

TABLE DES MATIÈRES

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Un dépistage et une intervention brève de 30 minutes guidée par ordinateur et menée par un thérapeute aux urgences peut réduire le nombre de jours de consommation de drogues. Page 1

Pas d'effet du baclofène à haute dose dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Page 2

IMPACT SUR LA SANTÉ

La consommation d'alcool augmente le risque de complications cardiovasculaires et rénales chez les fumeurs jeunes et d'âge moyen qui souffrent d'hypertension artérielle. Page 2-3

De nouvelles preuves confirment que l'usage concomitant d'opioïdes et de benzodiazépines augmente le risque d'overdose. Page 3

La prescription médicale d'opioïdes conduit à leur utilisation excessive, non contrôlée, par les adolescents. Page 4

VIH & VHC

Le baclofène n'a pas d'effet de réduction du nombre de jours d'abstinence d'alcool parmi des patients recevant un traitement pour l'hépatite C. Page 4

L'adhésion au traitement à base de buprénorphine est associée aux résultats améliorés du traitement de l'hépatite C. Page 5

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE & DOULEUR

Les patients traités aux urgences par des médecins qui prescrivent des opioïdes à haute fréquence sont plus susceptibles de développer un usage d'opioïdes persistant. Page 5

Les patients chez qui des troubles liés à la consommation d'opioïdes ont été diagnostiqués avant et après la pose du diagnostic de douleur chronique présentent des combinaisons différentes par rapport aux autres diagnostics. Page 6

Lors d'un syndrome de dépendance aux opioïdes prescrits, l'aggravation et la fluctuation de la douleur augmente le risque de rechute après un traitement dégressif par buprénorphine-naloxone, mais un complément psycho-éducatif ciblé peut aider. Page 6-7

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

JUILLET-AOÛT 2017

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Un dépistage et une intervention brève de 30 minutes guidée par ordinateur et menée par un thérapeute aux urgences peut réduire le nombre de jours de consommation de drogues

Des études multicentriques de grande envergure ont montré que l'intervention brève pour la consommation de drogues n'était pas efficace. Cette étude a inclus 780 patients d'un département d'urgences dépistés comme ayant consommé de la drogue dans les 3 derniers mois (consommation hebdomadaire ou plus fréquente, ou moins fréquente mais ayant des conséquences). Les participants inclus ont été attribués aléatoirement à 3 groupes : intervention brève interactive électronique, intervention brève menée par un thérapeute guidé par ordinateur (et un plan de changement en 4 pages), soins usuels (3 minutes de présentation d'une brochure de prévention VIH et d'une liste de ressources de santé). Tous les participants ont ensuite été répartis aléatoirement en 2 groupes pour une intervention de rappel (brève session d'information vs 40 minutes d'intervention motivationnelle). L'âge moyen était de 31 ans, 45% étaient des hommes, 52% des afro-américains, 74% sans emploi, 91% consommaient de la marijuana, 19% consommaient d'autres drogues illicites. Le pourcentage de participants présentant un trouble lié à la consommation de substances selon le DSM n'était pas précisé. Le taux de suivi était de 85% à 6 mois et 87% à 12 mois.

- L'analyse ajustée des principaux résultats (nombre de jours de consommation de drogues) a montré une différence significative entre le groupe recevant l'intervention par un thérapeute et le groupe recevant les soins usuels (taille d'effet=-0.24, intervalle de confiance à 95% entre -0.41 et -0.07) à 6 mois et 12 mois. Il n'y avait pas de différence significative pour l'intervention électronique seule. Les 2 interventions brèves n'avaient pas d'effet à 3 mois.
- Les données auto-reportées de consommation de cannabis ont été largement corroborées par un échantillon d'urine (84-87% des participants ont donné un échantillon).
- Dans les analyses non ajustées, la diminution à 12 mois du nombre de jours de consommation était plus élevée d'environ 6% dans le groupe recevant l'intervention par un thérapeute et l'intervention de rappel par rapport au groupe recevant les soins usuels (-27.6% [de 51.0 jours sur 90 à 36.9, soit une diminution de 14.1 jours] vs -20.9% [de 56.0 jours sur 90 à 44.3, soit une diminution de 11.7 jours], respectivement).

