

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

JUILLET — AOÛT 2021

TABLE DES MATIÈRES

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

L'accompagnement par un travailleur social des patients avec un trouble de l'usage de substances hospitalisés réduit les réadmissions et améliore l'engagement dans le traitement, 1

Bénéfices de la naltrexone à libération prolongée combinée à des interventions psychosociales pour les troubles liés à l'utilisation d'alcool, 2

IMPACT SUR LA SANTÉ

Pour les personnes avec un trouble de l'usage des opioïdes, des temps d'attente plus courts entre la sortie de l'hôpital et le traitement ambulatoire améliorent l'engagement dans le traitement, 2-3

L'usage d'alcool des pères associé à des anomalies fœtales, 3

Avoir affaire au système de justice criminelle américain est-il lié à la morbidité (y compris les troubles liés à l'usage de substances) parmi les personnes de 50 ans et plus ? 3-4

La concentration de THC dans le cannabis a augmenté dans le monde entre 1970 et 2017, 4

Un algorithme de *Machine Learning* prédit la mortalité future à la suite d'une surdose non fatale d'opioïdes, 5

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE & DOULEUR

Les risques associés à l'indication de la baisse des doses d'opioïdes ou leur arrêt, 5-6

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

L'accompagnement par un travailleur social des patients avec un trouble de l'usage de substances hospitalisés réduit les réadmissions et améliore l'engagement dans le traitement

Les patients hospitalisés souffrant de troubles liés à l'usage de substances (TUS) présentent un risque élevé de réadmission et de recours aux services d'urgence. Des consultations spécialisées en addiction ont vu le jour pour améliorer la prise en charge des TUS des patients hospitalisés et mieux orienter sur des traitements ciblés à la sortie d'hôpital. Cependant, la mobilisation des personnes hospitalisées peut être difficile et la durée du séjour peut être courte. Cette étude contrôlée randomisée réalisée sur site unique a testé si l'ajout d'un accompagnateur de patients entrant en contact avec ces derniers pendant l'hospitalisation et les suivant jusqu'à 90 jours réduisait les réadmissions et améliorerait les taux de traitement des TUS, en comparaison avec le traitement habituel qui comprenait le recours à une consultation spécialisée en addiction.

- En comparaison au traitement habituel, le recours à l'agent d'orientation a réduit les taux d'hospitalisation sur 12 mois de 8 à 6 pour 1000 jours-personnes et les visites aux urgences de 28 à 18 pour 1000 jours-personnes.
- L'entrée en traitement spécialisé dans la communauté dans les 3 mois était plus élevée chez les patients bénéficiant de l'agent d'orientation (50%), en comparaison avec le traitement habituel (35%).
- Le rôle d'agent d'orientation était assuré par des travailleurs sociaux de niveau master qui avaient une charge de travail moyenne de 13 patients par semaine.

Commentaires : L'hospitalisation est souvent une opportunité manquée – si ce n'est un challenge – d'engager et d'orienter les personnes atteintes de TUS sur un traitement dans la communauté. Cette étude contrôlée randomisée a démontré que le recours à des agents d'orientation améliorait l'engagement dans le traitement des TUS et réduisait l'utilisation des soins. D'autres études sont nécessaires pour comprendre la reproductibilité, l'adaptabilité et la pérennité de cette intervention.

Marc R. Larochelle, MD, MPH

Sophie Paroz (traduction française)

Référence : Gryczynski J, Nordeck CD, Welsh C, et al. Preventing hospital readmission for patients with comorbid substance use disorder: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2021;174(7):899–909.

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

Rédacteur en chef adjoint intérimaire

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

Comité de rédaction

Nicolas Bertholet, MD, MSc
Associate Physician, Privat-Docent, Senior Lecturer
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

Timothy S. Naimi, MD, MPH
Director, Canadian Institute for Substance Use Research
(CISUR)
Professor, Department of Public Health and Social Policy,
University of Victoria, Canada

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

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

Bénéfices de la naltrexone à libération prolongée combinée à des interventions psychosociales pour les troubles liés à l'utilisation d'alcool

Il a été montré que la naltrexone orale réduisait la consommation d'alcool et le *craving* chez les personnes souffrant de troubles liés à l'usage d'alcool (TUA), mais les preuves spécifiques d'efficacité de la formulation injectable à libération prolongée (XR-naltrexone) sont limitées. Les chercheurs ont effectué une revue systématique et une méta-analyse de 7 essais contrôlés randomisés évaluant 1'500 adultes souffrant de troubles de l'usage d'alcool, recevant de la XR-naltrexone (150-400 mg) pendant 2-6 mois ou un placebo, complété d'un apport de type thérapeutique comportemental. La variable résultante primaire était la différence moyenne pondérée (DMP) agrégée des jours de consommation d'alcool et des jours de forte consommation d'alcool par mois.

