

TABLE DES MATIÈRES

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Absence d'effets de la gabapentine à libération prolongée dans le traitement des problèmes d'alcool 1

Le traitement médicamenteux améliore la rétention en traitement chez les jeunes présentant un trouble lié à l'utilisation des opioïdes 2

IMPACT SUR LA SANTÉ

Le risque de cancer lié à la consommation d'alcool en équivalents-cigarettes 2-3

Une consommation d'alcool dans les limites des recommandations pourrait entraîner une baisse de 38% des revenus de l'industrie de l'alcool 3

La réduction de la consommation d'alcool à un niveau de risque bas pour la santé est-elle associée à une amélioration de la qualité de vie chez les personnes atteintes de troubles de l'utilisation d'alcool (TUA) ? 4

Effets de l'intégration des ressources de traitement de l'addiction dans les soins de médecine de premier recours sur l'utilisation du système de santé 4

Mortalité due à des comorbidités suite à des intoxications non-létales par opioïdes 5

VIH & VHC

Usage malsain d'opioïdes chez les personnes vivant avec le VIH et effets délétères sur la santé 5

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE & DOULEUR

Le double recours aux prestations de l'AV et de la partie D de Medicare est associé au cumul d'ordonnances d'opioïdes et de benzodiazépines 6

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

MARS - AVRIL 2019

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Absence d'effets de la gabapentine à libération prolongée dans le traitement des problèmes d'alcool

Une étude américaine multisite a mis en évidence que la Gabapentine à libération immédiate permettait de réduire la consommation d'alcool chez les personnes présentant un trouble de l'utilisation de l'alcool (TUA), mais cette étude n'a pas été répliquée.

Cette étude randomisée comparative multisite a testé les effets de la Gabapentine enacarbil à libération prolongée (GE-XR, un traitement approuvé par la FDA américaine de la névralgie postherpétique et du syndrome des jambes sans repos). Les participants étaient demandeurs de traitement, âgés de 21 ans ou plus, avec des troubles d'utilisation de l'alcool de sévérité au moins modérée selon le DSM-5, devaient consommer ≥ 21 verres par semaine pour les femmes, ≥ 28 verres par semaine pour les hommes, et rapporter au moins un jour de consommation excessive par semaine au cours du dernier mois. Les participants devaient être abstinents pendant au moins trois jours avant la randomisation pour recevoir 26 semaines de soit GE-XR (600mg deux fois par jour) ou un placebo d'apparence similaire. Les participants ayant pris au moins une dose ont été inclus dans les analyses (338 sur 346 randomisés). Les effets du traitement étaient évalués au cours des semaines 22-25 (considérées comme la phase de maintenance du traitement).

- La compliance médicamenteuse était similaire dans les deux groupes (93% dans le groupe intervention, 92% dans le groupe contrôle).
- Il n'y avait pas de différence significative sur la mesure d'efficacité principale, soit le pourcentage de participants ne rapportant aucun jour de consommation excessive (28% dans le groupe intervention, 22% dans le groupe contrôle).
- Il n'y avait pas de différences significatives sur les autres mesures de consommation, le craving, ou les conséquences liées à la consommation d'alcool.

Commentaires : Parmi les personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool modéré à sévère, il n'y avait pas d'effet de la gabapentine à libération prolongée sur la consommation d'alcool ou le craving, contrairement aux hypothèses basées sur des études précédentes menées avec la gabapentine à libération immédiate. GE-RX ne peut pas être recommandé pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'alcool, en particulier si l'on prend en considération le risque de mésusage et le risque d'intoxication accidentelle que présente la gabapentine. Ces résultats soulèvent également des doutes sur l'efficacité de la gabapentine à libération immédiate dans les traitements des troubles liés à l'utilisation d'alcool.

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

Référence : Falk DE, Ryan ML, Fertig JB, et al. Gabapentin enacarbil extended-release for alcohol use disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multisite trial assessing efficacy and safety. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019;43(1):158-169.