Commentaires : dans cette étude bien conçue, on trouve une légère différence au niveau du nombre de jours de consommation de drogues dans un échantillon de personnes consommant essentiellement de la marijuana et ayant bénéficié de l'intervention menée par le thérapeute. La taille d'effet de 0.24 correspond à un effet petit à modéré. On peut se demander si la perte au suivi ou la consommation auto-reportée chez les participants non soumis aux tests d'urine sont susceptibles d'avoir invalidé les résultats principaux. Certaines raisons peuvent expliquer ces effets positifs : une intervention combinant intervention électronique et thérapeute, les autres composantes de l'intervention, ou encore la sévérité de la consommation dans cet échantillon. Néanmoins, dans le contexte d'autres études n'ayant pas montré d'efficacité, il reste des questions quant à la reproductibilité de cette étude et à l'intérêt d'une telle intervention pour entraîner des réductions plus importantes au niveau du nombre de jours de consommation de drogues.

Jacques Gaume, PhD
(Traduction française)

Richard Saitz, MD, MPH
(Version originale anglaise)

Référence : Blow FC, Walton MA, Bohnert AS. A randomized controlled trial of brief interventions to reduce drug use among adults in a low-income urban emergency department: the HealthIER You study. *Addiction*. 2017;112(8):1395-1405.

Comité de rédaction

Rédacteur en chef

Richard Saitz, MD, MPH, FASAM, FACP
Professor of Community Health Sciences and Medicine
Chair, Department of Community Health Sciences
Boston University Schools of Public Health & Medicine

Rédacteur en chef adjoint

David A. Fiellin, MD
Professor of Medicine and Public Health
Yale University School of Medicine

Comité de rédaction

Nicolas Bertholet, MD, MSc
Alcohol Treatment Center
Clinical Epidemiology Center
Lausanne University Hospital

R. Curtis Ellison, MD
Professor of Medicine & Community Health
Boston University School of Medicine

Peter D. Friedmann, MD, MPH
Professor of Medicine & Community Health
Warren Alpert Medical School of Brown University

Kevin L. Kraemer, MD, MSc
Professor of Medicine and Clinical and Translational Science
Director, General Internal Medicine Fellowship Program
Director, RAND-University of Pittsburgh Scholars Program
Division of General Internal Medicine
University of Pittsburgh Schools of Medicine

Hillary Kunins, MD, MPH, MS
New York City Department of Health and Mental Hygiene,
and Professor of Clinical Medicine,
Psychiatry & Behavioral Sciences
Albert Einstein College of Medicine

Sharon Levy, MD
Director, Adolescent Substance Abuse Program
Boston Children's Hospital
Assistant Professor of Pediatrics
Harvard Medical School

Seonaid Nolan, MD
Clinical Assistant Professor of Medicine
University of British Columbia

Darius A. Rastegar, MD
Assistant Professor of Medicine
Johns Hopkins School of Medicine

Jeffrey H. Samet, MD, MA, MPH
Professor of Medicine & Community Health Sciences
Boston University Schools of Medicine & Public Health

Jeanette M. Tetrault, MD
Assistant Professor of Medicine (General Medicine)
Yale University School of Medicine

Alexander Y. Walley, MD, MSc
Assistant Professor of Medicine
Boston University School of Medicine
Medical Director, Narcotic Addiction Clinic
Boston Public Health Commission

Responsable de la publication

Katherine Calver, MA
Boston Medical Center

Traduction française

Service d'alcoologie
Département universitaire de médecine
et santé communautaires
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Lausanne, Suisse

Pas d'effet du baclofène à haute dose dans le traitement de la dépendance à l'alcool

Les preuves d'efficacité du baclofène (un agoniste GABA-B stéréosélectif puissant) dans le traitement des problèmes d'alcool sont contradictoires. Des chercheurs ont mené un essai randomisé comparatif multi-site en double aveugle comparant haute dose de baclofène (jusqu'à 150mg), dose modérée (30mg) et placebo. Les participants (n=150) étaient âgés de 18 à 70 ans, présentaient une dépendance à l'alcool selon le DSM IV, consommaient ≥ 14 unités par semaine pour les femmes, ou ≥ 21 unités par semaines pour les hommes, sur une période consécutive de 30 jours avec ≥ 2 jours de consommation importante (*heavy drinking day*) au cours des 90 derniers jours. L'étude comprenait une période d'ajustement de 6 semaines, suivie d'une période de stabilisation de la dose de 10 semaines.

- Dans le groupe baclofène haute-dose, la dose moyenne atteinte était de 94mg/jour.
- Il n'y avait pas de différence entre les groupes sur la mesure d'efficacité principale : le temps écoulé jusqu'à la reprise d'une consommation importante (défini par la présence d'un jour de consommation importante).
- Il n'y avait pas de différence entre les groupes dans la proportion de participants reprenant une consommation importante : 50% dans le groupe baclofène haute dose,

48% dans le groupe à dose modérée, 47% dans le groupe placebo. Il n'y avait pas non plus de différence sur la durée cumulative d'abstinence (62, 65 et 62 jours).

