

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

JUILLET — AOÛT 2025

TABLE DES MATIÈRES

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

La naltrexone orale et injectable à libération prolongée sont efficaces pour traiter les troubles liés à l'usage d'alcool lorsqu'elles sont administrées à la sortie de l'hôpital général, 1

IMPACT SUR LA SANTÉ

Deux études examinent l'impact de la dose et de la durée du traitement à la buprénorphine chez les patientes enceintes souffrant d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes, 2-3

Le fractionnement des doses de méthadone pendant la grossesse améliore les résultats, 3

Des doses plus élevées de méthadone au septième jour associées à une meilleure rétention dans le programme de traitement aux opiacés au trentième jour, 4

Les consultations hospitalières en addictologie sont associées à une augmentation de la prescription de médicaments pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes et d'alcool et à une réduction des réadmissions à l'hôpital, 4

Il est nécessaire de renforcer les tests et la surveillance du cannabis médical avant qu'il ne soit reclassé aux États-Unis, 5

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

La naltrexone orale et injectable à libération prolongée sont efficaces pour traiter les troubles liés à l'usage d'alcool lorsqu'elles sont administrées à la sortie de l'hôpital général

Les patients atteints d'un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) sont fréquemment hospitalisés, mais la grande majorité d'entre eux ne reçoivent pas de traitements médicamenteux pour les troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) à leur sortie de l'hôpital. Le fait de commencer un TUA à l'hôpital peut contribuer à combler cet écart dans le traitement. La naltrexone est un traitement efficace contre le TUA, mais aucune étude n'a comparé les formulations orales et injectables à action prolongée (IAP) chez les patients sortant d'un hôpital général. Dans cet essai clinique ouvert et randomisé mené dans un hôpital universitaire urbain du Massachusetts entre 2016 et 2020, les chercheurs ont comparé la naltrexone orale à la naltrexone IAP administrée à la sortie de l'hôpital à des patients hospitalisés souffrant de TUA. Le critère d'évaluation principal était le pourcentage de jours de consommation d'alcool excessive (JCAE) au cours des 30 derniers jours lors du suivi à trois mois, évalué à partir d'auto-évaluations et de biomarqueurs de l'alcool dérivés d'échantillons sanguins.

- Sur les 248 patients randomisés, 217 (88%) ont terminé le suivi de trois mois ; 199 patients étaient des hommes, l'âge moyen était de 49 ans et 116 étaient sans domicile fixe (c'est-à-dire ≥ 1 nuit au cours des trois derniers mois).
- Au bout de trois mois de suivi, on a constaté une baisse significative du pourcentage de JCAE par rapport à la valeur de référence chez les patients recevant de la naltrexone par voie orale (-38%) et par naltrexone IAP (-46%) ; la différence entre les deux formulations n'était pas significative.
- La différence dans les probabilités d'hospitalisation ou de visite aux urgences au cours des trois mois pour la naltrexone orale par rapport à la naltrexone IAP n'était pas significative.

Commentaires : Cette étude a confirmé que la naltrexone réduit les JCAE et que l'instauration d'un traitement à la naltrexone à la sortie de l'hôpital est faisable et efficace. L'efficacité similaire des formulations orales et IAP de naltrexone souligne l'importance d'adapter les recommandations médicamenteuses aux préférences du patient, à la disponibilité, au coût et à la logistique du suivi après la sortie de l'hôpital.

Elliott Brady, MD, MPH* & Darius A. Rastegar, MD

* 2024–2025 Rich Saitz Editorial Intern & Addiction Medicine Fellow, Montefiore Einstein Addiction Medicine Fellowship Program

Référence : Magane KM, Dukes KA, Fielman S, et al. Oral vs extended-release injectable naltrexone for hospitalized patients with alcohol use disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2025; 185(6):635–645.

