5].

ATTEINTE DES FONCTIONS COGNITIVES ET PSYCHOMOTRICES

Des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire peuvent apparaître [5]. Néanmoins, des effets similaires peuvent également exister en l'absence de traitement chez des patients présentant une anxiété ou une insomnie.

Une amnésie antérograde et une atteinte de la mémoire verbale peuvent exister. Elles se réduisent partiellement avec la poursuite du traitement.

Des cas de somnolence, de comas et de convulsions existent [3].

Une dystonie ou un trouble de la coordination peut survenir dans les heures qui suivent la prise de benzodiazépines [3].

L'installation d'une démence d'Alzheimer chez des personnes de plus de 65 ans est discutée en cas de traitement supérieur à 3 mois avec des molécules à demi-vie longue [5]. De même, il existe un risque de développer une maladie de Parkinson. Ceci a été observé chez des sujets d'âge moyen d'environ 50 ans, après l'usage de zolpidem durant plus de 90 jours.

UNE PRESCRIPTION ENCADRÉE

Afin de réduire les risques liés aux benzodiazépines et apparentés, une réglementation et des recommandations accompagnent leur prescription.

RÉGLEMENTATION

Sur le plan réglementaire, l'arrêté du 7 octobre 1991 modifié fixe la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite. À titre d'exemple, cette limitation est de 12 semaines pour l'alprazolam, tandis qu'elle est de 4 semaines pour le zopiclone et le zolpidem.

RECOMMANDATIONS

De manière générale, il est conseillé d'envisager les approches non médicamenteuses (hygiène de vie, hygiène du sommeil, techniques de relaxation, psychothérapies...) avant de prescrire une benzodiazépine (ou médicament apparenté) à visée anxiolytique ou hypnotique [1]. Dans l'hypothèse où une prescription est nécessaire, il est essentiel d'envisager avec le patient les éventuels effets indésirables et d'anticiper l'arrêt du traitement médicamenteux. Toutefois, certains patients bénéficient, de longue date, d'une prescription de benzodiazépines. Aussi, en 2015, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié une Fiche mémo intitulée « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire » [9]. Celle-ci s'appuie en partie sur des recommandations de bonne pratique publiées en 2007 [6]. Plusieurs étapes sont conseillées afin d'arrêter, sur une durée d'environ 4 à 10 semaines, un traitement au long cours : intervention brève, consultation d'arrêt, consultations de suivi après l'arrêt. Une prise en charge pluridisciplinaire peut être nécessaire.

Enfin, l'association de certaines substances psychoactives avec les benzodiazépines est déconseillée. C'est le cas notamment pour :

- les boissons alcoolisées. En effet, l'alcool peut potentialiser l'appari-

tion d'une irritabilité et d'un comportement agressif, avec passage à l'acte, chez certaines personnes [10] ;

- les opiacés. Cette association majore la somnolence et la dépression respiratoire, ce qui peut aboutir à une overdose [11].

DONNÉES EN MILIEU DE TRAVAIL**ÉPIDÉMIOLOGIE****NIVEAUX DE CONSOMMATION**

La revue de la littérature n'a pas permis d'obtenir la prévalence de travailleurs consommant des benzodiazépines. Toutefois, les enquêtes des années 2010 et 2014 du Baromètre santé fournissent des renseignements quant aux consommations de médicaments psychotropes en fonction du genre et de la catégorie socio-professionnelle (tableau II) [12]. Il est observé un usage plus important chez les femmes pouvant concerner, sur l'année précédant l'enquête, 30 % des personnes dans la catégorie « artisans, commerçants et chefs d'entreprise ». Chez les hommes, cette prévalence est supérieure à 12 % chez les ouvriers, les employés, les professions intermédiaires et les cadres.

Quelques études fournissent des données sur certains secteurs d'activité.