- Il n'y avait pas de différence entre les groupes lorsque les analyses se limitaient à la période de 10 semaines avec dose stabilisée.

Commentaires : cette étude ne montre pas d'effet d'un traitement à haute ou dose modérée de baclofène chez des patients souffrant de dépendance à l'alcool. Malgré le fait que les analyses post-hoc suggèrent un effet dose-réponse, la plupart des participants n'ont pas atteint la dose cible de 150mg à cause d'effets indésirables. Au vu de ces résultats, la prescription de baclofène haute dose pour le traitement des problèmes d'alcool n'est, à l'heure actuelle, pas soutenue par des preuves scientifiques.

Nicolas Bertholet, MD, MSc
(Version originale anglaise et traduction française)

Référence: Beraha EM, Salemink E, Goudriaan AE, et al. Efficacy and safety of high-dose baclofen for the treatment of alcohol dependence: a multicentre, randomised, double-blind controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26(12):1950-1959.

IMPACT SUR LA SANTÉ

La consommation d'alcool augmente le risque de complications cardiovasculaires et rénales chez les fumeurs jeunes et d'âge moyen qui souffrent d'hypertension

Pour évaluer l'impact de la consommation d'alcool associée au tabagisme sur les complications cardiovasculaires et rénales, les chercheurs ont analysé les données prospectives de 1204 participants blancs d'âge jeune à moyen (âge moyen de 33 ans, 73% d'hommes) avec une hypertension artérielle de stade I (pression sanguine moyenne 146/94). La consommation d'alcool et de tabac ont été évalués à l'aide d'un entretien.

Les complications cardiovasculaires et rénales majeures incluaient l'infarctus du myocarde mortel et non mortel, le syndrome coronarien aigu, les interventions de revascularisation cardiaque, l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux mortels et non mortels, la revascularisation de l'aorte ou des membres inférieurs, la fibrillation auriculaire et l'insuffisance rénale chronique de stade 3 et plus.

- Parmi les 1204 participants, 74 (6%) ont eu une complication cardiovasculaire et rénale majeure fatale ou non fatale (32 syndromes coronariens aigus, 11 accidents vasculaires cérébraux, 3 insuffisances cardiaques, 3 réparations d'anévrisme aortique, 6 revascularisations périphériques, 12 fibrillations auriculaires et 7 affections rénales) sur 12.6 ans de suivi.
- Les données non ajustées ont montré que les consommations de tabac et d'alcool (0, <50g/jour, ≥ 50 g/jour) étaient associées de manière linéaire avec une augmentation du risque de complications.
- Consommation d'alcool, tabagisme ou la combinaison des deux étaient associés à un risque accru de complications dans les modèles ajustés (tableau).

(suite en page 3)

Table. Hazard ratio (95% intervalle de confiance) dans les modèles ajustés* dans le groupe des consommateurs** (groupe de référence : non-fumeurs qui ne consomment pas de l'alcool)

Résultat	Consommation d'alcool	Tabagisme	Consommation d'alcool et de tabac	Tabagisme important (> 10 cigs/j) + consommation d'alcool
Évènements cardiovasculaires et rénaux majeurs, y compris une fibrillation auriculaire	1.8 (1.1 - 3.2)	1.5 (1.2 - 1.8)	4.0 (2.0 - 8.2)	7.8 (4.2 - 14.4)
Évènements cardiovasculaires et rénaux majeurs, sans fibrillation auriculaire	2.3 (1.2 - 4.3)	1.5 (1.2 - 1.9)	-	7.3 (3.8 - 14.1)

* Modèles ajustés selon l'âge, le sexe, la consommation de café, l'activité physique, l'indice de masse corporelle, les antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire, glucose, lipides, la tension artérielle moyenne sur 24 heures, l'incidence de l'hypertension et les changements longitudinaux de la pression artérielle et du poids corporel.

** Consommation d'alcool (n=569), tabagisme (n=254), consommation d'alcool + tabagisme (n=142), consommation d'alcool + tabagisme important (n=51).

Commentaires : cette étude démontre le lien entre la consommation d'alcool et de tabac et l'augmentation des risques de complications cardiovasculaires et rénales chez les fumeurs hypertendus de 45 ans et moins. Les résultats variables de cette étude sont assez hétérogènes et il est difficile de prédire quels événements cardiovasculaires sont plus spécifiques à la combinaison du tabagisme et de la consommation d'alcool. En outre, les résultats ajustés n'ont pas été spécifiés pour les niveaux de consommation d'alcool. Néanmoins, les résultats appuient les recommandations cliniques existantes pour contrôler la pression artérielle et encourager le sevrage du tabac et de la consommation d'alcool (ou non) à bas risque.