- Comparativement aux personnes qui ont reçu le placebo, ceux qui ont reçu la XR-naltrexone avaient 2 jours de consommation d'alcool et 1,2 jours de forte consommation d'alcool de moins par mois.
- Une durée de traitement plus longue (>3 mois) était associée à une diminution de 1,9 des jours de forte consommation d'alcool par mois (DMP, -1,9 ; IC à 95% = -3,2, -0,5 ; P = 0,01)*, en comparaison avec une durée de traitement de <3 mois.
- Comparativement aux personnes en traitement dans des études exigeant l'arrêt de toute consommation d'alcool avant le début du traitement, les personnes traitées dans les études n'exigeant pas cette condition avant le début du traitement avaient 2 jours d'usage excessif d'alcool de moins par mois (DMP, -2,0 ; IC à 95% = -3,52, -0,48 ; P = 0,01)*.

*Le chevauchement des IC à 95% entre les sous-groupes indique un manque potentiel de signification statistique. Cependant, les chercheurs maintiennent la signification clinique des résultats.

Commentaires : Avec une réduction modeste des jours de consommation d'alcool et des jours de forte consommation d'alcool par mois par rapport aux interventions psychosociales et au placebo seul, les résultats de cette méta-analyse suggèrent que le XR-naltrexone peut avoir une certaine efficacité dans le traitement du TUA, en particulier avec une durée de traitement plus longue. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer l'efficacité à long terme de la XR-naltrexone, ses effets au sein d'une population de personnes consommant activement de l'alcool, et des éléments de comparaison à la naltrexone orale (par exemple : efficacité, coût).

Jonah Hamilton† et Seonaid Nolan, MD
Olivier Simon (traduction française)

† Contributing editorial intern and Research Coordinator, British Columbia Centre on Substance Use.

Référence : Murphy CE 4th, Wang RC, Montoy JC, et al. Effect of extended-release naltrexone on alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2021;10.1111/add.15572.

IMPACT SUR LA SANTÉ

Pour les personnes avec un trouble de l'usage des opioïdes, des temps d'attente plus courts entre la sortie de l'hôpital et le traitement ambulatoire améliorent l'engagement dans le traitement

La buprénorphine et la méthadone sont des traitements agonistes opioïdes (TAO) efficaces contre le trouble de l'usage des opioïdes (TUO), mais la plupart des personnes atteintes de TUO ne les reçoivent pas. L'hospitalisation est l'occasion d'initier un traitement, mais de nombreux patients n'ont pas de relais avec les soins ambulatoires après leur sortie d'hôpital.

(suite en page 3)

Pour les personnes avec un trouble de l'usage des opioïdes, des temps d'attente plus courts entre la sortie de l'hôpital et le traitement ambulatoire améliorent l'engagement dans le traitement (suite de la page 2)

Dans cette étude, les chercheurs ont utilisé les données des patients admis au Boston Medical Center qui ont commencé à prendre de la buprénorphine pour étudier l'association entre le temps d'attente pour les rendez-vous de suivi et l'entrée effective en soins ambulatoires.

- L'étude a porté sur des adultes souffrant de TUO qui ont commencé à prendre de la buprénorphine pendant leur hospitalisation et ont obtenu un rendez-vous de suivi dans l'une des deux cliniques affiliées.
- Sur 142 patients, 77 (55%) se sont présentés à leur rendez-vous de suivi ; 56 (39%) avaient un rendez-vous 0-1 jour après leur sortie d'hôpital, et le reste (61%) avait un rendez-vous 2 jours ou plus après leur sortie.
- Les patients ayant un rendez-vous de suivi 0-1 jour après la sortie d'hôpital étaient plus susceptibles de se présenter à leur rendez-vous que ceux ayant un rendez-vous 2 jours ou plus après la sortie (63% contre 42%, respectivement).

- Dans les analyses multivariées, le fait d'avoir un rendez-vous de suivi 0-1 jour après la sortie d'hôpital était associé à une meilleure probabilité d'arriver au rendez-vous ambulatoire (odds ratio, 2,6).