Comité de rédaction

Rédacteurs en chef

Miriam S. Komaromy, MD
Medical Director, Grayken Center for Addiction
Boston Medical Center
Professor, General Internal Medicine
Boston University School of Medicine

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

Responsable de la publication

Casy Calver, PhD
Boston Medical Center

RSEI Directeur et rédacteur associé

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

Comité de rédaction

Nicolas Bertholet, MD, MSc
Associate Professor, Privat-Docent, Senior
Lecturer, Alcohol Treatment Center
Clinical Epidemiology Center
Lausanne University Hospital

Susan Calcaterra, MD, MPH/MSPH, MS
Associate Professor, Medicine-Hospital Medicine
University of Colorado Anschutz Medical Campus

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

Ximena A. Levander, MD
Assistant Professor of Medicine, Division of General
Internal Medicine and Geriatrics, School of Medicine
Oregon Health & Science University

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

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

Emily Nields, DO
Pediatric Addiction Medicine Attending Physician/Family
Medicine Physician
Adolescent Substance Use and Addiction Program
Division of Addiction Medicine
Boston Children's Hospital

Elizabeth A. Samuels, MD
Assistant Professor of Epidemiology
Assistant Professor of Emergency Medicine
Brown University

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

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

Rich Saitz Editorial Intern, 2024–2025

Elliott Brady, MD, MPH
Addiction Medicine Fellow, Montefiore Einstein
Addiction Medicine Fellowship Program

Traduction française

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

IMPACT SUR LA SANTÉ

Deux études examinent l'impact de la dose et de la durée du traitement à la buprénorphine chez les patientes enceintes souffrant d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes

Aux États-Unis, les troubles liés à l'usage d'opioïdes (TUO) pendant la période périnatale contribuent à une morbidité et une mortalité maternelles importantes, ainsi qu'à des issues néonatales défavorables, notamment le syndrome de sevrage néonatal aux opioïdes (SSNO). Les médicaments utilisés pour traiter les TUO, la buprénorphine et la méthadone, constituent la norme de soins pour les patientes enceintes souffrant de TUO. Cependant, les données réelles sur l'impact de la dose de buprénorphine et la régularité de son administration tout au long de la grossesse sont limitées. Deux études observationnelles récentes ont examiné les associations entre la dose de buprénorphine pendant la grossesse et les résultats néonataux et/ou maternels.

En France, Marc et al. ont mené une analyse rétrospective des dossiers médicaux électroniques de 75 nourrissons nés à terme (≥ 37 semaines de gestation) admis dans deux unités de soins intensifs néonataux (USIN) pour le traitement du syndrome de sevrage néonatal (score de Lipsitz ≥ 4), nés de mères traitées à la buprénorphine pendant leur grossesse entre 2010 et 2020.

- Les nourrissons ont été répartis en trois catégories d'exposition prénatale à la buprénorphine : dose élevée (≥ 12 mg), dose faible (2-11 mg) et dose très faible (< 2 mg).
- La durée du SSNO, la durée d'hospitalisation et la quantité totale de morphine nécessaire pour traiter le SSNO étaient toutes significativement plus élevées chez les nourrissons dont les mères avaient reçu une dose élevée de buprénorphine, par rapport à ceux qui avaient reçu des doses faibles ou très faibles.

Aux États-Unis, Jarlenski et al. ont mené une analyse rétrospective des données administratives de Medicaid en Pennsylvanie concernant 2'925 patientes enceintes ayant reçu un diagnostic de TUO, ayant donné naissance à un enfant vivant et ayant reçu au moins deux prescriptions de buprénorphine pendant leur grossesse ou après leur accouchement entre 2009 et 2019. Les patientes ayant reçu de la méthadone ont été exclues.

- La modélisation des trajectoires par groupe a permis d'identifier chez les patientes huit trajectoires longitudinales de dose et de durée de traitement à la buprénorphine.
- Par rapport aux patientes recevant des doses de buprénorphine plus élevées et pendant une durée plus longue, commencées avant la grossesse et poursuivies (dose quotidienne moyenne de 22,35 mg), celles qui ont commencé ou arrêté la buprénorphine pendant la grossesse étaient plus susceptibles d'avoir arrêté la buprénorphine 90 jours après l'accouchement et d'avoir subi une overdose non mortelle.
- La prise de doses élevées de buprénorphine pendant une durée plus longue pendant la grossesse n'était pas associée à un risque accru de syndrome d'abstinence néonatale ou de faible poids à la naissance, par rapport à la prise de doses modérées (dose quotidienne moyenne de 14,76 mg) ou faibles (dose quotidienne moyenne de 6,97 mg) de buprénorphine avant la grossesse, ou à une durée de traitement plus courte.

