

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

NOVEMBRE — DÉCEMBRE 2017

TABLE DES MATIÈRES

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

La naltrexone injectable après l'initiation de naltrexone orale à faible dose peut améliorer les résultats du traitement. 1

La consommation continue d'opioïdes est un facteur de risque d'abandon précoce du traitement à base de buprénorphine. 2

Un service de consultation médicale en addictologie pour les patients hospitalisés : saisir une occasion favorable. 2

IMPACT SUR LA SANTÉ

La consommation de marijuana pourrait augmenter la mortalité liée à l'hypertension. 3

Les usagers de drogues IV à haut risque n'augmentent pas leur consommation après avoir bénéficié d'une formation à l'utilisation de naltrexone en cas d'urgence. 3

État de l'usage des opioïdes sur ordonnance à des fins médicales et non médicales aux USA. 4

Des liens parentaux forts associés à la réduction de l'abus d'alcool épisodique au début de l'âge adulte. 4

VIH & VHC

La criminalisation de la consommation de substances fait obstacle à la prévention et au traitement du VIH. 4

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE & DOULEUR

Maigres preuves à l'appui de l'utilisation du cannabis pour lutter contre la douleur chronique. 5

L'intervention de soins de premier recours à composantes multiples peut renforcer le respect des recommandations lors de la distribution d'ordonnances pour des opioïdes. 5

Les adultes américains souffrant de troubles psychiques reçoivent plus de prescriptions d'opioïdes. 6

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

La naltrexone injectable après l'initiation de naltrexone orale à faible dose peut améliorer les résultats du traitement

Avant de s'engager dans un traitement à la naltrexone (XR) injectable à longue durée d'action, une période d'abstinence aux opioïdes de 7 à 10 jours est recommandée aux patients présentant un trouble de consommation d'opioïdes (TCO) afin d'atténuer la gravité des symptômes d'un sevrage hâtif; cette démarche peut s'avérer très difficile, en particulier pour les patients suivis en ambulatoire. Selon la littérature, le traitement à base de naltrexone XR peut être introduit plus tôt s'il est précédé de faibles doses de naltrexone par voie orale, tout en traitant les symptômes de sevrage au moyen de médicaments non opioïdes. Les chercheurs ont randomisé 150 patients adultes suivis en ambulatoire et présentant un TCO soit dans le groupe recevant des doses orales de naltrexone avant le début du traitement, soit dans le groupe de sevrage standard avec réduction progressive des doses de buprénorphine. Les patients du groupe recevant des doses orales de naltrexone avant le début du traitement recevaient de la buprénorphine seulement le 2^{ème} jour, puis des doses orales croissantes de naltrexone et des médicaments non opioïdes aux jours 3 à 7, puis de la naltrexone XR au jour 8. Les patients du groupe sous buprénorphine standard recevaient des doses dégressives de buprénorphine pendant 7 jours puis, après 7 jours d'abstinence d'opioïdes, recevaient de la naltrexone XR au jour 15. Les résultats principaux se sont avérés bons pour les première et deuxième injections de naltrexone XR.

- Le groupe sous buprénorphine a connu une diminution plus rapide des symptômes de sevrage modérés à graves que le groupe qui était sous naltrexone avant le début du traitement; mais cette différence n'a pas été retrouvée chez les patients qui ont présenté des symptômes légers de sevrage durant la première semaine.
- 56% des participants issus du groupe sous naltrexone avant le début du traitement ont reçu une première injection de naltrexone XR, contre 33% des participants issus du groupe sous buprénorphine.
- La moitié des participants sous naltrexone avant le début du traitement a reçu une deuxième injection, contre 27% des participants sous buprénorphine.
- Les participants qui consommaient des opioïdes sur ordonnance présentaient 3,8 fois plus de chances de recevoir une première injection de naltrexone, et 2,3 fois plus de chances d'en recevoir une deuxième, comparativement aux participants qui consommaient de l'héroïne.

Commentaires : cette étude montre que les patients en ambulatoire présentant des troubles de consommation d'opioïdes, ayant reçu une dose orale, puis une injection de naltrexone XR avant le début du traitement et pendant la période de sevrage, avec seulement une dose de buprénorphine et d'autres médicaments (au jour 8), ont plus de chances de recevoir une injection que ceux qui ont reçu de la buprénorphine puis, plus tard, de la naltrexone XR (jour 15). Étant donné que la plupart des participants (~4/5) ne s'injectaient pas de drogues, il est difficile de généraliser ces résultats. Les résultats de cette étude doivent être appliqués avec prudence aux patients qui consomment de l'héroïne et pour lesquels les résultats ont été moins bons dans les deux groupes de traitement.

