

# Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

JUILLET-AOÛT 2020

## TABLE DES MATIÈRES

### INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Quatre-vingt-quinze pour cent des adolescents atteints d'un trouble diagnostiqué lié à l'usage des opioïdes ne se font pas prescrire le traitement recommandé. 1

Malgré l'absence de donnée probante, l'USPSTF recommande le dépistage de la consommation de substances psychoactives auprès des adultes. 1-2

La gabapentine comme traitement du trouble lié à l'usage d'alcool et des symptômes de sevrage à l'alcool. 3

### IMPACT SUR LA SANTÉ

Une grande majorité des adultes américains subissant une intoxication non létale aux opioïdes ne bénéficient pas d'un traitement. 3-4

L'utilisation de buprénorphine non prescrite parmi les patients avec trouble lié à l'usage des opioïdes est principalement thérapeutique et réduit le risque de surdosage. 4

Les benzodiazépines et l'alcool sont souvent impliqués dans les décès par surdose d'opioïdes. 5

Lien entre la consommation de cannabis et les conséquences de l'alcool chez les étudiants universitaires. 5

### MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE & DOULEUR

Les interventions de prescription d'opioïdes visant à la réduction du trouble lié à l'usage des opioïdes et d'intoxication létale ratent probablement les patient en danger. 6

### INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

#### Quatre-vingt-quinze pour cent des adolescents atteints d'un trouble diagnostiqué lié à l'usage des opioïdes ne se font pas prescrire le traitement recommandé

Peu d'adolescents chez qui l'on a diagnostiqué un trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO) se font prescrire les médicaments recommandés lors d'un traitement agoniste opioïde (TAO). Cette étude a utilisé les données issues du programme « Ohio Medicaid » afin d'examiner la réception de TAO (buprénorphine et/ou naltrexone) auprès d'adolescents (N=626 508 ; âgés de 12 à 18 ans) dans les trois mois suivant un diagnostic TUO.

- Dans l'ensemble, 5% des adolescents ayant reçu un diagnostic TUO ont reçu un TAO ; ceux âgés de 16 à 18 ans étaient plus susceptibles de recevoir une prescription de TAO que les adolescents âgés de 12 à 15 ans (6% contre 1% respectivement).
- La plupart des adolescents atteints de TUO avaient un rendez-vous médical dans les trois mois suivant le diagnostic de TAO ; 49 % avaient un rendez-vous médical général, 40% avaient une visite aux urgences et 28% avaient un rendez-vous de santé complémentaire.
- Environ 10% des adolescents atteints de TUO reçurent une ordonnance pour un analgésique opioïde dans les trois mois suivant leur diagnostic.

*Commentaires :* Cette étude confirme que très peu d'adolescents diagnostiqués avec un TUO reçoivent le traitement standard et ajoute une nouvelle perspective : les faibles niveaux de réception du TAO ne sont PAS dus à un manque d'interaction avec le système médical. La conclusion selon laquelle les jeunes atteints de TUO étaient presque deux fois plus susceptibles de recevoir un analgésique opioïde qu'on leur prescrivait lors d'un TAO indique que le système de santé n'est pas adéquatement préparé à gérer les troubles liés à la consommation de substances, malgré la disponibilité de traitements efficaces.

Sharon Levy, MD, MPH (version originale anglaise)

Dre Valentina Cogliano (traduction française)

*Référence :* Chavez LJ, Bonny AE, Bradley KA, et al. Medication treatment and healthcare use among adolescents with opioid use disorder in Ohio. *J Adolesc Health.* 2020;67(1):33-39.

#### Malgré l'absence de donnée probante, l'USPSTF recommande le dépistage de la consommation de substances psychoactives auprès des adultes

Dans le passé, le « US Preventive Services Task Force (USPSTF) » avait trouvé que les données probantes étaient insuffisantes pour recommander le dépistage de la consommation néfaste de substances psychoactives \*, bien que les agences de santé américaines aient parrainé de tels programmes de dépistage. L'USPSTF a récemment publié une nouvelle recommandation.