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 & Public 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 de médecine des addictions
Département de psychiatrie
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Lausanne, Suisse

Le traitement médicamenteux améliore la rétention en traitement chez les jeunes présentant un trouble lié à l'utilisation des opioïdes

Plusieurs sociétés professionnelles et organismes publics recommandent une médication (par ex. buprénorphine, naltrexone ou méthadone) dans le traitement des jeunes patients souffrant d'un trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO). Les chercheurs ont examiné la relation entre le fait de recevoir un traitement pour le TUO et la rétention en soins chez les jeunes en général et ont comparé les adolescents (âge <18) aux jeunes adultes (âge 18-22 ans). Les données Medicaid pour la population des 13-22 ans ont été utilisées pour déterminer si les patients nouvellement diagnostiqués pour un TUO ont bénéficié d'un accompagnement comportemental et/ou d'une médication dans les 3 mois suivants le diagnostic.

- 76% des jeunes nouvellement diagnostiqués ont reçu un traitement pour le TUO ; il n'y avait pas de différences entre les adolescents et les jeunes adultes.
- 89% des jeunes ont bénéficié d'un accompagnement comportemental, en combinaison ou non avec une médication.
- Seuls 5% des adolescents ont reçu une médication pour le TUO, contre 27% chez les jeunes adultes.
- Les jeunes qui ont reçu une médication sont restés plus longtemps en soins que ceux qui n'ont reçu qu'un accompagnement comportemental (67 jours pour le groupe avec accompagnement comportemental seulement contre 123, 150 et 324 jours respectivement pour les groupes avec buprénorphine, naltrexone et méthadone).

Commentaires : Malgré les recommandations fondées sur des preuves, seule une minorité de jeunes présentant un TUO reçoit une médication spécifique pour ce trouble, et les adolescents sont moins susceptibles de recevoir ces traitements que les jeunes adultes. Cette étude confirme l'importance d'une médication spécifique. Les résultats devraient inciter les professionnels de la santé qui s'occupent de ce groupe d'âge à fournir ces services.

Dre Clara Feteanu
(traduction française)

Sharon Levy, MD
(version originale anglaise)

Référence : Hadland SE, Bagley SM, Rodean J, et al. Receipt of timely addiction treatment and association of early medication treatment with retention in care among youths with opioid use disorder. *JAMA-Pediatr.* 2018;172(11):1029–1037.

IMPACT SUR LA SANTÉ

Le risque de cancer lié à la consommation d'alcool en équivalents-cigarettes

L'alcool est un carcinogène, mais ses risques n'ont pas été bien quantifiés et communiqués. Les chercheurs ont utilisé les sources de données existantes sur les fractions attribuables à l'alcool et au tabac et les données du registre britannique du cancer pour déterminer l'augmentation absolue du risque de cancer résultant de la consommation d'alcool (voies aérodigestives, foie et sein) et du tabagisme (vessie, voies aérodigestives, sein, col de l'utérus, sang, foie, poumon et pancréas).

- Chez les hommes qui ne fument pas, 0,8 boisson par jour a augmenté le risque de cancer au cours de la vie de 1% ; chez les femmes, la même consommation a augmenté le risque de cancer de 1,4%.
- Les risques correspondants pour 1,4 cigarette par jour étaient de 2,1% pour les hommes et de 1,5% pour les femmes.
- Les auteurs ont calculé qu'une bouteille de vin par semaine était à peu près équivalente à 5 cigarettes / semaine pour les hommes et 10 pour les femmes.

(suite en page 3)

Le risque de cancer lié à la consommation d'alcool en équivalents-cigarettes (suite de la page 2)

- La principale raison des différences entre les sexes est que le cancer du sein est attribuable à l'alcool, mais pas au tabac.

Commentaires: Le fait que l'alcool soit cancérigène, même à faible consommation, n'est pas nouveau. Cependant, le grand public, les médias, les organismes de santé publique et l'industrie de l'alcool n'abordent généralement pas la question de l'alcool en termes de risque de développer un cancer, alors qu'il est responsable de 4% ou plus des décès par cancer. Ces chercheurs ont utilisé les données existantes pour présenter les risques liés à l'alcool parallèlement à ceux d'un agent cancérigène plus connu afin de mener à une prise de conscience accrue et à des actions de santé publique appropriées.

Dre Margaux Kleimberg
(traduction française)

Richard Saitz, MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence : Hydes TJ, Burton R, Inskip H, et al. A comparison of gender-linked population cancer risks between alcohol and tobacco: how many cigarettes are there in a bottle of wine? *BMC Public Health*. 2019;19:316.