Charlotte Eidenbenz
(traduction française)

Jessica L. Taylor, MD[†] et Alexander Y. Walley, MD, MSc
(version anglaise)

[†] Éditorialiste interne et professeure assistante de médecine, Boston Medical Center

Référence : Sullivan M, Bisaga A, Pavlicova M, et al. Long-acting injectable naltrexone induction: A randomized trial of outpatient opioid detoxification with naltrexone versus buprenorphine. *Am J Psychiatry*. 2017;174(5):459–467.

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

La consommation continue d'opioïdes est un facteur de risque d'abandon précoce du traitement à base de buprénorphine

L'interruption du traitement agoniste opioïde expose les patients au risque de reprendre leur consommation d'opioïdes et de faire une overdose. On relève les taux les plus élevés d'abandon du traitement à base de buprénorphine pendant le premier mois du traitement. Les auteurs de cette étude ont cherché à caractériser : 1) la fréquence d'abandon du traitement et les caractéristiques des patients qui abandonnent le traitement \leq 1 mois après le début du traitement en cabinet avec buprénorphine ; et 2) la fréquence à laquelle les patients reviennent dans le même centre de soins pour un traitement en cabinet au cours des deux ans qui suivent, et les caractéristiques de ces patients.

- 8% (104/1234) des patients ont abandonné le traitement de façon précoce.
- Les résultats positifs (en opioïdes) des tests de dépistage de substances dans l'urine au cours du premier mois étaient associés à une probabilité accrue d'un abandon précoce (odds ratio ajusté [ORa], 2,01). Le fait de changer de médecin prescripteur de buprénorphine était associé à une diminution du risque d'abandon très précoce (ORa, 0,09).
- Dans le sous-échantillon de patients qui ont abandonné le traitement de manière précoce, 12% (10/84) ont repris le traitement par opioïdes en cabinet au cours des 2 années qui ont suivi. Aucune caractéristique n'était associée de façon significative à la reprise du traitement.

Commentaires : dans cette analyse de données exploratoire issue d'un centre de traitement par opioïdes en cabinet, l'abandon du traitement par buprénorphine était rare et était associé à une consommation continue d'opioïdes durant le premier mois du traitement. Cela semble indiquer que les patients dont les analyses toxicologiques des urines confirment une consommation continue d'opioïdes pourraient bénéficier de ressources supplémentaires.

Charlotte Eidenbenz
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD
(version anglaise)

Référence: Hui D, Weinstein ZM, Cheng DM, et al. Very early disengagement and subsequent re-engagement in primary care Office Based Opioid Treatment (OBOT) with buprenorphine. *J Subst Abuse Treat.* 2017;79:12–19.

Un service de consultation médicale en addictologie pour les patients hospitalisés : saisir une occasion favorable

Les troubles liés à l'utilisation de substances sont fréquents chez les patients hospitalisés. La possibilité d'instaurer un traitement de l'addiction à l'hôpital et d'établir un lien direct avec le traitement ambulatoire a été établi, mais il existe des obstacles à sa mise en pratique. Les services de consultation en addictologie pour les patients hospitalisés peuvent faciliter l'établissement d'un lien entre les patients et les soins. Cette étude décrit l'expérience initiale du service de consultation en addictologie (ACS) au Boston Medical Center, qui offre ces prestations depuis 2015.

- Durant les 26 premières semaines d'activité du service, 367 consultations ont été confiées à l'ACS, dont 337 ont été effectuées avec 319 patients. En moyenne, 2,8 consultations ont été demandées pour chaque jour de la semaine où le service était disponible.
- Sur les 337 consultations effectuées : 78% des patients présentaient un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO), 37% un trouble lié à l'utilisation d'alcool (TUA), 28% un trouble lié à l'usage de cocaïne, 9% un trouble lié à l'utilisation de benzodiazépines, 3% un trouble lié à l'utilisation de cannabinoïdes (y compris les cannabinoïdes de synthèse) et <1% un trouble lié à l'utilisation de méthamphétamines.
- La méthadone a été instaurée chez 70 patients hospitalisés et la buprénorphine chez 40 patients hospitalisés. La naltrexone a été recommandée 45 fois (pour TUO, TUA, ou les deux).
- Parmi les patients sous traitement de méthadone, 76% ont été rattachés à un programme de traitement d'opiacés, dont 54%, 49% et 29% étaient encore retenus à respectivement 30, 90 et 180 jours. Pour la naltrexone, 26% ont continué avec la naltrexone régulièrement, tous avec TUA seulement.