(suite en page 2)

## Comité de rédaction

### Rédacteur en chef

Richard Saitz, MD, MPH, DFASAM, 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

Aaron D. Fox, MD  
Associate Professor of Medicine  
Albert Einstein College of Medicine/Montefiore  
Medical Center

Marc R. Larochelle, MD, MPH  
Assistant Professor of Medicine  
Boston University School of Medicine

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

Joseph Merrill, MD  
Associate Professor of Medicine  
University of Washington School of Medicine

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

Tae Woo (Ted) Park, MD  
Assistant Professor of Psychiatry  
Boston University School of Medicine

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

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

Alexander Y. Walley, MD, MSc  
Associate Professor of Medicine  
Boston University School of Medicine

Melissa Weimer, DO  
Assistant Professor; Medical Director of the  
Addiction Medicine Consult Service  
Program in Addiction Medicine  
Yale Medicine

### Responsable de la publication

Casy Calver, PhD  
Boston Medical Center

### Traduction française

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

## PAGE 2

### Malgré l'absence de donnée probante, l'USPSTF recommande le dépistage de la consommation de substances psychoactives auprès des adultes (suite de la page 1)

- « L'USPSTF recommande le dépistage en questionnant la consommation néfaste de substances psychoactives chez les adultes de 18 ans ou plus. Le dépistage doit être implanté lorsque des services permettant un diagnostic précis, un traitement efficace et des soins appropriés peuvent être proposés ou référés. » Il s'agit d'une recommandation de niveau B, ce qui signifie que « l'USPSTF préconise le service. De ce fait, il est fortement garanti que le bénéfice net est modéré ou il est modérément garanti que le bénéfice net est de modéré à substantiel. »
- L'USPSTF a également conclu que « les preuves actuelles sont insuffisantes pour évaluer l'équilibre entre les avantages et les inconvénients du dépistage » auprès d'adolescents.
- L'examen des données probantes a révélé que des outils de dépistage rapides sont valides et que le traitement du trouble lié à l'usage de substances psychoactives (par exemple, pharmacothérapie pour le trouble lié à l'usage des opioïdes) est efficace chez les personnes qui le suivent.
- Cependant, parmi les personnes dépistées, les interventions brèves manquaient d'efficacité pour réduire la consommation de substances psychoactives ou pour favoriser l'accès au traitement médicamenteux.

\* Défini comme « l'utilisation de substances (à l'exclusion de l'alcool ou des produits du tabac) obtenues illégalement ou l'utilisation non médicale de médicaments psychoactifs sur ordonnance. »

**Commentaires :** La recommandation de l'USPSTF se démarque fortement des courants de ces dernières décennies fondés strictement sur les preuves d'efficacité des services de prévention. A l'évidence, il existe des raisons d'identifier une consommation néfaste de substances psychoactives : pour diagnostiquer et traiter des symptômes qui pourraient être causés par leur consommation ; pour prescrire des traitements médicamenteux ; pour mieux connaître son patient ; et pour démontrer aux patients, cliniciens et politiciens que la consommation de substances psychoactives est une question médicale. Cependant, les cliniciens doivent être conscients des risques potentiels à documenter un comportement illégal dans le dossier médical (par exemple, dans certains états, la consommation de substances psychoactives par des femmes enceintes est considérée comme une forme de maltraitance infantile d'ordre criminel), et ils ne devraient pas s'attendre à ce que les patients diminuent leur consommation ou s'orientent vers des soins spécialisés suite à leurs brèves recommandations.

Richard Saitz, MD, MPH (version originale anglaise)

Dre Melina Andronicos (traduction française)

**Références :** US Preventive Services Task Force. Screening for unhealthy drug use: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2020;323(22):2301–2309.

Patnode CD, Perdue LA, Rushkin M, et al. Screening for unhealthy drug use: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2020;323(22):2310–2328.

Saitz R. Screening for unhealthy drug use: neither an unreasonable idea nor an evidence-based practice. *JAMA*. 2020;323(22):2263–2265.

Bradley KA, Lapham GT, Lee AK. Screening for drug use in primary care: practical implications of the new USPSTF recommendation. *JAMA Intern Med*. 2020 [Epub ahead of print]. doi:10.1001/jamainternmed.2019.7335.