Une consommation d'alcool dans les limites des recommandations pourrait entraîner une baisse de 38% des revenus de l'industrie de l'alcool

Une stratégie pour diminuer la consommation nocive d'alcool a été de travailler avec l'industrie de l'alcool pour encourager une culture de la « consommation responsable ». Mais les critiques relèvent que la rentabilité de l'industrie de l'alcool est liée à la consommation d'alcool. À partir de données issues d'enquêtes menées auprès de ménages sur les dépenses pour l'alcool et la consommation « typique » d'alcool, des chercheurs ont estimé l'ampleur des ventes et des recettes issues de la consommation dépassant les niveaux recommandés en Angleterre. Au Royaume-Uni, les directives actuelles recommandent de limiter la consommation d'alcool à 14 unités par semaine pour les hommes et les femmes (ce qui équivaut à 8 verres standard par semaine aux États-Unis). Les chercheurs ont estimé la valeur monétaire de la consommation par type de boisson et par lieu : « on-trade » où l'alcool est consommé sur place (bars, restaurants, etc.) versus « off-trade » où l'alcool est acheté dans un magasin et consommé ailleurs.

- Il a été estimé que 77% de toutes les unités d'alcool ont été vendues à des personnes qui consommaient au-delà des recommandations, ce qui représentait 44% des ventes. De plus, 4% de la population consommait 30% des unités d'alcool, ce qui correspond à 23% des ventes d'alcool.
- Les ventes aux personnes buvant au-delà des recommandations représentaient environ 81% du revenu des commerces « off-trade » versus 60% pour les commerces « on-trade ».
- Une consommation dans les limites des recommandations entraînerait une baisse des recettes estimée à

38%, ce qui correspond à une perte de 13 milliards de livres sterling (21 milliards de dollars US). Les revenus des commerces « off-trade » seraient les plus touchés.

- Pour compenser ces pertes par des hausses de prix, les prix des commerces « off-trade » devraient augmenter de 80-98% alors que les prix des commerces « on-trade » devraient augmenter de 22-75%.

Commentaires: Cette étude démontre que les revenus de l'industrie de l'alcool dépendent fortement des personnes qui boivent au-delà des niveaux recommandés. Par conséquent, l'industrie de l'alcool a un conflit d'intérêts commercial important avec la promotion d'une consommation d'alcool responsable. Nous devrions nous méfier de son soutien à l'autorégulation et de son implication dans les activités de recherche.

Joseph Studer, PhD
(traduction française)

Jarratt Pytell, MD† & Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

† Contributing editorial intern and Addiction Medicine Fellow, Johns Hopkins Medicine

Référence: Bhattacharya A, Angus C, Pryce R, et al. How dependent is the alcohol industry on heavy drinking in England? *Addiction*. 2018;113:2225-2232.

La réduction de la consommation d'alcool à un niveau de risque bas pour la santé est-elle associée à une amélioration de la qualité de vie chez les personnes atteintes de troubles de l'utilisation d'alcool (TUA) ?

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini des niveaux de risque pour la consommation d'alcool*. En termes d'objectifs de traitement, réduire sa consommation d'alcool à un niveau de risque faible a été proposé comme une alternative possible à l'abstinence et à l'absence de jours de consommation excessive. Dans cette étude, les chercheurs ont évalué l'association entre une réduction du niveau de risque de un ou deux niveaux et une amélioration de la qualité de vie et de la santé physique. Les chercheurs ont utilisé des données de l'étude COMBINE dans laquelle les participants recevaient un traitement pour la dépendance à l'alcool selon le DSM-IV (N = 1142).

- Au début de l'étude, la plupart des participants (69%) appartenait à la catégorie « très haut risque ».
- Quatre mois plus tard, 36% étaient abstinentes ; 39% étaient dans la catégorie bas risque, 10% dans la catégorie risque moyen, 6% dans la catégorie haut risque, et 8% dans la catégorie très haut risque.
- 89% des participants présentaient une réduction du risque d'au moins un niveau, 77% présentaient une diminution de risque de deux niveaux.
- Une réduction du risque de un ou deux niveaux était associée à :
 - une baisse significative de la pression artérielle systolique : une réduction d'un niveau de risque était associée avec 7.99 mmHg de réduction de la pression systolique comparativement à aucun changement ou à une augmentation du niveau de risque. Une réduction de deux niveaux était associée à 7.38 mm/Hg comparative-

ment à une réduction d'un niveau, à pas de changement ou à une augmentation du risque.