Dre Meryam Derkai Claeys
(Traduction française)

Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(Version originale anglaise)

Référence: Palatini P, Fania C, Mos L, et al. Alcohol intake more than doubles the risk of early cardiovascular events in young hypertensive smokers. *Am J Med.* 2017 [Epub ahead of print]. doi: 10.1016/j.amjmed.2017.02.041.

De nouvelles preuves confirment que l'usage concomitant d'opioïdes et de benzodiazépines augmente le risque d'overdose

Les directives cliniques recommandent aux cliniciens d'éviter de prescrire simultanément des opioïdes et des benzodiazépines. Dans cette étude, les chercheurs ont utilisé les données nationales des demandes de remboursement émanant de 315'428 adultes assurés en privé qui ont reçu au moins une ordonnance pour des opioïdes. Ils ont analysé les liens entre la prescription simultanée d'opioïdes et de benzodiazépines et les admissions dans un service d'urgences ou les hospitalisations pour overdose. La prescription simultanée d'opioïdes et de benzodiazépines a été définie comme une période de recouvrement d'au moins 1 jour de la couverture des ordonnances.

- L'usage concomitant d'opioïdes et de benzodiazépines a passé de 9% en 2001 à 17% en 2013.
- Dans les analyses ajustées en fonction de l'année, de l'âge, du sexe et des comorbidités, l'usage simultané d'opioïdes et de benzodiazépines a été associé avec un risque accru d'overdose chez toutes les personnes utilisant des opioïdes (odds ratio [OR], 2.14), chez celles qui en font un usage intermittent (OU, 1.42) et celles qui en font une utilisation chronique (OR, 1.81) en comparaison avec les personnes utilisant des opioïdes, mais sans usage de benzodiazépines.
- Les résultats ne changeaient que peu lorsque le degré de la période de recouvrement des prescriptions simultanées était augmenté de 1 jour à >25% de recouvrement.

- Les chercheurs ont estimé que la suppression de la prescription concomitante d'opioïdes et de benzodiazépines réduirait le nombre d'admissions aux urgences ou d'hospitalisations pour overdose d'environ 15%.

Commentaires: cette étude fournit des preuves supplémentaires d'un risque accru d'overdose par opioïdes lorsqu'il y a usage simultané d'opioïdes et de benzodiazépines, cette fois au sein d'une population adulte assurée en privé. Le fait que la prévalence de l'usage concomitant ait presque doublé entre 2001 et 2013 est tout aussi inquiétant. Les prescripteurs et les patients doivent être mieux informés des risques liés à l'utilisation simultanée d'opioïdes et de benzodiazépines.

Ruth Borloz
(Traduction française)

Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(Version originale anglaise)

Référence: Sun EC, Dixit A, Humphreys K, et al. Association between concurrent use of prescription opioids and benzodiazepines and overdose: retrospective analysis. *BMJ.* 2017;356:j760.

La prescription médicale d'opioïdes conduit à leur utilisation excessive, non contrôlée, par les adolescents

La prescription médicale d'opioïdes est associée à leur utilisation hors prescription, mais cette association n'est pas claire. Cette étude a utilisé des données transversales indépendantes tirées de "Monitoring the Future", une enquête représentative sur le plan national, pour explorer les tendances de l'utilisation médicale et non médicale des opioïdes dans les collèges aux USA entre 1976 et 2005.

- Des pics de prescription d'opioïdes ont été observés en 1989 et 2002 et sont restés élevés jusqu'à une baisse amorcée dès 2013.
- L'utilisation non médicale d'opioïdes était associée avec un usage médical pendant toute la durée de l'étude.
- L'utilisation médicale des opioïdes était nettement plus susceptible de précéder l'usage non médical chez les adolescents qui ont signalé les deux.

Commentaires: l'utilisation médicale d'opioïdes chez les adolescents est fréquente, bien que des campagnes récentes pour réduire leur prescription semblent de l'impact. Le rôle de l'exposition aux opioïdes de prescription dans la voie qui conduit aux troubles de l'usage d'opioïdes est encore mal connu, bien que

cette étude suggère un lien possible par le biais de l'usage non médical. Les comprimés restants d'opioïdes prescrits peuvent ensuite être utilisés pour soulager des douleurs, ou à des fins "récréatives", ou alors l'utilisation médicale peut favoriser le passage des adolescents à un usage non médical. Ces résultats incitent à la prudence par rapport à la prescription d'opioïdes à des patients adolescents et soulignent la nécessité de dispenser des conseils d'ordre préventif à tous les adolescents traités avec des opioïdes délivrés sur ordonnance.