## La gabapentine comme traitement du trouble lié à l'usage d'alcool et des symptômes de sevrage à l'alcool

Les options pharmacologiques pour traiter le trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) sont limitées. La gabapentine pourrait améliorer le traitement des symptômes de sevrage à l'alcool au travers de mécanismes d'action hypothétique sur l'activité GABA et glutamate. Dans cet essai randomisé comparatif, les chercheurs ont évalué les effets de la gabapentine sur la consommation d'alcool pendant une période de 16 semaines chez 96 personnes avec TUA et des symptômes de sevrage\* qui étaient abstinents au début de l'étude (les personnes avec des symptômes de sevrage aigus\*\* étaient exclues). Les participants étaient randomisés pour recevoir de la gabapentine (jusqu'à 1200 mg par jour) ou un placebo. Tous ont également reçu neuf séances de brefs entretiens éducationnels et de soutien.

- Au suivi, 27 % des participants qui avait reçu la gabapentine ne rapportaient aucun jour de consommation excessive d'alcool comparé à 9 % des participants qui avaient reçu le placebo. Il y avait aussi plus de personnes avec abstinence totale dans le groupe gabapentine (18 %) comparé au placebo (4 %).
- Dans les analyses secondaires, la gabapentine ne montrait un effet que chez les participants ayant de plus nombreux symptômes de sevrage à l'alcool comparé à ceux ayant moins de symptômes de sevrage (basé sur une séparation des participants en deux groupes à la médiane pour les symptômes de sevrage à l'alcool présents au début de l'étude).
- Les participants dans le groupe gabapentine rapportaient plus de vertige comparé au groupe placebo.

- De manière générale, 30 % des participants dans le groupe gabapentine et 39 % dans le groupe placebo n'ont pas complété le traitement même s'ils étaient inclus dans les analyses finales.

\* Mesurés par le biais d'une version modifiée de la « Alcohol Withdrawal Symptoms Checklist » (AWSCL).

\*\* Défini comme un score  $\geq 10$  au « Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised » (CIWA-Ar).

*Commentaires :* Cette étude fournit des preuves que la gabapentine pourrait être utile dans le traitement du TUA chez les personnes avec des symptômes de sevrage d'alcool significatifs. Toutefois, ces résultats devraient être répliqués notamment dans la mesure où les personnes avec des symptômes de sevrage aigus à l'alcool étaient exclues. L'efficacité potentielle devrait être balancée avec le risque d'usage (non médical) et le risque d'intoxication létale chez les personnes utilisant d'autres drogues.

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

*Référence :* Anton RF, Latham P, Voronin K, et al. Efficacy of gabapentin for the treatment of alcohol use disorder in patients with alcohol withdrawal symptoms: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2020;180(5):1-9.

## IMPACT SUR LA SANTÉ

### Une grande majorité des adultes américains subissant une intoxication non létale aux opioïdes ne bénéficient pas d'un traitement

Aux Etats-Unis, une minorité de personnes qui pourraient recevoir un traitement pour le trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO) en bénéficient réellement, y compris ceux subissant une intoxication non létale aux opioïdes. Cette étude s'est basée sur 5 ans de données de facturation pour 6451 adultes bénéficiant d'une assurance privée qui furent traités pour une intoxication aux opioïdes dans un service d'urgences, afin d'investiguer le traitement délivré pour TUO dans les 90 jours précédant ou suivant l'intoxication. La délivrance d'un traitement pour TUO a été définie comme la prise de buprénorphine ou de naltrexone, ou une consultation hospitalière ou ambulatoire pour introduction de traitement. La méthadone n'a pas pu être incluse car n'étant pas couverte par l'assurance pour ces patients pendant la période d'étude.

- 17% des patients ont reçu un traitement pour TUO dans les 90 jours suivant l'overdose.
- La majorité des patients (n = 5769) n'ont pas reçu de traitement pour TUO dans les 90 jours précédant leur intoxication et seulement 11% de ces patients ont bénéficié par la suite d'un traitement pour le TUO dans les 90 jours suivant l'intoxication.
- Les patients qui ont présenté une intoxication à des opioïdes qui leur avait été prescrits étaient moins susceptibles de recevoir un traitement pour TUO que ceux ayant présentés une intoxication dû à la consommation d'héroïne.