(suite en page 3)

Un service de consultation médicale en addictologie pour les patients hospitalisés : saisir une occasion favorable (suite de la page 2)

Commentaires : Dans cette étude descriptive sur site unique, la création d'un service de consultation en addictologie pour patients hospitalisés était réalisable et s'est avérée efficace pour lier les patients à un traitement ambulatoire. Cela a été particulièrement vrai pour les patients avec TUO pour lesquels un traitement de méthadone a été instauré. Des stratégies supplémentaires sont nécessaires pour maintenir les patients ambulatoires en traitement dans cette population.

Dre Susanne Lange
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Reference: Trowbridge P, Weinstein ZM, Kerensky T, et al. Addiction consultation services – linking hospitalized patients to outpatient addiction treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2017;79:1–5.

IMPACT SUR LA SANTÉ

La consommation de marijuana pourrait augmenter la mortalité liée à l'hypertension

La marijuana pourrait être liée à la survenue de maladies cardiovasculaires, mais les preuves à l'appui sont peu nombreuses. À l'aide de données de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2005 et des données de mortalité de 2011 du centre national des statistiques de santé, des chercheurs ont évalué les taux de mortalité et les rapports de risque (hazard ratio HR) pour les décès dus à l'hypertension artérielle ou aux maladies cardiaques et vasculaires cérébrales chez les personnes qui consomment de la marijuana par rapport à celles qui n'en consomment pas.

- Il y avait 1213 participants (âgés de ≥ 20 ans) avec 19569 années-personnes de suivi. L'âge moyen au début du suivi était de 38 ans. 34% ne consommaient ni marijuana ni cigarettes, 21% consommaient uniquement de la marijuana, 20% consommaient de la marijuana et des cigarettes et 16% étaient des consommateurs de marijuana et d'anciens fumeurs. La durée moyenne de la consommation de marijuana était de 12 ans.
- Dans les modèles ajustés pour les caractéristiques sociodémographiques et médicales (y compris le tabagisme, la consommation d'alcool, la présence de diagnostics d'hypertension artérielle et de maladie cardiovasculaire), les personnes consommant de la marijuana présentaient un risque accru de

décès par hypertension (HR, 3.42) par rapport aux personnes qui ne consommaient pas de marijuana. Le HR pour chaque année d'utilisation de marijuana était de 1.04.

- Les rapports de risque pour les décès dus à des maladies cardiaques ou vasculaires cérébrales n'étaient pas significatifs.

Commentaires : selon les résultats de cette étude, la consommation de marijuana augmenterait le risque de décès lié à l'hypertension artérielle. Ces résultats devraient être repris dans une étude qui évaluerait la consommation de marijuana dans la durée. Ils suscitent cependant des inquiétudes quant à l'impact possible de la consommation récréative de marijuana sur la mortalité cardiovasculaire à un moment où la légalisation devient plus fréquente aux USA.

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

Référence: Yankey BA, Rothenberg R, Strasser S, et al. Effect of marijuana use on cardiovascular and cerebrovascular mortality: A study using the National Health and Nutrition Examination Survey linked mortality file. *Eur J Prev Cardiol.* 2017;24(17):1833–1840.

Les usagers de drogues IV à haut risque n'augmentent pas leur consommation après avoir bénéficié d'une formation à l'utilisation de naloxone en cas d'urgence

Les kits d'urgence contenant de la naloxone sont devenus une stratégie clé pour réduire la fréquence des intoxications létales par opioïdes chez les usagers de drogues. On craint toutefois que cette stratégie puisse conduire à une compensation des risques, à savoir une augmentation des comportements à risque due à une perception négative moindre des conséquences de l'usage d'opioïdes. Cette étude prospective examinait si l'usage de substances auto-déclaré et l'Index de Sévérité d'Addiction (Addiction Severity Index – ASI) se trouvaient modifiés dans ce contexte, en tenant compte de la présence ou non d'un traitement agoniste opioïde (TAO) chez ces usagers.