(suite en page 3)

Deux études examinent l'impact de la dose et de la durée du traitement à la buprénorphine chez les patientes enceintes souffrant d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes (suite de la page 2)

Commentaires : Le traitement à la buprénorphine doit être poursuivi chez les patientes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO) qui sont enceintes ou viennent d'accoucher. La dose peut devoir être augmentée ou ajustée (fractionnée) en raison des changements physiologiques liés à la grossesse, selon une approche centrée sur la patiente. En France, on utilise généralement des doses plus faibles de buprénorphine, et le fentanyl semble contribuer de manière minime à l'approvisionnement en drogues et aux surdoses dans le pays ; le fentanyl est apparu en Pennsylvanie en 2017. Dans l'étude de Marc et al., le SSNO a été déterminé et surveillé à l'aide du score de Lipsitz, tandis qu'aux États-Unis, la norme de soins passe de l'outil d'évaluation de l'abstinence néonatale de Finnegan (« Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool » ou FNAST) à l'approche de soins Manger, Dormir, Consoler (MDC). L'utilisation de l'approche MDC,

une approche basée sur les fonctions, permet de réduire la durée d'hospitalisation et les interventions pharmacologiques chez les nouveau-nés atteints du SSNO.

Ximena A. Levander, MD

Références :

Marc B, Marion D, François B, Lakshmi Priya L. Is buprenorphine maternal dose associated with neonatal opioid withdrawal syndrome severity? *Am J Addict.* 2025;34(1):15–20.

Jarlenski M, LoCiganic WH, Chen Q, et al. Association between buprenorphine dose and outcomes among pregnant persons with opioid use disorder. *Am J Obstet Gynecol.*

Le fractionnement des doses de méthadone pendant la grossesse améliore les résultats

Il a été démontré que la méthadone améliore les résultats chez les femmes enceintes souffrant d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO) et chez leurs nouveau-nés. Les changements physiologiques pendant la grossesse modifient le métabolisme de la méthadone, qui est donc souvent divisée en deux ou trois doses lorsqu'elle est administrée à des patientes enceintes. Des chercheurs ont procédé à une revue systématique des études portant sur la division des doses de méthadone pendant la grossesse afin d'évaluer son impact sur les résultats maternels, fœtaux et néonataux.

- Huit études ont été incluses dans cette analyse : une étude de cas, trois séries de cas, trois études de cohorte et un essai clinique.
- Deux études ont démontré une augmentation de la clairance et du métabolisme de la méthadone pendant la grossesse.
- Deux études ont examiné les mesures fœtales avec un dosage fractionné par rapport à un dosage unique et ont rapporté de meilleurs résultats.
- Quatre études ont examiné les mesures de la consommation de drogues par la mère avec un dosage fractionné et ont rapporté de meilleurs résultats.
- Quatre études ont examiné les résultats néonataux et n'ont observé aucune augmentation des effets indésirables avec des doses plus élevées ou un fractionnement des doses.

Commentaires : Cette revue montre que les preuves sont rares, mais cela favorise la pratique de la division des doses de méthadone pendant la grossesse chez les personnes atteintes de TUO.

Darius A. Rastegar, MD

Référence : Khan NZ, Hand DJ, Qian E, et al. Split-dosing of methadone during pregnancy and postpartum period: a systematic review of outcomes. *J Addict Med.* 2025 [Epub ahead of print]. doi:10.1097/ADM.0000000000001470.

Des doses plus élevées de méthadone au septième jour associées à une meilleure rétention dans le programme de traitement aux opiacés au trentième jour

La méthadone est un traitement efficace contre les troubles liés à l'usage d'opioïdes, et des doses plus élevées sont associées à une meilleure rétention dans le traitement. Cependant, la stratégie posologique optimale pendant l'induction du traitement n'a pas été établie. Des rapports récents suggèrent qu'une augmentation plus rapide de la dose pendant l'hospitalisation est sûre et efficace, mais il y a moins de preuves pour étayer cette approche en milieu ambulatoire. Cette étude a évalué les données d'un réseau de 64 programmes de traitement aux opioïdes aux États-Unis entre 2020 et 2023, en utilisant une régression logistique binaire pour étudier l'association entre la dose de méthadone au septième jour du traitement et la rétention dans le traitement à 30 jours.

- La cohorte comprenait 14'489 participants ; le taux global de rétention à 30 jours était de 88%.
- Les participants plus jeunes, de sexe masculin et sans emploi étaient moins susceptibles de rester en traitement pendant 30 jours ou plus.
- Les analyses ont démontré une relation dose-réponse significative, avec des doses plus élevées au septième

jour prédisant une augmentation de la rétention dans le traitement à 30 jours (91% chez les patients recevant ≥ 70 mg de méthadone au septième jour, contre 80% chez ceux recevant < 30 mg).