Dre Marine Fassbind
(Traduction française)

Sharon Levy, MD, MPH
(Version originale française)

Référence: McCabe SE, West BT, Veliz P, et al. Trends in medical and nonmedical use of prescription opioids among US adolescents: 1976–2015. *Pediatrics*. 2017;139(4).

VIH & VHC

Le baclofène n'a pas d'effet de réduction du nombre de jours d'abstinence d'alcool parmi des patients recevant un traitement pour l'hépatite C

Le baclofène a été considéré comme un traitement prometteur pour les patients avec dépendance à l'alcool porteurs d'une pathologie hépatique, puisque son métabolisme est rénal. La littérature scientifique évaluant l'efficacité du baclofène sur le traitement de la dépendance à l'alcool a montré des résultats mixtes, avec de nombreuses études rapportant des collectifs de petite taille. Cette étude randomisée contrôlée contre placebo de 12 semaines a évalué l'efficacité du baclofène 10 mg 3 fois par jour sur l'abstinence d'alcool parmi 180 patients dépendants de l'alcool recevant un traitement à la consultation d'hépatologie d'hôpitaux de vétérans de l'administration américaine. Les patients présentaient une comorbidité hépatite C et dépendance à l'alcool, et rapportaient consommer plus de 7 verres standard par semaine au cours des deux dernières semaines ou un jour de consommation excessive d'alcool par semaine au cours des deux dernières semaines*. Au début de l'étude, les participants consommaient une moyenne de 32 verres standard par semaine. L'âge moyen était de 57 ans, 98% étaient des hommes et les participants étaient d'ascendance caucasienne pour 57% et africaine-américaine pour 36%.

- À 12 semaines, tous les participants ont une augmentation significative du pourcentage de nombre de jours d'abstinence d'alcool (de 37% à 69%). Comparé au placebo, le baclofène n'augmentait pas le pourcentage de jours d'abstinence.
- Il n'y avait pas de différences entre les deux groupes sur les critères secondaires de l'étude: le pourcentage de participants qui sont devenus complètement abstinents ou qui n'ont pas connu de jours de consommation excessive d'alcool entre la 4^{ème} et la 12^{ème} semaine de l'étude, le manque

d'alcool, l'anxiété, la dépression et le stress post-traumatique.

- Parmi les patients qui avaient achevé la 4^{ème} semaine d'étude, 9% sont devenus complètement abstinents (10% dans le groupe placebo et 8% dans le groupe baclofène).
- >4 verres par jour pour un homme et >3 verres par jour pour une femme.

Commentaires: bien que les résultats de cette étude aient pu être altérés par des patients avec une consommation plus faible, le recrutement ayant été fait dans une consultation d'hépatologie plutôt que dans un lieu de traitement pour la dépendance à l'alcool, et les critères d'inclusion d'hépatite C plutôt que de cirrhose, ces résultats ajoutent à la littérature suggérant que le baclofène, au moins à des doses standard, n'a pas donné de meilleur résultat que le placebo en termes d'augmentation de l'abstinence ou de réduction de la consommation d'alcool ou du sentiment de manque d'alcool.

Pr Jean-Bernard Daeppen
(Traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD
(Version originale anglaise)

Référence: Hauser P, Fuller B, Ho SB, et al. The safety and efficacy of baclofen to reduce alcohol use in veterans with chronic hepatitis C: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2017;112(7):1173–1183.

L'adhésion au traitement à base de buprénorphine est associée aux résultats améliorés du traitement de l'hépatite C

Aux États-Unis, le virus de l'hépatite C (VHC) est la cause majeure de l'insuffisance hépatique et la consommation de drogues à injection en est le principal facteur de risque. Le traitement à base d'agonistes opioïdes sous forme de méthadone ou de buprénorphine est le traitement le plus efficace pour traiter les troubles de la consommation d'opioïdes. Les chercheurs se sont penchés sur les caractéristiques associées à l'efficacité du traitement du VHC au sein d'une cohorte de patients dans la ville de New York qui ont reçu un traitement à base de buprénorphine à titre de soins primaires.