On retient parmi les résultats :

- Les usagers consommant de l'héroïne qui ne recevaient pas de TAO diminuaient leur consommation journalière (auto-déclarée) et l'ASI diminuait à un et trois mois après avoir reçu la formation sur le surdosage et l'utilisation de la naloxone.
- Pas de modification significative du nombre de substances consommées mis en évidence.
- Parmi les personnes recevant un traitement de méthadone ou de buprénorphine, pas de modification significative dans l'usage auto-déclaré de drogues à un et trois mois.

Commentaires : cette étude permet de réaffirmer que la formation à la prévention des intoxications létales et la distribution du kit de naloxone n'augmentent pas la consommation de substances. Le design de l'étude constitue une limitation. Cependant, ce type d'information est utile aux intervenants prenant en charge des usagers d'opioïdes, et les programmes de mise à disposition de kits de naloxone. Les résultats de cette étude sont un argument en faveur de telles initiatives, en écartant le contre-argument de la compensation supposée.

Dr Victor Leroy
(traduction française)

Jessica Gray, MD[†] and Alexander Y. Walley, MD, MSc
(version originale anglaise)

[†] Contributeur éditorialiste interne et membre d'Addiction Medicine Fellow, Boston Medical Center/Boston University School of Medicine

Référence: Jones JD, Campbell A, Metz VE, Comer SD. No evidence of compensatory drug use risk behavior among heroin users after receiving take-home naloxone. *Addict Behav.* 2017;71:104–106.

État de l'usage des opioïdes sur ordonnance à des fins médicales et non médicales aux USA

L'étude nationale sur la consommation de substances et la santé est menée chaque année parmi des adolescents et des adultes aux USA et s'intéresse à la consommation d'opioïdes sous ordonnance et à la consommation à des fins non médicales d'opioïdes sous ordonnance (CFNMOO). Les chercheurs ont exploité des données récoltées à partir d'entretiens avec 51'200 adultes ≥18 ans menés en 2015 pour analyser la prévalence de la consommation d'opioïdes sous ordonnance et de la CFNMOO, ainsi que les facteurs démographiques et les motifs de consommation qui y sont associés.

- Dans l'ensemble, 38% des personnes interrogées (à savoir environ 92 millions d'adultes aux USA) ont rapporté avoir consommé un opioïde au cours de l'année précédente ; 4,7% ont rapporté une CFNMOO (12 millions) ; 0,8% a satisfait aux critères du trouble de la consommation d'opioïdes (2 millions).
- Des personnes qui ont rapporté une CFNMOO, 60% ont rapporté avoir consommé un opioïde sans ordonnance ; 22% ont consommé des quantités plus élevées que celles prescrites, 15% plus souvent que ce qui leur avait été prescrit, et 13% pendant plus longtemps que ce qui leur avait été prescrit.
- Les personnes ayant rapporté une CFNMOO invoquaient le plus souvent les motifs suivants : soulager les douleurs physiques (66%), se détendre (11%) et pouvoir « planer » (11%).

Les personnes présentant un trouble de la consommation d'opioïdes rapportaient le plus souvent les motifs suivants : soulager les douleurs physiques (49%), pouvoir « planer » (16%), être « accro » (12%), et se détendre (9%).

Commentaires : cette étude montre que la consommation d'opioïdes sur ordonnance et la CFNMOO sont des pratiques courantes aux USA. Le fait de soulager les douleurs physiques soit le motif le plus fréquemment invoqué est intéressant et mérite d'être étudié de manière plus approfondie. Bien que les auteurs avancent que c'est le signe d'un besoin de pouvoir « gérer la douleur sur la base de preuves », la question de savoir si cela sera vraiment utile reste sans réponse. Jusqu'ici, nous ne disposons que de maigres preuves et l'approche selon laquelle la douleur doit être « gérée » de manière agressive n'a fait qu'envenimer le problème.

Charlotte Eidenbenz
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD
(version anglaise)

Référence: Han B, Compton WM, Blanco C, et al. Prescription opioid use, misuse, and use disorders in US adults: 2015 National Survey on Drug Use and Health. *Ann Intern Med.* 2017;167(5):293–301.