En milieu de soins, Orset et al. ont interrogé de manière anonyme 7 % de l'effectif d'un centre hospitalier universitaire (n= 366 agents) situé en France. Parmi ces agents, 22,6 % déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des 12 mois précédant l'enquête [13]. Au Chili, Ansoleaga montre des statistiques de consommation

similaires dans un hôpital pédiatrique. Dans cet établissement, 25 % (n = 193) des personnels ont consommé au moins une fois un médicament psychotrope [14]. L'usage d'anxiolytiques n'est pas significativement différent chez les hommes et chez les femmes. Par contre, une différence significative est observée quant à la consommation d'hypnotiques (17 % chez les femmes vs 8 % chez les hommes, $p < 0,003$).

Au sein des armées françaises, Desjeux et al. rapportent que 3 % des militaires ont consommé des hypnotiques en 2005 [15]. Cet usage concerne principalement les femmes de plus de 50 ans.

LIEN ENTRE FACTEURS LIÉS AU TRAVAIL ET CONSOMMATION DE BENZODIAZÉPINES

Plusieurs études épidémiologiques ont montré que les consommations, par les travailleurs, de substances psychoactives ont une origine mixte, relevant de la vie privée et de la vie professionnelle [12, 16]. Parmi les facteurs liés au travail, peuvent être cités : le stress, les horaires atypiques, les mauvaises relations au travail, les contraintes liées à un poste de sécurité...

En raison de leurs propriétés anxiolytiques, les benzodiazépines sont souvent prescrites afin de réduire des symptômes en lien avec les facteurs de risques psychosociaux [17, 18].

En France, à l'aide des données de la cohorte CONSTANCES, Airagnes et al. ont étudié le risque de mésusage des benzodiazépines chez les travailleurs exerçant au contact du public [19]. Le mésusage est ici défini par une consommation, sur prescription médicale, dépassant une durée de 12 semaines. Les auteurs montrent que l'existence d'un stress lié au travail en contact avec le public multiplie par 2,2 le

➤ **TABLEAU II : CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES FEMMES (F) ET CHEZ LES HOMMES (H) SELON LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE EN FRANCE EN 2014 (EN %) (d'après [12]).**

	Tabac (quotidien)		Alcool						Médicaments psychotropes (année)*		Cannabis (année)		Cocaïne (année)		Ecstasy/ Amphétamines (année)	
			Quotidien		Ivresse répétée		Alcoolisation ponctuelle importante dans le mois									
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Agriculteurs	21,0	20,8	7,4	21,7	0,0	6,2	4,7	27,9	13,1	5,0	2,8	2,6	1,0	0,0	0,0	0,0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	31,3	34,4	8,7	17,1	3,0	17,3	4,9	34,0	30,0	2,8	4,8	11,6	0,0	1,3	0,0	0,6
Cadres	17,7	19,9	2,5	9,1	6,9	14,1	9,0	23,4	14,0	12,1	6,7	10,9	0,6	0,6	0,3	0,6
Professions intermédiaires	22,7	31,5	2,4	9,1	5,3	13,9	7,3	24,2	25,2	13,7	6,1	13,9	0,4	0,4	0,3	0,5
Employés	29,8	37,2	3,0	9,2	3,4	16,3	8,3	28,2	19,6	14,5	4,5	16,6	0,5	3,6	0,3	2,4
Ouvriers	28,8	44,6	0,8	13,3	2,7	14,4	12,5	32,4	20,3	13,7	0,2	13,1	0,5	0,9	0,1	0,7

Source : Baromètre santé 2014

* Données du Baromètre santé 2010.

risque de mésusage de benzodiazépines chez les femmes (OR = 2,2 [IC 95 % = (1,8 – 2,8)]). Chez les hommes, ce risque est de 1,6 (OR = 1,6 [IC 95 % = (1,4 – 1,9)]). Pour mémoire, d'autres travaux issus de la cohorte CONSTANCES ont montré que cette exposition au public augmente le risque de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis [20].