- un changement de faible à moyenne importance sur AST, ALT et GGT.
- une meilleure qualité de vie dans tous les domaines : physique, psychologique, social et environnemental.

* Bas risque (1–40g éthanol/jour pour les hommes, 1–20g/jour pour les femmes); risque moyen (41–60g/jour pour les hommes, 21–40g/jour pour les femmes); haut risque (61–100g/jour pour les hommes, 41–60g/jour pour les femmes); et très haut risque (≥ 101 g/jour pour les hommes, ≥ 61 g/jour pour les femmes).

Commentaire : La question de savoir si les changements observés sur la pression artérielle systolique et les enzymes hépatiques peuvent être liés à des résultats plus distaux comme les événements cardio-vasculaires ou la survie reste ouverte. Toutefois, une réduction du niveau de risque comme objectif clinique, notamment dans une approche de réduction des risques, peut être appropriée et est associée à une meilleure qualité de vie.

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

Référence: Witkiewitz K, Kranzler HR, Hallgren KA, et al. Drinking risk level reductions associated with improvements in physical health and quality of life among individuals with alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res.* 2018;42(12):2453–2465.

Effets de l'intégration des ressources de traitement de l'addiction dans les soins de médecine de premier recours sur l'utilisation du système de santé

Il est démontré que l'intégration du traitement addictologique dans les soins de premier recours améliore l'évolution clinique ; on en sait cependant moins quant à l'impact sur l'utilisation du système de santé. En 2014, un réseau de soin relié à un hôpital général a lancé un projet pour les troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) ; celui-ci intégrait des soins addictologiques dans la pratique de médecine générale. Certains centres de médecine de premier recours (groupe intervention), en plus d'avoir la possibilité de référer les patients vers un suivi spécialisé, bénéficiaient d'un coaching en addictologie à visée de formation et discussions de cas et de soutien à la prescription de buprénorphine et naltrexone à libération prolongée. Les centres intervention bénéficiaient par ailleurs de l'intégration dans l'équipe de pairs aidants. Les autres centres de médecine de premier recours (groupe contrôle) dépendant du même hôpital n'appliquaient pas de traitement intégré, mais référaient au besoin les patients à un centre d'addictologie. Cette étude rétrospective non-randomisée a comparé l'utilisation de soins de 1353 patients dans les suivis « intervention » par rapport aux suivis « contrôle ». Les groupes étaient similaires quant à leur utilisation des soins avant instauration du programme basé sur des coefficients de propension.

- Au cours des 9 mois de suivi, le nombre d'admissions hospitalières était similaire dans les deux groupes. Les hospitalisations étaient cependant plus courtes dans le groupe inter-

vention (en moyenne 7.3 jours de moins/100 patients, $p=0.03$).

- Le groupe intervention consultait moins souvent les urgences, même si le nombre de visites total restait élevé dans les deux groupes (36.2 versus 42.9/100 patients sur 9 mois, $p=0.005$).
- Les patients consultaient plus fréquemment les centres de médecine de premier recours dans le groupe intervention (317 versus 270 visites/100 patients, $p < 0.001$), même si le taux de consultations diminuait dans les deux groupes durant la période de suivi.
- Les patients du groupe intervention se sont vu prescrire plus fréquemment de la buprénorphine ou de la naltrexone que le groupe contrôle et rencontraient plus souvent un pair aidant ($p < 0.001$).

Commentaires : Dans l'ensemble, les personnes avec TUS en médecine de premier recours ont augmenté leur recours aux services de soins aigus et diminué ceux aux soins en médecine de premier recours, mais ces changements étaient atténués pour les patients bénéficiant d'un traitement addictologique intégré. Les pairs aidants en médecine de premier recours sont une intervention émergente, non étudiée jusqu'ici. Une limitation de cette étude est liée au caractère non randomisé des interventions (notamment

Effets de l'intégration des ressources de traitement de l'addiction dans les soins de médecine de premier recours sur l'utilisation du système de santé (suite de la page 4)

accès au pair aidant). Il existe ainsi possiblement des différences non mesurées qui ont influencé le choix de traitement. A noter par ailleurs qu'il n'y a pas eu d'analyse de sous-groupe en fonction de la substance et il est possible que les résultats varient en fonction de ceux-ci.