- Parmi les 390 patients qui ont commencé le traitement à base de buprénorphine entre 2009 et 2014, 123 (32%) avaient une infection chronique au VHC.
- Parmi les patients qui avaient une infection chronique au VHC, 52% ont été aiguillés vers un traitement, 33% ont passé une évaluation spécifique au VHC, 17% ont reçu une proposition de traitement, et 8% ont commencé un traitement. Parmi les 10 patients qui avaient commencé un traitement, 7 sont allés jusqu'au bout du traitement.
- Comparés à ceux qui n'ont pas poursuivi le traitement à base de buprénorphine, ceux qui l'ont poursuivi pendant ≥ 6 six mois avaient plus de chances d'être aiguillés vers un traitement

spécialement conçu pour le VHC (63% contre 34%) ; d'être soumis à une évaluation spécifique au VHC (41% contre 21%) ; et de commencer un traitement (9% contre 6%).

Commentaires : cette étude indique comment le traitement à base de buprénorphine peut faciliter l'identification et le traitement d'autres problèmes médicaux chroniques. Les résultats des traitements auraient probablement pu être encore davantage améliorés si une évaluation et un traitement spécifiques au VHC avaient été effectués dans les établissements qui fournissent des traitements à base de buprénorphine.

Charlotte Eidenbenz
(Traduction française)

Darius A. Rastegar, MD
(Version originale anglaise)

Référence: Norton BL, Beitin A, Glenn M, et al. Retention in buprenorphine treatment is associated with improved HCV care outcomes. *J Subst Abus Treat.* 2017;75:38–42.

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE & DOULEUR

Les patients traités aux urgences par des médecins qui prescrivent des opioïdes à haute fréquence sont plus susceptibles de développer un usage d'opioïdes persistant

L'augmentation de prescriptions d'opioïdes pour les douleurs aiguës et chroniques a entraîné des dommages croissants, tels que les troubles liés à l'usage d'opioïdes, les overdoses et le décès. Les chercheurs ont utilisé une base de données de bénéficiaires de *Medicare* afin d'évaluer l'association entre les schémas de prescription d'opioïdes appliqués par les médecins urgentistes et le risque d'usage à long terme. Les patients n'ayant pas reçu de prescription d'opioïdes au cours des 6 mois précédant la visite aux urgences étaient inclus dans l'étude, alors que ceux qui étaient dans un établissement de soins palliatifs ou souffraient d'un cancer diagnostiqué étaient exclus de l'étude. Les médecins urgentistes étaient classés selon la proportion de visites effectuées qui avaient conduit à une prescription d'opioïdes et étaient ensuite comparés à leurs collègues (au sein de leur propre institution). Deux catégories de médecins ont été créées : les urgentistes prescrivant à « haute fréquence », comprenant ceux qui se situaient dans le quartile le plus élevé, et les urgentistes prescrivant à « faible fréquence », incluant ceux qui se situaient dans le quartile le plus bas. L'échantillon comprenait 215'678 patients traités par des urgentistes prescrivant à basse fréquence et 161'951 par des urgentistes prescrivant l'opioïde à haute fréquence entre 2008 et 2011.

- Le taux moyen de prescriptions d'opioïdes effectuées par des urgentistes prescrivant à haute fréquence était 3.3 fois plus élevé que celui des urgentistes prescrivant à basse fréquence (24% des visites contre 7%).
- L'usage d'opioïdes à long terme (défini comme ≥ 180 jours de jours d'administration d'opioïdes au cours des 12 mois sui-

vant la visite indiquée dans le répertoire) était significativement plus élevé au sein des patients traités par des urgentistes prescrivant à haute fréquence (rapports de cote ajustés [aOR], 1.30). Un patient sur 49 ayant reçu une prescription d'opioïdes aux urgences a développé un usage ultérieur à long terme.

- Les patients traités par des urgentistes prescrivant à haute fréquence étaient plus susceptibles d'être admis à l'hôpital suite à une chute ou une fracture dans les 12 mois suivant la visite indiquée dans le répertoire des visites aux urgences (aOR, 1.07). Il n'y avait pas d'augmentation du nombre de visites aux urgences à court-terme pour des motifs de douleur traitée inadéquatement au sein des patients pris en charge par des urgentistes prescrivant à faible fréquence.

Commentaires: cette étude renforce des observations antérieures selon lesquelles la prescription d'opioïdes peut conduire à un usage à long terme. Bien que cette étude ne permette pas de se prononcer sur le nombre de personnes présentant un usage à long terme qui ont développé un usage problématique d'opioïdes, les résultats suggèrent qu'un usage plus judicieux d'opioïdes serait indiqué, même lorsque l'intention n'est de prescrire qu'un traitement de courte durée.

Véronique Grazioli, PhD, (Traduction française)

Darius A. Rastegar, MD, (Version originale anglaise)

Référence: Barnett ML, Olenski AR, Jena AB. Opioid-prescribing patterns of emergency physicians and risk of long-term use. *N Engl J Med.* 2017;376(7):663–673.