Pour Hautefeuille, les addictologues et les sociologues constatent que le recours aux médicaments psychotropes peut s'apparenter à un « dopage au quotidien » [21]. Qu'il soit ou non sur prescription médicale, l'objectif de cet usage est de pouvoir rester enthousiaste au travail, fiable et productif. Dans un premier temps, le recours à un médicament psychotrope est invisible vis-à-vis de l'entourage professionnel, ce qui constitue un avantage par rapport aux autres substances psychoac-

tives (cannabis...). Néanmoins, comme pour tout produit psychoactif, un risque de perte de contrôle existe à moyen ou long terme.

BENZODIAZÉPINES ET ACCIDENTOLOGIE AU TRAVAIL

À travers une revue de la littérature, il n'a pas été identifié, pour la France, d'article fournissant des statistiques d'accident du travail en lien avec l'usage des benzodiazépines.

Aux États-Unis, Nkyekyer EW et al. ont étudié la prévalence de l'usage d'opiacés et/ou de benzodiazépines dans les jours précédant un accident du travail [22]. Ce travail a porté sur 313 543 dossiers de travailleurs accidentés, les données relatives à la prescription de médicaments psychotropes étant issues du *Washington state prescription monitoring program*. Parmi ces salariés, 2,9 % ont consommé des

benzodiazépines au moins une fois durant les 90 jours précédant leur accident. Pour les opiacés, ce taux est de 8,6 %.

Palmer et al. ont étudié l'impact des pathologies mentales et des traitements psychotropes en matière d'accidentologie au travail [23]. À partir du registre du *Clinical practice research datalink* (Grande Bretagne), 8 000 dossiers ont été sélectionnés (1 348 cas et 6 652 témoins). Les résultats montrent qu'en cas de pathologie mentale, l'*odds ratio* de survenue d'un accident du travail est de 1,44 [IC 95 % = (1,25 – 1,65)]. En présence d'une pathologie mentale en cours de traitement, l'*odds ratio* est de 1,57 [IC 95 % = (1,36 – 1,81)]. Les auteurs concluent que ces données ne justifient pas l'exclusion de personnes de l'emploi, d'autant plus qu'une évaluation individualisée peut révéler des facteurs atténuant le risque de blessure ou son impact.

QUEL RÔLE POUR LE SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL ?

Les missions des services de santé au travail comprennent notamment des actions à visée collective, sur le milieu de travail, et la surveillance de l'état de santé des travailleurs.

ACTIONS À VISÉE COLLECTIVE

Les benzodiazépines et apparentés sont majoritairement prescrits pour leurs propriétés anxiolytiques et hypnotiques. Leurs indications peuvent, entre autres, relever de symptômes engendrés par les risques psychosociaux (anxiété, troubles du sommeil...). Aussi, il est conseillé que les actions de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail portent sur la prévention collective de ce type de risque, ainsi que sur la mise en place d'une prise en charge des salariés en souffrance.

De même, en cas de travail en horaires atypiques, il revient au service de santé au travail de conseiller l'employeur en matière de charge de travail, d'horaires de début et de fin de poste, de rotation des postes, d'organisation des pauses...

ACTIONS À VISÉE INDIVIDUELLE

La Haute autorité de santé (HAS), ainsi que la Société française d'alcoologie (SFA) et la Société française de médecine du travail (SFMT), recommandent d'interroger à chaque visite le salarié sur l'ensemble de ses consommations de substances psychoactives : médicaments psychotropes, alcool, cannabis... [24, 25].

Cet entretien permet de connaître le motif de prescription des benzodiazépines et apparentés, la date de début du traitement, ses évolu-

tions, l'existence d'un éventuel mésusage, les thérapies associées et les éventuels effets secondaires. Il est également nécessaire d'évaluer le lien entre les différentes situations de travail et la consommation de médicaments psychotropes, ainsi que des autres substances psychoactives. Ceci permettra de compléter les informations issues de l'étude du poste de travail et de proposer des actions de prévention tant au niveau collectif qu'individuel.

Au cours de la visite, des conseils sont également à délivrer :

- éviter la prise de boissons alcoolisées lors du traitement par benzodiazépines ;
- être prudent en cas de consommation simultanée de benzodiazépines et d'opiacés, notamment durant les premières semaines de traitement ;
- être prudent lors des modifications de posologie du traitement par benzodiazépines, notamment lors de la conduite de véhicules ;
- éviter l'automédication ;
- contacter son médecin traitant, de même que son médecin du travail, en cas de mauvaise tolérance du traitement.