Des liens parentaux forts associés à la réduction de l'abus d'alcool épisodique au début de l'âge adulte.

La consommation excessive occasionnelle d'alcool (Heavy Episodic drinking, HED) est une des premières causes de mortalité et morbidité chez les jeunes américains. La probabilité de HED augmente pendant les trois dernières années de la scolarité, se stabilise brièvement, puis diminue vers le début de l'âge adulte. Ce rapport a examiné le lien entre la qualité du lien parental et le risque de HED parmi les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans.

- La qualité de la relation paternelle était négativement associée au HED chez les fils et les filles âgé-e-s de 18 à 25 ans (odds ratio [OR], 0.73).
- La qualité de la relation maternelle était négativement associée au HED chez les fils et les filles âgé-e-s jusqu'à l'âge de 19 ans. L'association devient moins importante chez les filles à partir de l'âge de 20 ans (OR, 0.87, 95% CI: 0.72–1.04), mais demeure importante chez les fils jusqu'à l'âge de 25 ans.

Commentaires : Les parents peuvent se sentir impuissants à influencer les comportements à risque de leurs enfants à partir du

moment où ceux-ci atteignent l'âge de la majorité légale et sont reconnus responsables de leurs actes et décisions. Cet article rappelle l'influence que les parents continuent d'avoir sur leurs enfants adultes et indique que des liens positifs forts entre les jeunes adultes et leurs parents peuvent apporter des bénéfices substantiels pour la santé.

Dre Ira Alamani
(traduction française)

Sharon Levy, MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence: Madkour AS, Clum G, Miles TT, et al. Parental influences on heavy episodic drinking development in the transition to early adulthood. *J Adolesc Health.* 2017;61(2):147–154.

VIH & VHC

La criminalisation de la consommation de substances fait obstacle à la prévention et au traitement du VIH

Les personnes qui s'injectent des drogues (PID) sont à risque d'être contaminées par le VIH. La criminalisation de la consommation de substances pourrait réduire la transmission du VIH en décourageant la consommation de manière générale. D'un autre côté, elle pourrait encourager la consommation à risque et empêcher l'accès aux services de prévention et aux traitements. Les

chercheurs ont effectué une revue systématique de la littérature entre 2006 et 2014 concernant cette question.

- 106 articles ont satisfait aux critères d'inclusion : 49 études transversales, 29 études longitudinales, 22 études qualitatives, 4 études de modélisation mathématique et 2 études à métho-

(suite en page 5)

La criminalisation de la consommation de substances fait obstacle à la prévention et au traitement du VIH

(suite de la page 4)

dologie mixte. Ces études ont été menées en Amérique du Nord (40%), en Asie (25%), en Europe orientale (11%), en Amérique du Sud (9%), au Moyen-Orient (8%), en Europe occidentale (5%) et en Océanie (1%).

- Ces études se sont penchées sur différents indicateurs de criminalisation, y compris la police de rue (37%), les incarcérations (36%), les lois sur les instruments employés pour la prise de drogue (12%), les stratégies nationales de lutte contre la drogue (10%), et l'interdiction ou la restriction des traitements à base d'agonistes opioïdes, les échanges de seringues ou autres interventions préventives concernant le VIH (9%).
- Parmi les études choisies, 80% indiquent que la criminalisation de la consommation de substances a des répercussions négatives sur les mesures de prévention et de traitement du VIH ; 9% n'ont identifié aucune association ; 5% ont observé des effets nuls et négatifs, et 1% a identifié des effets bénéfiques et négatifs.

Commentaires : la plupart des preuves portent à conclure que la criminalisation de la consommation de substances a des répercussions négatives sur les mesures de prévention et le traitement du VIH. Sans oublier les coûts exorbitants d'ordre financier et social qu'engendre cette criminalisation. Pour une meilleure approche de la question de la contamination des PID par le VIH, il est nécessaire de renoncer aux politiques punitives.

Charlotte Eidenbenz
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD
(version anglaise)

Référence: DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, et al. HIV and criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4:e357–e374.

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET DOULEURS

Maigres preuves à l'appui de l'utilisation du cannabis pour lutter contre la douleur chronique

Bien que le cannabis, légal ou illicite, soit fréquemment utilisé pour contrôler la douleur chronique, la solidité des preuves scientifiques qui soutiennent cette pratique est incertaine. Les chercheurs se sont penchés sur 2 revues systématiques, 27 essais randomisés contrôlés et 3 études observationnelles pour évaluer l'impact du cannabis sur la douleur chronique. Onze revues systématiques et 32 études observationnelles s'intéressaient aux effets indésirables.