Les patients chez qui des troubles liés à la consommation d'opioïdes ont été diagnostiqués avant et après la pose du diagnostic de douleur chronique présentent des combinaisons différentes par rapport aux autres diagnostics

Des études effectuées dans des établissements de soins des troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) ont révélé une prévalence élevée de patients souffrant de douleurs chroniques parmi les patients qui présentent des troubles liés à l'usage d'opioïdes (TUO). Il existe moins d'informations quant à la prévalence des douleurs chroniques et d'autres pathologies somatiques chez les patients TUO suivis dans des établissements de médecine générale.

Cette étude a comparé – dans le système de santé général – les dossiers médicaux personnels (DMP) TUS, la santé mentale et d'autres diagnostics concernant l'état de santé au sein de 4 groupes de patients présentant des TUO: les patients avec TUO mais sans douleurs chroniques; les patients avec diagnostic de TUO posé avant le diagnostic de douleurs chroniques; les patients chez qui les diagnostics de TUO et de douleurs chroniques ont été posés simultanément; les patients chez qui le diagnostic de douleurs chroniques a précédé celui de TUO.

- Sur 4,6 millions de patients observés entre 2006 et 2015, 5'307 patients ont eu un diagnostic de TUO (0,1%).
- Deux tiers (64%) des patients atteints de TUO présentaient un diagnostic de douleurs chroniques; chez 62% de ces patients, le diagnostic de douleurs chroniques avait précédé celui de TUO.
- La prévalence d'autres diagnostics TUS était plus élevée chez les patients chez qui le diagnostic de TUO avait été posé avant celui de douleurs chroniques. Ce groupe présentait également une prévalence plus élevée d'infection par les virus du VIH et de l'hépatite C.

- Le quatrième groupe de patients (diagnostic de douleurs chroniques avant diagnostic de TUO) présentait la prévalence la plus élevée de troubles mentaux et de pathologies somatiques chroniques diverses.

Commentaires: une des limitations de cette étude tient au fait que l'on ne connaît pas la précision des diagnostics des dossiers médicaux personnels. Cette étude permet cependant d'identifier différentes combinaisons de troubles mentaux, TUS et diagnostics somatiques chroniques au sein de différents groupes de patients atteints de TUO et de douleurs chroniques. Le taux élevé de diagnostics de douleurs chroniques chez les patients souffrant de TUO reflètent probablement le cadre médical général, avec des taux globaux de diagnostics TUO faibles et, vraisemblablement, un faible taux d'accès au traitement pour les TUO. L'interaction entre douleurs chroniques et TUO dans ce contexte indique la complexité à laquelle doivent faire face les prestataires de soins médicaux généraux.

Dr Marc Court
(Traduction française)

Jose Merrill, MD, MPH ph
(Version originale anglaise)

Référence: Hser YI, Mooney LJ, Saxon AJ, et al. Douleur chronique chez les patients atteints d'un trouble de l'utilisation des opioïdes: résultats tirés des données de dossiers médicaux électroniques. J Subst Abuse Treat. 2017; 77: 26-30.

Lors d'un syndrome de dépendance aux opioïdes prescrits, l'aggravation et la fluctuation de la douleur augmente le risque de rechute après un traitement dégressif par Buprénorphine-Naloxone, mais un complément psycho-éducatif ciblé peut aider

Les patients ayant développé un syndrome de dépendance aux opioïdes et recevant un traitement agoniste opioïde dans un contexte de douleurs chroniques présentent un risque de rechute plus important. Pour déterminer si l'évolution de la douleur (c.-à-d. sa péjoration) ou son instabilité (c.-à-d. ses fluctuations) peuvent prédire l'usage d'opioïdes après un traitement dégressif par Buprénorphine-Naloxone (BUP-NLX), cette étude s'est appuyée sur des analyses secondaires de l'étude multicentrique Traitement des Addictions aux Opioïdes de Prescription (Prescription Opioid Addiction Treatment Study, POATS). Les données analysées portaient sur 125 patients présentant un syndrome de dépendance aux opioïdes et des douleurs chroniques, et recevant un traitement dégressif par BUP-NLX dans la phase 2 de l'étude. Le recrutement de l'étude POATS provient de centres communautaires de 10 villes américaines impliquées dans des essais cliniques nationaux.