De même, il convient de fournir des informations aux salariés, travaillant en horaires postés et/ou de nuit, sur l'hygiène de sommeil et l'hygiène alimentaire. En 2012, l'HAS a labellisé des recommandations de bonne pratique de la SFMT intitulées « *Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit* » [26]. Les auteurs ne recommandent pas la prescription de médicaments psychostimulants ou hypnotiques chez les travailleurs postés et/ou de nuit.

Enfin, à l'issue des différentes étapes de la visite, les données recueillies peuvent amener, si

cela est nécessaire, à proposer un aménagement du poste de travail, ou une adaptation du rythme du suivi individuel. La SFA et la SFMT recommandent que « *cette décision /.../ prenne en compte le niveau de risque que cette consommation 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...* » [25]. Un échange avec le médecin traitant peut être conseillé, en accord avec le travailleur.

CONCLUSION

Près de 18 % de la population générale consomme des médicaments psychotropes, au moins une fois par an. Les benzodiazépines et apparentés représentent une part importante de ces médicaments en raison de leurs propriétés anxiolytiques et hypnotiques.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de statistiques relatives au niveau d'usage des benzodiazépines en milieu de travail. Néanmoins, il est intéressant de noter que la consommation de médicaments psychotropes concerne toutes les catégories socioprofessionnelles. Bien qu'il existe une prédominance pour le genre féminin, cet usage n'est pas négligeable chez les hommes.

L'origine des usages de benzodiazépines et apparentés peut relever de facteurs individuels, mais aussi de facteurs liés au travail tels les risques psychosociaux. Ces derniers interviennent également dans la consommation d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis...). Les benzodiazépines et apparentés peuvent être impliqués dans des ac-

cidents du travail. Cependant, l'absence de traitement peut l'être également, particulièrement en cas de trouble de l'attention et de troubles du sommeil liés à un syndrome anxieux (cf. paragraphe *Atteinte des fonctions cognitives et psychomotrices*, p. 153). Aussi, il peut être pro-