Commentaires : Nous devons en faire plus pour améliorer l'engagement et la rétention des patients avec TUO. Offrir un rendez-vous de suivi ambulatoire dans la journée suivant la sortie de l'hôpital est un outil pour y parvenir.

Darius A. Rastegar, MD

Yasser Khazaal (traduction française)

Référence : Roy PJ, Price R, Choi S, et al. Shorter outpatient wait-times for buprenorphine are associated with linkage to care post-hospital discharge. *Drug Alcohol Depend.* 2021;224:108703.

L'usage d'alcool des pères associé à des anomalies fœtales

L'usage d'alcool des géniteurs masculins (pères) peut entraîner des anomalies génétiques et épigénétiques du sperme. Cette étude utilise une base de données nationale collectant des données durant l'évaluation de santé avant la conception offerte dans les 31 provinces de Chine entre 2010 et 2012 (N=529,090). L'équipe de recherche a étudié l'association entre l'usage d'alcool du père avant la conception et le risque de malformations congénitales en ajustant pour les facteurs confondants incluant l'usage d'alcool de la mère et le tabagisme du père.

- L'usage d'alcool chez le père avant la conception était rapporté par 31% des couples. L'usage d'alcool chez la mère était rapporté par 3.3% des couples.
- Les couples qui rapportaient un usage d'alcool chez le père avait un risque augmenté de 35% d'avoir un nouveau-né avec une malformation congénitale.

Commentaires : Cette étude suggère que l'usage d'alcool chez le futur père avant la conception augmente le risque de malformation congénitale chez le futur nouveau-né ; les auteurs recommandent de faire de nouvelles études pour évaluer spécifiquement le risque de malformation congénitale associé à des usages d'alcool à plus grand risque présents chez les futurs pères. Le fait de devenir parents est souvent une motivation importante pour changer des comportements ; ces résultats peuvent fournir aux jeunes hommes une raison d'évaluer leur usage et de chercher une aide si besoin.

Sharon Levy, MD

Angéline Adam (traduction française)

Référence : Zhou Q, Song L, Chen J, et al. Association of preconception paternal alcohol consumption with increased fetal birth defect risk. *JAMA Pediatr.* 2021;175(7):742-743.

Avoir affaire au système de justice criminelle américain est-il lié à la morbidité (y compris les troubles liés à l'usage de substances) parmi les personnes de 50 ans et plus ?

Les États-Unis connaissent une période d'incarcération de masse et l'exposition au système de justice pénale est de plus en plus reconnu comme un facteur de risque pour la santé. Cette étude menée auprès de personnes âgées de 50 ans et plus a examiné si le fait d'avoir récemment eu affaire à la justice pénale (défini comme toute arrestation ou liberté conditionnelle durant l'année précédente) était associé à un trouble de santé mentale, un trouble de l'usage de substances et une multi-morbidité médicale (définie comme

avoir deux maladies chroniques ou plus). Les données étaient auto-rapportées et tirées de l'Enquête nationale américaine sur l'usage de substances psychoactives et la santé 2015-2018 (N=34'898).

- En tout, 2.1% de l'échantillon reportait avoir eu affaire au système de justice pénale.

(suite en page 4)

Avoir affaire au système de justice criminelle américain est-il lié à la morbidité (y compris les troubles liés à l'usage de substances) parmi les personnes de 50 ans et plus ? (suite de la page 3)

- Un plus grand pourcentage de personnes ayant eu récemment affaire au système de justice pénale (comparé à ceux n'y ayant pas eu affaire) reportait avoir un trouble de l'usage de substances (35% vs 4%) et un trouble de santé mentale modéré ou sérieux (21% vs 6%), mais pas une multi-morbidité médicale (24% vs 26%).
- En ajustant pour l'âge, le genre, la race/ethnicité, le statut marital, l'éducation, le revenu et le statut assurantiel, avoir les 3 conditions (trouble de santé mentale, trouble de l'usage de substances et multi-morbidité médicale) était fortement associé au fait d'avoir affaire au système de justice pénale (odds ratio ajusté : 8.56).
- Les personnes avec une arrestation récente avaient un plus grand risque de rapporter un trouble de santé mentale ou une multi-morbidité médicale que les personnes en liberté conditionnelle.