Dre Rebecca Gray
(traduction française)

Simeon Kimmel, MD† & Alexander Y. Walley, MD, MSc
(version originale anglaise)

† Contributing Editorial Intern and Research Fellow in Infectious Diseases and Addiction Medicine, Boston Medical Center/Boston University School of Medicine

Référence : Wakeman SE, Rigotti NA, Chang Y, et al. Effect of integrating substance use disorder treatment into primary care on inpatient and emergency department utilization. *J Gen Intern Med.* 2019 [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s11606-018-4807-x.

Mortalité due à des comorbidités suite à des intoxications non-létales par opioïdes

Aux États-Unis, l'augmentation des intoxications létales par opioïdes est bien documentée. Cependant, la mortalité et la morbidité associées aux opioïdes dépasse largement les seules intoxications létales. Cette étude a analysé un échantillon de 76'325 sujets ayant survécu à une intoxication aux opioïdes entre 2001 et 2007 et identifié les taux de mortalités spécifiques (TMS), en les normalisant pour la population générale en fonction de l'âge, du sexe et de l'origine.

- Le taux de mortalité dans cet échantillon était de 778 pour 100'000 personnes-années, et le TMS toutes causes confondues était de 24.
- Les TMS étaient plus élevés dans l'année suivant l'intoxication non létale, notamment pour le suicide (TMS: 24), le VIH (TMS : 46), l'hépatite virale (TMS: 31), la grippe et la pneumonie (TMS: 24), la cirrhose et le décès par troubles hépatiques liés à l'alcool (TMS: 16), et le cancer (TMS : 9).

Commentaire: Bien que se rapportant à des données déjà anciennes, ces résultats montrent que les personnes qui

survivent à une intoxication aux opioïdes ont une mortalité attribuable à une myriade de causes autres que l'intoxication, incluant la santé mentale, les maladies infectieuses, les troubles hépatique, les troubles oncologiques. Pour les personnes présentant des troubles sévères liés à l'usage d'opioïdes, les soins devraient traiter conjointement les troubles liés à l'utilisation de substances et les autres troubles concomitants. Ces résultats appuient également la nécessité d'adapter en ce sens les systèmes d'assurance-maladie.

Dr Olivier Simon
(traduction française)

Marc R. Larochelle, MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence: Olsson M, Crystal S, Wall M, et al. Causes of death after nonfatal opioid overdose. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(8):820–827.

VIH & VHC

Usage malsain d'opioïdes chez les personnes vivant avec le VIH et effets délétères sur la santé

Les personnes qui vivent avec le VIH (PVVIH) sont plus susceptibles de se voir prescrire des opioïdes et ont une prévalence plus élevée de troubles de la santé mentale et de la consommation de substances que les personnes qui ne sont pas atteintes par le VIH. De plus, PVVIH qui font un usage malsain d'opioïdes sont moins susceptibles de bénéficier d'un traitement standard contre le VIH, ce qui entraîne des effets néfastes sur la santé. Les auteurs de cette étude ont utilisé les données 2009-2014 du Medical Monitoring Project (MMP) pour évaluer la prévalence et les corrélats de l'abus de substances chez les personnes vivant avec le VIH qui présentent un usage malsain d'opioïdes (défini comme tout usage d'opioïdes par injection ou tout usage d'opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales). Le MMP est un système de surveillance qui collecte des données nationales représentatives sur les caractéristiques

sociodémographiques, cliniques et comportementales des adultes bénéficiant d'un traitement VIH aux États-Unis.

- Sur les 28'162 PVVIH incluses dans le MMP, 3% (975) présentaient un usage malsain d'opioïdes.
- Les PVVIH avec mésusage d'opioïdes étaient moins susceptibles de s'être fait prescrire un traitement antirétroviral (TARV, 89% contre 93%), de déclarer avoir adhéré à des médicaments ARV au cours des 3 derniers jours (78% contre 88%) et de présenter une suppression virale durable (54% contre 65%) comparativement aux PVVIH sans abus de substances.
- Chez les personnes atteintes par le VIH qui faisaient un usage malsain d'opioïdes et dont la charge virale n'avait pas été supprimée de manière durable, la prévalence

(suite en page 6)

Usage malsain d'opioïdes chez les personnes vivant avec le VIH et effets délétères sur la santé

(suite de la page 5)

des relations sexuelles non protégées avec des partenaires séronégatifs ou ayant un statut VIH inconnu, était plus que 3 fois plus importante que chez les personnes atteintes par le VIH ne faisant pas usage malsain d'opioïdes.