posé que l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail intervienne à 2 niveaux : sur le plan collectif, en participant à la prévention des risques psychosociaux et sur le plan individuel, en favorisant le maintien dans l'emploi du travailleur, en lien avec son médecin traitant.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | **REVEY A, YRONDI A, MONTASTRUC F** - Règles de bon usage des benzodiazépines. *Presse Méd.* 2018 ; 47 (10) : 872-77.
- 2 | **CLOOS JM, BOCQUET V** - Dangers des benzodiazépines : risques connus et données récentes. *Rev Méd Liège.* 2013 ; 68 (5-6) : 303-10.
- 3 | État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France Rapport 2017. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), 2017 (<https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>).
- 4 | Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Expertise collective. INSERM, 2012 (www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/2071).
- 5 | **VORSPAN F, BARRÉ T, PARIENTE A, MONTASTRUC F ET AL.** - Faut-il limiter la durée des traitements par benzodiazépines ? *Presse Méd.* 2018 ; 47 (10) : 892-98.
- 6 | Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Recommandations professionnelles. Haute Autorité de santé (HAS), 2007 (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age).
- 7 | **CHANG CM, WU EC, CHEN CY, WU KY ET AL.** - Psychotropic drugs and risk of motor vehicle accidents: a population-based case-control study. *Br J Clin Pharmacol.* 2013 ; 75 (4) : 1125-33.
- 8 | **ORRIOLS L, PHILIP P, MOORE N, CASTOT A ET AL.** - Benzodiazepine-like hypnotics and the associated risk of road traffic accidents. *Clin Pharmacol Ther.* 2011 ; 89 (4) : 595-601.
- 9 | Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Fiche Mémo. Haute Autorité de santé (HAS), 2015 (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire).
- 10 | **SAÍAS T, GALLARDA T** - Réactions d'agressivité sous benzodiazépines : une revue de la littérature. *Encéphale.* 2008 ; 34 (4) : 330-36.
- 11 | **HERNANDEZ I, HE M, BROOKS MM, ZHANG Y** - Exposure-Response Association Between Concurrent Opioid and Benzodiazepine Use and Risk of Opioid-Related Overdose in Medicare Part D Beneficiaries. *JAMA Netw Open.* 2018 ; 1 (2) : e180919.
- 12 | **BRIAND MADRID L, PALLE C, RICHARD JB** - Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel. Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), 2015 (www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpva.pdf).
- 13 | **ORSET C, SARAZIN M, GRATALOUP S, FONTANA L** - Les conduites addictives parmi le personnel hospitalier : enquête de prévalence par questionnaire chez 366 agents du centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne. *Arch Mal Prof Environ.* 2011 ; 72 (2) : 173-80.
- 14 | **ANSOLEAGA E** - Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev Med Chil.* 2015 ; 143 (1) : 47-55.
- 15 | **DESJEUUX G, ASPAR AM, COLONNA D'ISTRIA E ET AL.** - Consommation d'hypnotiques chez les militaires français. *Méd. Armées.* 2007 ; 35 (2) : 155-58.
- 16 | **HACHE P** - Cannabis et travail. *Grand angle TC 160. Réf Santé Trav.* 2017 ; 152 : 37-51.
- 17 | **KOWALSKI-MCGRAW M, GREEN-MCKENZIE J, PANDALAI SP, SCHULTE PA** - Characterizing the Interrelationships of Prescription Opioid and Benzodiazepine Drugs With Worker Health and Workplace Hazards. *J Occup Environ Med.* 2017 ; 59 (11) : 1114-26.
- 18 | **CHOUANIÈRE D, COHIDON C, EDEY GAMASSOU C, KITTEL F ET AL.** - Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques. Assistance TP 13. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 127 : 509-17.
- 19 | **AIRAGNES G, LEMOGNE C, OLEKHOVITCH R, ROQUELAURE Y ET AL.** - Work-Related Stressors and Increased Risk of Benzodiazepine Long-Term Use : Findings From the CONSTANCES Population-Based Cohort. *Am J Public Health.* 2019 ; 109 (1) : 119-125.
- 20 | **AIRAGNES G, LEMOGNE C, GOLDBERG M, HOERTEL N ET AL.** - Job exposure to the public in relation with alcohol, tobacco and cannabis use: Findings from the CONSTANCES cohort



BIBLIOGRAPHIE (suite)

study. *PLoS One*. 2018 ; 13 (5) : e0196330.

21 | HAUTEFEUILLE M - « Je fais le métier », le dopage au quotidien : un dopage ordinaire. In: CRESPIN R, LHUILIER D, LUTZ G (Eds) - *Se doper pour travailler*. Collection Clinique du travail. Toulouse : Éditions Érès ; 2017 : 157-69, 348 p.

22 | NKYEKYEYER EW, FULTON-KEHOE D, SPECTOR J, FRANKLIN G - Opioid and Benzodiazepine Use

Before Injury Among Workers in Washington State, 2012 to 2015. *J Occup Environ Med*. 2018 ; 60 (9) : 820-26.

23 | PALMER KT, D'ANGELO S, HARRIS EC, LINAKE C ET AL. - The role of mental health problems and common psychotropic drug treatments in accidental injury at work: a case-control study. *Occup Environ Med*. 2014 ; 71 (5) : 308-12.

24 | Le dossier médical en santé

au travail – Recommandations de bonne pratique. Haute Autorité de santé (HAS), 2009 (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_757826/fr/le-dossier-medical-en-sante-au-travail).

25 | Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. Texte court des recommandations.

Recommandations élaborées par la SFA et la SFMT. Pratiques et métiers TM 27. *Réf Santé Trav*. 2013 ; 134 : 53-89.

26 | Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit. Recommandations de bonne pratique de la SFMT. Pratiques et métiers TM 25. *Réf Santé Trav*. 2012 ; 131 : 73-99.