(suite en page 4)

## Une grande majorité des adultes américains subissant une intoxication non létale aux opioïdes ne bénéficient pas d'un traitement *(suite de la page 43)*

- Dans les analyses stratifiées qui s'intéressent aux patients ne recevant pas de traitement pour TUO dans les 90 jours précédant leur intoxication, les patients noirs, hispaniques, de sexe féminin et les plus jeunes étaient moins susceptibles de recevoir un traitement pour TUO que les patients blancs, de sexe masculin et plus âgés.

*Commentaires :* Malgré les limites de l'étude, y compris l'impossibilité de déterminer l'accès des patients à la méthadone, ces données mettent en évidence que même les patients possédant une assurance privée ne bénéficient que rarement d'un traitement pour TUO après une intoxication. L'introduction de la buprénorphine au service des urgences est une possibilité qui a prouvé son efficacité et d'autres

mesures sont nécessaires pour faciliter l'introduction d'un traitement dans les suites d'une intoxication. Cependant, il est essentiel de mieux comprendre pourquoi une personne ne débute un traitement suite à une intoxication afin de concevoir un traitement centré sur le patient et des mesures de réduction des risques qui pourraient permettre de réduire le nombre d'intoxications létales.

Aaron D. Fox, MD (version originale anglaise)

Dr Clément Ciccone (traduction française)

*Référence :* Kilaru AS, Xiong A, Lowenstein M, et al. Incidence of treatment for opioid use disorder following nonfatal overdose in commercially insured patients. *JAMA Netw Open.* 2020;3(5):e205852.

## L'utilisation de buprénorphine non prescrite parmi les patients avec trouble lié à l'usage des opioïdes est principalement thérapeutique et réduit le risque de surdosage

La buprénorphine est un traitement efficace pour le trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO) et réduit le risque de surdosage mais de nombreux patients avec TUO aux Etats Unis n'y ont pas accès et il existe des préoccupations quant au détournement du traitement. Des études précédentes ont indiqué que les raisons pour l'utilisation de buprénorphine non prescrite (UBNP) parmi les patients avec TUO sont généralement en concordance avec les objectifs thérapeutiques. Des chercheurs de l'Ohio ont recruté une cohorte de 356 individus avec TUO et UBNP auto-rapporté afin d'investiguer les motivations pour l'UBNP et l'association entre l'UBNP et les surdosages auto-rapportés.

- Basé sur des entretiens qualitatifs de 65 participants, un certain nombre de motivations pour l'UBNP ont été identifiés :
  - Eviter les demandes de traitement formel (p.ex. : se rendre en consultation).
  - « Cure géographique » (réduire progressivement la consommation dans une autre localité).
  - En attendant un traitement formel (éviter d'attendre).
  - Désire d'autonomie et d'auto-détermination (être en possession du processus de rémission).
- Dans une analyse séparée de la totalité de la cohorte, 28% des participants rapportèrent avoir expérimenté un surdosage dans les derniers 6 mois.
  - Un pourcentage moyen de jours d'UBNP plus élevé dans les 6 derniers mois était associé à un risque de surdosage plus faible tant pour les analyses non ajustées (odds ratio [OR], 0.82) et ajustées

(OR ajustées [ORa], 0.81), avec une tendance linéaire de la réduction du risque de surdosage avec l'augmentation de l'UBNP.

- Les facteurs associés à un risque augmenté de surdosage incluaient un surdosage préalable (Ora, 2.19) et l'utilisation de drogues parentérales (ORa, 2.49).

*Commentaires :* Ces études montrent que les individus avec TUO utilisent généralement la buprénorphine non prescrite pour des raisons appropriées et que la diversion de l'utilisation de la buprénorphine a certains bénéfices. Ceci souligne la nécessité d'offrir un traitement accessible, flexible et centré sur les besoins du patient. De plus, les efforts pour criminaliser et empêcher le détournement de la buprénorphine sont de nature à induire plus de mal que de bien.