- En ce qui concerne les douleurs neuropathiques chroniques, 11 études indiquaient qu'une proportion plus élevée de patients sous intervention présentaient, jusqu'à plusieurs mois plus tard, un soulagement des douleurs significatif du point de vue clinique. Une méta-analyse de 9 de ces études indiquait que les patients qui recevaient du cannabis avaient plus de chances que ceux du groupe contrôle de rapporter une diminution de 30% ou plus des douleurs neuropathiques (rapport de risque [RR], 1,43).
- En ce qui concerne les douleurs chroniques dues à la sclérose en plaques (9 études), au cancer (3 études) et à d'autres causes (5 études), les bénéfices tirés du traitement à base de cannabis avaient des preuves insuffisantes à leur appui.
- En ce qui concerne les effets indésirables de la consommation de cannabis, des preuves modérées soutenaient un risque accru d'accidents de la route, et de maigres preuves soutenaient l'augmentation des effets indésirables sur la santé mentale.

Commentaires : bien conçue, cette analyse systématique indique que le cannabis peut être efficace pour traiter les douleurs neuropathiques chroniques. Le fait qu'aucune conclusion n'ait pu être tirée concernant l'efficacité du cannabis pour d'autres types de douleurs chroniques illustre la base insuffisante de preuves à l'appui de l'utilisation de cannabis pour le traitement de la douleur chronique. La plupart des études examinées n'incluaient que peu de patients ou en faisaient une sélection rigoureuse, étaient de courte durée et concernaient des doses variables de cannabinoïdes. Des études de meilleure qualité sont nécessaires ; elles devraient soit porter sur le cannabis standard à base de plantes, soit s'intéresser à des doses spécifiques de cannabinoïdes. Pour que de telles études puissent voir le jour aux États-Unis, il sera nécessaire de lever les barrières qui font obstacle à la recherche en matière de cannabis à l'échelle fédérale.

Charlotte Eidenbenz
(traduction française)

Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version anglaise)

Référence: Nugent SM, Morasco BJ, O'Neil ME, et al. The effects of cannabis among adults with chronic pain and an overview of general harms: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2017;167(5):319–331.

L'intervention de soins de premier recours à composantes multiples peut renforcer le respect des recommandations lors de la distribution d'ordonnances pour des opioïdes

Les mesures de prévention contre la prescription à risque d'opioïdes sont une priorité nationale. Les chercheurs ont randomisé 53 médecins issus de 4 cabinets de soins de premier recours et les ont regroupés soit dans le groupe d'interventions à composantes multiples (répertoire électronique, visite acadé-

mique, gestion des soins infirmiers, outils de décision électroniques), soit dans le groupe de contrôle (seulement les outils de décision électroniques). Les cliniciens admissibles avaient dans leur patientèle ≥ 4 patients qui suivaient un traitement à long terme à base d'opioïdes. Pendant une période de 12 mois, les

(suite en page 6)

L'intervention de soins de premier recours à composantes multiples peut renforcer le respect des recommandations lors de la distribution d'ordonnances pour des opioïdes (suite de la page 5)

chercheurs ont analysé les *résultats principaux* des soins de santé prodigués dans le respect des recommandations (par ex. la signature d'un consentement et au moins 1 examen de dépistage de substances dans les urines) et des renouvellements d'ordonnance anticipés (à savoir ≥ 2 renouvellements d'ordonnance anticipés), et les *résultats secondaires* de l'interruption de la consommation d'opioïdes et/ou de la diminution de la dose d'opioïdes de 10%.

- Les patients issus du groupe intervention (n=586) avaient plus de chances que ceux du groupe contrôle (n=399) de recevoir des soins conformes aux recommandations (odds ratio ajusté [ORa], 6,0), mais n'avaient pas moins de chances que ceux du groupe de contrôle d'obtenir ≥ 2 renouvellements d'ordonnance anticipés (ORa, 1,1).
- Les patients du groupe intervention avaient plus de chances que ceux du groupe de contrôle d'interrompre leur consommation d'opioïdes (ORa, 1,5) ou de réduire leur dose d'opioïdes (ORa, 1,6).
- Les 4 cabinets de soins de premier recours ont tous fait des efforts pour continuer les interventions au-delà de la durée de l'étude.