Commentaires : La prévalence des troubles de l'usage de substances tend à diminuer avec l'âge, mais cette étude montre une

prévalence élevée parmi les personnes d'âge moyen et avancé ayant récemment eu affaire au système de justice pénale. Néanmoins, ces données auto-reportées ne sont pas idéales pour étudier la multi-morbidité médicale, car les personnes qui n'ont pas un accès fiable aux soins médicaux pourraient ne pas être conscients de leurs comorbidités médicales. De prochaines études devraient aller au-delà de ce type d'analyses descriptives pour examiner si avoir affaire au système de justice pénale peut être lié à ces conditions de manière causale et pour identifier des interventions pouvant répondre à ces problématiques parmi cette population hautement marginalisée.

Aaron D. Fox, MD

Jacques Gaume (traduction française)

Référence : Han BH, Williams BA, Palamar JJ. Medical multimorbidity, mental illness, and substance use disorder among middle-aged and older justice-involved adults in the USA, 2015–2018. *J Gen Intern Med.* 2021;36(5):1258–1263.

La concentration de THC dans le cannabis a augmenté dans le monde entre 1970 et 2017

Le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) est le principal composé psychoactif du cannabis. Une concentration plus élevée de THC est associée à l'intoxication, à l'anxiété et à des troubles cognitifs pendant l'usage ; son exposition à long terme a été associée à des troubles psychotiques et à des troubles d'usage de cannabis. Le cannabidiol (CBD), un cannabinoïde qui n'est pas psychoactif, peut modérer certains de ces effets. Des études antérieures ont démontré une augmentation de la concentration de THC dans certains pays sur des intervalles de temps limités. Dans cette étude, les auteurs ont mené une revue systématique des études qui ont rapporté des concentrations moyennes de THC ou de CBD sur au moins 3 périodes annuelles.

- Douze études éligibles ont été incluses. Ces dernières ont rassemblé des échantillons de 1970 à 2017 en provenance des États-Unis, du Royaume-Uni, des Pays-Bas, de France, du Danemark, d'Italie et de Nouvelle-Zélande.
- Dix de ces études ont utilisé un échantillonnage non aléatoire (p. ex. saisies policières). Par ailleurs, elles ont été jugées à faible risque de biais.
- La concentration de THC dans l'herbe de cannabis a augmenté chaque année de 0,29%.
- La concentration de THC dans la résine de cannabis a augmenté de 0,57% par an.
- La concentration de CBD dans l'herbe de cannabis et la résine de cannabis est restée inchangée.

Commentaires : Le cannabis est devenu de plus en plus concentré au cours des 5 dernières décennies. Cette étude quantifie ces changements d'un point de vue international et est la première méta-analyse à décrire les concentrations de CBD en plus du THC. Une concentration accrue entraînera probablement des résultats plus négatifs chez les personnes qui consomment du cannabis. Sa légalisation est une opportunité de réglementer sa concentration et potentiellement d'atténuer les dommages.

Ashish Thakrar, MD† and Darius A. Rastegar, MD

Gabrielle Stoven (traduction française)

† Stagiaire à la rédaction et chercheur en médecine des addictions, Johns Hopkins Bayview Medical Center

Référence : Freeman TP, Craft S, Wilson J, et al. Modifications des concentrations de delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et de cannabidiol (CBD) dans le cannabis au fil du temps : revue systématique et méta-analyse. *Addiction.* 2021;116:1000-1010.

Un algorithme de Machine Learning prédit la mortalité future à la suite d'une surdose non fatale d'opioïdes

Cette étude de cohorte rétrospective a exploité les données de Medicaid en Pennsylvanie de 2014 à 2016 dans le but de développer un modèle qui, grâce au *Machine Learning* appliqué, prédit la mortalité toutes causes confondues à la suite d'une surdose d'opioïdes non fatale. L'algorithme a utilisé 348 prédicteurs pour 9'686 personnes, y compris des variables à l'échelle de l'individu (les données sociodémographiques, l'état de santé et l'utilisation des services de santé) et de la communauté (par ex., le niveau de pauvreté, le taux de suicide) durant les 180 jours qui ont précédé une surdose index. Le résultat principal était la mortalité toutes causes confondues dans les 180 jours qui ont suivi une surdose index.

- Dans l'ensemble, 346 (3,6%) personnes sont décédées dans les 180 jours suivant une surdose index.
- Le taux de mortalité du groupe de personnes à risque le plus élevé ($\geq 98^{\text{e}}$ percentile de risque) s'élevait à 20% à 180 jours ; et celui du groupe de personnes à risque le plus faible ($< 25^{\text{e}}$ percentile) était de 1,5%. *
- Lorsque la sensibilité et la spécificité étaient équilibrées, les valeurs prédictives négatives et positives de l'algorithme étaient respectivement de 98% et 6,5%.
- Le fait de prendre des médicaments pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes ou de bénéficier d'interventions visant à atténuer les risques (naloxone, dépistage de drogues dans l'urine, conseils concernant les troubles liés à l'usage de substances) à la suite d'une surdose était associé à une mortalité plus faible.