Darius A. Rastegar, MD (version originale anglaise)

Dre Rebecca Gray (traduction française)

*Références :* Silverstein SM, Daniulaityte R, Miller SC, et al. On my own terms: motivations for self-treating opioid-use disorder with non-prescribed buprenorphine. *Drug Alcohol Depend.* 2020;210:107958.

Carlson RG, Daniulaityte R, Silverstein SM, et al. Unintentional drug overdose: is more frequent use of non-prescribed buprenorphine associated with lower risk of overdose? *Int J Drug Policy.* 2020;79:102722.

## Les benzodiazépines et l'alcool sont souvent impliqués dans les décès par surdose d'opioïdes

Le surdosage d'opioïdes est une cause croissante de décès aux États-Unis. Le risque de surdosage mortel d'opioïdes est augmenté par l'utilisation concomitante d'autres médicaments sédatifs tels que les benzodiazépines et l'alcool. Les chercheurs ont utilisé les données tirées du Système national de statistiques de l'état civil portant sur tous les décès par intoxication liés aux opioïdes de 1999 à 2017 pour caractériser la co-implication d'alcool et de benzodiazépine. Ils ont également examiné les corrélations de la co-implication de l'alcool dans les décès liés aux opioïdes avec la prévalence de la forte consommation épisodique d'alcool au niveau étatique, \* et de la co-implication des benzodiazépines dans les décès liés aux opioïdes avec la prescription de benzodiazépines au niveau étatique. \*\*

- De 1999 à 2017, 399 230 décès par empoisonnement impliquant des opioïdes ont été rapportés ; 66% des décès concernaient des hommes et 51% étaient âgés de 35 à 54 ans.
- La co-implication de l'alcool dans les décès liés aux opioïdes a passé de 12% en 1999 à 15% en 2017 ; durant la même période, la co-implication des benzodiazépines dans les décès liés aux opioïdes est passée de 9% à 21%.
- Dans tous les États, une forte consommation épisodique était positivement corrélée avec la co-implication de l'alcool dans les décès liés aux opioïdes, et la prescription de benzodiazépines était également positivement corrélée avec la co-implication des benzodiazépines dans les décès liés aux opioïdes.

\* Défini comme  $\geq 5$  verres standard pour les hommes et  $\geq 4$  pour les femmes à une occasion au cours du dernier mois. Données tirées du Système de surveillance des facteurs de risque comportementaux 2015-2017.

\*\* Données de 2012 (les plus récemment disponibles).

*Commentaires* : Cette étude montre que l'alcool et les benzodiazépines sont souvent impliqués dans les décès par surdose d'opioïdes. Étant donné les limites des déclarations de décès, ces données sous-estiment probablement la prévalence. Néanmoins, cette étude souligne l'importance d'éviter la co-prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, ainsi que de prendre en charge la consommation d'alcool nocive pour la santé chez les personnes qui utilisent des opioïdes (prescrits et non prescrits).

Darius A. Rastegar, MD (version originale anglaise)

Dre Priscile Wenk (traduction française)

*Référence* : Tori ME, Larochelle MR, Naimi TS. Alcohol or benzodiazepine co-involvement with opioid overdose deaths in the United States, 1999–2017. *JAMA Netw Open*. 2020;3(4):e.202361.

## Lien entre la consommation de cannabis et les conséquences de l'alcool chez les étudiants universitaires

La consommation de cannabis peut avoir un impact sur les conséquences négatives de la consommation d'alcool, mais les données longitudinales font défaut. À l'aide des données d'une étude de cohorte portant sur 997 étudiants américains (évalués 4 fois par an au cours de leurs 3 premières années d'université), les chercheurs ont évalué les associations entre les changements dans la consommation de cannabis et les conséquences négatives de l'alcool.

- Les changements dans la consommation de cannabis n'étaient pas associés au nombre global de conséquences de l'alcool (compte tenu des changements dans la consommation d'alcool).
- Cependant, lorsque les conséquences de l'alcool étaient analysées séparément par type de conséquence, l'augmentation de la consommation de cannabis était associée à une augmentation des comportements à risque liés à l'alcool, des symptômes de dépendance physique et du manque de soins personnels.
- Le sexe n'était pas un modérateur dans ces associations.