Commentaires : Bien que ces données soient basées sur des informations auto-déclarées par des patients et sur une enquête transversale, si bien qu'un lien causal ne peut pas être déterminé de manière concluante, cette analyse est la première enquête nationale représentative de ce genre. Cette étude vient s'ajouter à une littérature de plus en plus abondante qui suggère le besoin de traitements personnalisés et d'efforts au niveau de la réduction des risques pour les PVVIH faisant un usage malsain d'opioïdes.

Nuria Paltenghi
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Lemons A, DeGroot N, Pérez A, et al. Opioid misuse among HIV-positive adults in medical care: results from the Medical Monitoring Project, 2009–2014. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2019;80:127–134.

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET DOULEURS

Le double recours aux prestations de l'AV et de la partie D de Medicare est associé au cumul d'ordonnances d'opioïdes et de benzodiazépines

La consommation concomitante d'opioïdes et de benzodiazépines est associée à un risque accru de surdosage et les directives recommandent de ne pas prescrire ces agents simultanément. Les patients pris en charge par le système de santé pour anciens combattants aux États-Unis ('US Veterans Health Administration' ou 'VA') reçoivent souvent des médicaments en dehors du système, ce qui peut rendre le contrôle difficile. Les chercheurs ont exploité les données issues de la VA et de la partie D de Medicare pour analyser l'association entre la « double utilisation » (c.-à-d. le recours à la fois aux prestations de l'assurance médicaments de l'AV et à celles de Medicare) et le cumul d'ordonnances pour des opioïdes et des benzodiazépines.

- En 2013, 368 891 patients ont reçu ≥ 2 ordonnances d'opioïdes (pour un approvisionnement durant ≥ 15 jours) de la part de l'AV ou de la partie D de Medicare (18% de la part de l'AV exclusivement, 30% de Medicare exclusivement et 51% des deux systèmes à la fois).
- De ces patients, 102 450 (28%) ont reçu une ordonnance croisée pour une benzodiazépine ; ce taux était le plus élevé chez les patients présentant une double utilisation (31%), suivis de ceux qui bénéficiaient des prestations de Medicare exclusivement (26%) ou de la VA exclusivement (21%).
- Dans les analyses ajustées, les patients présentant une double utilisation étaient plus susceptibles que les bénéficiaires de l'AV exclusivement de présenter des ordonnances croisées (risque relatif ajusté [aRR], 1,27) ; c'était moins le cas en comparaison avec les personnes bénéficiant de Medicare exclusivement (aRR, 1,12). La concomitance d'opioïdes

à dose élevée (c.-à-d. l'équivalent de ≥ 120 mg de morphine par jour) et de benzodiazépines était plus probable chez les personnes présentant une double utilisation que chez les personnes bénéficiant de l'AV exclusivement (aRR, 2,23) ou de Medicare exclusivement (aRR, 1,06).

Commentaires : Ce rapport montre que la co-prescription d'opioïdes et de benzodiazépines est courante et que le fait de recevoir des soins de différentes sources constitue un facteur de risque. Il est probable que les efforts pour limiter la co-prescription dans le cadre de l'AV ont conduit certaines personnes à demander des ordonnances auprès d'autres sources. Il est également possible que les prescripteurs soient plus à l'aise – ou se sentent moins responsables – dans des situations où quelqu'un d'autre prescrit l'un de ces médicaments. Une intégration plus poussée des dossiers médicaux et de santé pourrait contribuer à réduire ce problème.

Charlotte Eidenbenz
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Référence : Carico R, Zhao X, Thorpe CT, et al. Receipt of overlapping opioid and benzodiazepine prescriptions among veterans dually enrolled in Medicare Part D and the Departments of Veterans Affairs: a cross-sectional study. *Ann Intern Med.* 2018;169:593–602.

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 de médecine des addictions
 CHUV-Lausanne

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.