- Plusieurs variables à l'échelle communautaire, telles que la pauvreté ou le taux de suicide au sein du département/de la région, constituaient des prédicteurs importants de la mortalité.

* Les personnes ont été réparties en 6 sous-groupes « à risque similaire selon les scores de risque (c'est-à-dire la probabilité estimée de décès de l'individu) générés par l'algorithme de *Machine Learning* validé. »

Commentaires : Le fait de disposer d'un score au moment d'une surdose d'opioïdes non fatale dans le but d'évaluer le risque de mortalité future pourrait s'avérer utile aux médecins, aux assurances maladie, ainsi qu'aux agences gouvernementales. En revanche, cet algorithme porte sur la mortalité toutes causes confondues, si bien que l'accent a probablement été mis davantage sur les prédicteurs que sont l'âge ou le handicap, ce qui n'aurait pas été le cas si l'algorithme avait pour fin d'indiquer la mortalité due à une surdose. Même sans score de risque, cette étude souligne l'importance de prescrire la naloxone ainsi que de dépister et traiter les troubles liés à l'usage d'opioïdes lors d'une surdose.

Dr Aaron D. Fox
Charlotte Eidenbenz (traduction française)

Référence : Guo J, Lo-Ciganic WH, Yang Q, et al. Predicting mortality risk after a hospital or emergency department visit for nonfatal opioid overdose. *J Gen Intern Med.* 2021;36(4):908–915.

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET DOULEURS

Les risques associés à l'indication de la baisse des doses d'opioïdes ou leur arrêt

Les données suggèrent que l'arrêt de la prescription d'opioïdes après un traitement au long cours, à forte dose d'opioïdes, peut être associé à des conséquences négatives, notamment en termes d'overdose et de suicide. Les chercheurs ont utilisé les données de l'Oregon Medicaid relatives au programme de surveillance des prescriptions médicamenteuses et aux données de l'état civil pour identifier les risques associés aux schémas de prescription d'opioïdes après un épisode de prescription d'opioïdes à forte dose (N=14 596).

- Les schémas de prescription d'opioïdes après une prescription au long cours étaient les suivants : arrêt brutal de la médication opioïde sans réduction de dose supérieure à 50% (29% des cas) ; arrêt du

traitement opioïde après réduction de dose supérieure à 50% (11%) ; poursuite du traitement opioïde avec une réduction de dose supérieure à 50% (44%) ; maintien d'une dose stable ou croissante de traitement opioïde (16%).

- Comparé à une dose stable ou croissante, le risque suicidaire était plus élevé en cas d'arrêt, aussi bien lorsque cet arrêt est brutal (rapport de risque ajusté [RRa], 3,63) ou avec une réduction progressive de la dose (RRa, 4,47).
- Comparé à une dose stable ou croissante, le risque d'overdose était plus faible en cas d'arrêt brutal ou de réduction progressive de la dose jusqu'à arrêt (aHR, 0,62 et 0,36, respectivement).

(suite en page 6)

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
<https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/service-de-medecine-des-addictions-sma>

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET DOULEURS

Les risques associés à l'indication de la baisse des doses d'opioïdes ou leur arrêt *(suite de la page 5)*

Commentaires : De nombreux patients qui devraient recevoir de la naloxone en pharmacie ne le reçoivent pas. Les programmes communautaires de distribution de naloxone restent très importants mais les cliniciens qui prescrivent les TOLT doivent également faire des efforts. Éviter les facteurs de risques connus tels que les TOLT à haut dosages et l'association aux benzodiazépines est une première étape ; prescrire la naloxone qui est sécuritaire et simple à administrer peut aussi prévenir les décès accidentels par surdosage d'opioïdes. Les mesures qui pourraient augmenter la co-prescription sont les rappels électroniques lors de la prescription, la délivrance automatique de naloxone avec les prescriptions opioïdes et la réduction des barrières financières.

Aaron D. Fox, MD

Rebecca Gray (traduction française)

Référence : Stein BD, Smart R, Jones CM, et al. Individual and community factors associated with naloxone co-prescribing among long-term opioid patients: a retrospective analysis. *J Gen Intern Med.* 2021;10.1007/s11606-020-06577-5.

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.