\* Mesuré avec le « Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire » (YAACQ), comprenant 48 articles regroupés en 8 domaines : conséquences des trous de mémoire / gueules de bois, conséquences sociales / interpersonnelles, contrôle affaibli, comportements à risque, conséquences scolaires / professionnelles, conséquences sur la perception de soi, conséquences sur les soins personnels et la dépendance physique.

*Commentaires* : Ces résultats suggèrent que chez les étudiants universitaires, une consommation accrue de cannabis a un effet néfaste sur certaines conséquences de la consommation d'alcool qui peuvent être considérées comme plus graves (par exemple, les symptômes de dépendance physique). Les prestataires de soins devraient intégrer des discussions sur la consommation de cannabis dans les stratégies de réduction des risques de la consommation d'alcool dans cette population.

Nicolas Bertholet, MD, MSc (version originale anglaise)  
Dre Svetlana Dimova (traduction française)

*Référence* : Wardell JD, Egerton GA, Read JP. Does cannabis use predict more severe types of alcohol consequences? Longitudinal associations in a 3-year study of college students. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020;44(5):1141–1150.

## MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE &amp; DOULEUR

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](http://www.aodhealth.org)

### Pour plus d'information contactez :

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles  
Service de médecine des addictions  
CHUV-Lausanne  
<https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/service-de-medecine-des-addictions/>

### Les interventions de prescription d'opioïdes visant à la réduction du trouble lié à l'usage des opioïdes et d'intoxication létale ratent probablement le patient en danger

Aux Etats-Unis, des récentes directives cliniques avertirent quant au danger de traitements médicamenteux d'opioïdes à haute dose (> 90 mg de morphine ou dose équivalente d'un autre opioïde [MED] par jour), particulièrement lors de douleurs chronique et de nombreux cliniciens ajustèrent leur pratique en conséquence. Cette étude transversale menée parmi des adultes assurés par un contrat commercial (N = 227 038) avec un nouveau diagnostic de trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO) ou une intoxication létale aux opioïdes a étudié les schémas de prescription d'opioïdes dans les 12 derniers mois précédant le diagnostic.

- 51% des patients de cette étude avait un diagnostic de douleurs chroniques.
- 35% des patients avec un TUO incident ou une intoxication létale aux opioïdes n'avaient pas reçu de prescription d'opioïdes dans l'année précédant leur diagnostic.
- De 2006 à 2016, la proportion de patients ne recevant pas de prescription d'opioïdes dans l'année précédant leur TUO ou leur intoxication létale aux opioïdes augmenta de 86%.
- Parmi les 65% des patients ayant reçu une prescription d'opioïdes avant leur diagnostic de TUO ou d'intoxication létale aux opioïdes, la plupart s'était vu prescrire > 20 mg MED par jour ; seulement 13% s'était vu prescrire une forte dose d'opioïdes médicamenteux (> 150 mg MED par jour).

*Commentaires :* Cette étude souligne les limitations des interventions focalisées de prescription d'opioïdes visant à la réduction de TUO et d'intoxication létale mais confirme que même les patients recevant des prescriptions d'opioïdes médicamenteux à faible dose peuvent être à risque. Bien que les prescriptions d'opioïdes ont baissé de manière générale aux Etats-Unis depuis 2006, les intoxications létales aux opioïdes restent fréquentes dû à la présence de fentanyl dans l'approvisionnement en médicaments aux US et en raison d'obstacles encore existants à l'accès à un traitement de TUO. Sans une approche systématique qui prenne en compte la question du TUO et d'intoxication létale aux opioïdes, les interventions visant uniquement la réduction d'opioïdes prescrits seront insuffisantes.

Melissa Weimer, DO, MCR (version originale anglaise)

Dre Angéline Adam (traduction française)

Référence : Wei YJ, Chen C, Fillingim R, et al. Trends in prescription opioid use and dose trajectories before opioid use disorder or overdose in US adults from 2006 to 2016: A cross-sectional study. *PLoS Med.* 2019;16(11):e1002941.

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](http://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.