- L'usage d'opioïdes a augmenté durant les 4 semaines de baisse du traitement agoniste opioïde, les prises urinaires montrant un résultat positif à 31% à la semaine 16 contre 22% à la semaine 13.
- Alors que l'indice de sévérité de la douleur n'était pas prédictif, l'aggravation de la douleur dans le temps (odds ratio

[OR], 2.38) ainsi que sa plus grande instabilité (OR, 2.43) pendant le traitement par BUP-NLX étaient prédictifs de l'utilisation des opioïdes durant la phase de baisse du traitement. L'aggravation de la douleur dans le temps (taux d'incidence [TI], 1.4), ainsi qu'une plus grande instabilité de la douleur (TI, 1.66) durant le traitement par BUP-NLX ont prédit de façon similaire plus de jours d'usage d'opioïdes par semaine.

- Un soutien psycho-éducatif ciblé additionnel a permis de diminuer l'usage d'opioïdes (OR, 0.17) dans le sous-groupe avec douleur chronique, bien que cet effet n'ait pas été démontré dans la totalité de l'étude.

Commentaires : cette étude suggère que la dynamique de la douleur chronique (c.-à-d. son aggravation ou ses fluctuations) est un meilleur prédicteur de la rechute à l'usage d'opioïdes que l'indice de sévérité. Ce résultat peut sembler intuitif du fait qu'une exacerbation ou une grande variabilité du profil douloureux rend difficile une acclimatation à un niveau stable de douleur. Un résultat inattendu a été le bénéfice d'un soutien psycho-éducatif ciblé additionnel dans le sous-groupe avec douleur chronique, qui peut s'expliquer par l'acquisition de compétences d'adaptation permet-

permettant d'éviter le développement d'un usage récurrent. Ce volet de l'étude mérite donc d'être répété.

Clara Feteanu, MD
(Traduction française)

Peter D. Friedmann, MD
(Version originale française)

Référence: Worley MJ, Heinzerling KG, Shoptaw S, Ling W. Volatility and change in chronic pain severity predict outcomes of treatment for prescription opioid addiction. *Addiction*. 2017;112(7):1202–1209.

Note du traducteur : une distinction est faite dans la littérature anglo-saxonne entre les opioïdes de prescription (Prescription Opioids) et les opioïdes prescrits (Prescribed Opioids), les premiers concernant les opioïdes d'ordonnance médicale utilisés par les usagers en dehors d'une prescription, contrairement aux opioïdes prescrits. Pour des précisions sur les différences entre les contextes nord-américain et européen au sujet des opioïdes de prescription, voir aussi: Scholten W., European drug report 2017 and opioid-induced deaths, *Eur J Hosp Pharm* Published Online First: 05 August 2017. doi: 10.1136/ejhpharm-2017-001347.

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles est une lettre d'information gratuite diffusée en version anglaise par Boston Medical Center, soutenue initialement par the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (la branche alcool et alcoolisme de l'Institut National de la Santé aux Etats-Unis) et actuellement par the National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cette lettre d'information est produite en coopération avec l'Ecole de Médecine et de Santé Publique de l'Université de Boston.

La version originale de la lettre d'information est disponible sur le site internet www.aodhealth.org.

Sont également disponibles sur ce site en version anglaise des présentations à télécharger, ainsi qu'une formation gratuite au dépistage et à l'intervention brève.

Visitez
www.alcoologie.ch
pour consulter la lettre
d'information en ligne,
et vous y inscrire
gratuitement !

Les journaux les plus régulièrement
consultés pour la lettre d'information
sont :

Addiction
Addictive Behaviors
AIDS
Alcohol
Alcohol & Alcoholism
Alcoologie et Addictologie
Alcoholism: Clinical & Experimental Research
American Journal of Drug & Alcohol Abuse
American Journal of Epidemiology
American Journal of Medicine
American Journal of Preventive Medicine
American Journal of Psychiatry
American Journal of Public Health
American Journal on Addictions
Annals of Internal Medicine
Archives of General Psychiatry
Archives of Internal Medicine
British Medical Journal
Drug & Alcohol Dependence
Epidemiology
European Addiction Research
European Journal of Public Health
European Psychiatry
Journal of Addiction Medicine
Journal of Addictive Diseases
Journal of AIDS
Journal of Behavioral Health Services & Research
Journal of General Internal Medicine
Journal of Studies on Alcohol
Journal of Substance Abuse Treatment
Journal of the American Medical Association
Lancet
New England Journal of Medicine
Preventive Medicine
Psychiatric Services
Substance Abuse
Substance Use & Misuse

Pour d'autres journaux évalués
périodiquement consultez :
www.aodhealth.org

**Pour plus d'information
contactez :**

Alcool, autres drogues et santé :
connaissances scientifiques actuelles
Service d'alcoologie
CHUV-Lausanne
info.alcoologie@chuv.ch