Commentaires : bien conçu, cet essai montre qu'une intervention de soins de premier recours à composantes multiples peut renforcer le respect des recommandations lors du traitement à base

d'opioïdes, l'arrêt de la consommation d'opioïdes et la réduction des doses. Il n'était pas précisé si les cas d'arrêt de la consommation d'opioïdes ou de réduction des doses étaient dus au fait que les abus d'opioïdes étaient identifiés grâce à une surveillance accrue. Bien qu'un cinquième des patients des deux groupes recevaient ≥ 2 renouvellements d'ordonnance anticipés, les chercheurs ont signalé que les renouvellements d'ordonnance anticipés ne reflétaient pas forcément l'abus d'opioïdes, car la date exacte du retrait de la substance restait inconnue et que d'autres raisons valables pouvaient justifier un renouvellement d'ordonnance anticipé. D'autres études devraient être menées pour déterminer si des interventions similaires peuvent réduire les effets indésirables liés à la consommation d'opioïdes tout en permettant de gérer la douleur des patients et de maintenir leurs fonctions.

Charlotte Eidenbenz
(traduction française)

Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version anglaise)

Référence: Liebschutz JM, Xuan Z, Shanahan CW, et al. Improving adherence to long-term opioid therapy guidelines to reduce opioid misuse in primary care: a cluster-randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2017;177(9):1265–1272.

Les adultes américains souffrant de troubles psychiques reçoivent plus de prescriptions d'opioïdes.

Compte tenu de l'épidémie actuelle de consommation d'opioïdes aux USA, l'identification des populations recevant des prescriptions pour des opioïdes est d'une importance stratégique pour la limitation des risques. À l'aide de données auto-rapportées, administratives et de données des pharmacies liées au Medical Expenditure Panel Survey (un échantillon national représentatif d'adultes américains vivant hors institutions), cette étude transversale vise à faire une estimation nationale des prescriptions d'opioïdes chez les patients souffrant de troubles psychiques (troubles de l'humeur, anxiété) et à examiner les facteurs associés à l'usage de ces substances.

- 14% des 52'000 participants à cette étude présentaient des troubles psychiques.
- La prescription d'opioïdes (définie par ≥ 2 prescriptions d'opioïdes sur une année) est plus fréquente chez les adultes avec troubles psychiques que chez les adultes sans trouble psychique (respectivement 19% vs 5%).
- Même après ajustement pour les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et le recours à des services de santé spécifiques, les adultes avec troubles psychiques étaient 2 fois plus nombreux à recevoir des prescriptions d'opioïdes que les adultes sans trouble psychique (odds ratio, 2,08).
- Sur la base de ces résultats, on estime que sur 38.6 millions d'adultes américains souffrant de troubles psychiques, 7.2

millions reçoivent des prescriptions d'opioïdes.

- De plus, 51% de toutes les prescriptions d'opioïdes établies aux USA sont délivrées à des adultes présentant des troubles psychiques (60 millions sur 115 millions de prescriptions)

Commentaires : les troubles psychiques sont un facteur de risque pour un usage non médical des opioïdes sur ordonnance. La prévalence plus élevée de prescription d'opioïdes chez des adultes avec troubles psychiques indique qu'il est essentiel de tenir compte de cette population lorsqu'on aborde la question de l'usage des opioïdes du point de vue du système de santé ou de la politique de santé. Les études à venir devraient identifier les caractéristiques - tant des patients que des prescripteurs - liées aux taux élevés de prescriptions d'opioïdes dans cette population et développer des interventions pour limiter les risques inhérents à l'utilisation ces substances.

Dr Yacine Belmejdoub
(traduction française)

Seonaid Nolan, MD
(version originale anglaise)

Référence: Davis MA, Lin LA, Liu H, Sites BD. Prescription opioid use among adults with mental health disorders. *J Am Board Fam Med.* 2017;30(4):507–517.

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 : con-
 naissances scientifiques actuelles*
 Service d'alcoologie
 CHUV-Lausanne
info.alcoologie@chuv.ch

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 États-Unis) et actuellement par the National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cette lettre d'information est produite en coopération avec l'École 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.