Commentaires : Cette étude vient s'ajouter à d'autres rapports préconisant une augmentation plus rapide de la dose de méthadone au début du traitement. La principale préoccupation concerne la sécurité des patients (c'est-à-dire le risque d'overdose) au début du traitement, ce que cette étude n'a pas évalué. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour trouver le juste équilibre entre efficacité et sécurité.

Darius A. Rastegar, MD

Référence : Sherrick RC. Relationship between methadone induction dosing and retention in treatment in opioid treatment programs. *J Addict Med.* 2025 [Epub ahead of print]. doi:10.1097/ADM.0000000000001473.

Les consultations hospitalières en addictologie sont associées à une augmentation de la prescription de médicaments pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes et d'alcool et à une réduction des réadmissions à l'hôpital

Les troubles liés à l'usage de substances (TUS) sont souvent à l'origine d'hospitalisations et compliquent celles-ci, et sont associés à une augmentation des taux de réadmission. Les services de consultation en addictologie ont la possibilité d'augmenter le recours aux médicaments pour traiter les TUS et d'améliorer les résultats. Cette étude observationnelle menée dans un centre médical universitaire américain entre 2019 et 2023 a évalué le lien entre la consultation en addictologie et le recours et la poursuite d'un traitement agoniste opioïde (TAO) et d'un traitement médicamenteux pour les troubles liés à l'usage d'alcool (TUA), ainsi que le lien entre la consultation et la prescription de médicaments avec une réadmission à l'hôpital dans les 30 jours.

- Sur les 19'697 admissions pour des TUS (10'453 patients uniques), 12'792 souffraient de TUA, 7'795 de troubles liés à l'usage d'opioïdes (TUO) et 2'568 des deux. Une consultation en addictologie a eu lieu dans 43% des admissions.
- Parmi les admissions pour des TUO et ayant fait l'objet d'une consultation en addictologie, 84% ont reçu une prescription de TAO pendant leur hospitalisation, contre 49% sans consultation. Parmi les admissions pour TUA, 33 % ont reçu une prescription d'un traitement médicamenteux pour les TUA en milieu hospitalier, contre 6% sans consultation.
- Les prescriptions à la sortie pour les TUO et TUA étaient plus élevées pour les admissions ayant fait l'objet d'une consultation, bien que les résultats soient

moins clairs pour les prescriptions de TUO, car les données sur la méthadone n'ont pas été saisies.

- Le taux de réadmission à 30 jours a été considérablement réduit pour les admissions avec consultation par rapport à celles sans consultation (17% contre 20% ; rapport de taux ajusté, 0,82). Les résultats étaient similaires pour les TUO et les TUA, et plus prononcés pour les nouveaux traitements médicamenteux pour les TUS.

Commentaires : Cette étude observationnelle renforce la justification des consultations en addictologie à l'hôpital en mettant en évidence des liens entre ces consultations et des résultats importants. La plupart des biais de l'étude seraient susceptibles de défavoriser les consultations, ce qui renforce ces résultats positifs. Le grand nombre de patients hospitalisés qui pourraient bénéficier de consultations en addictologie pourrait empêcher le développement d'un accès complet à ces services et nécessiter la diffusion de ces pratiques dans tous les services et toutes les spécialités, en particulier chez les médecins hospitaliers.

Joseph Merrill, MD, MPH

Référence : Lambert E, Regan S, Wakeman SE. The impact of addiction consultation and medication for opioid or alcohol use disorder on hospital readmission. *J Gen Intern Med.* 2025 [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s11606-024-09301-9.

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

Addiction
Addiction Science & Clinical Practice
Addictive Behaviors
AIDS
Alcohol
Alcohol & Alcoholism
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
Gastroenterology
Hepatology
Journal of Addiction Medicine
Journal of Addictive Diseases
Journal of AIDS
Journal of Behavioral Health Services & Research
Journal of General Internal Medicine
Journal of Hepatology
Journal of Infectious Diseases
Journal of Studies on Alcohol
Journal of Substance Abuse Treatment
Journal of the American Medical Association
Journal of Viral Hepatitis
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

Il est nécessaire de renforcer les tests et la surveillance du cannabis médical avant qu'il ne soit reclassé aux États-Unis

Le ministère américain de la Santé et des Services sociaux a recommandé que le cannabis soit reclassé de la catégorie I à la catégorie III en raison de son « usage médical actuellement accepté ».* L'accès au cannabis médical résulte actuellement de processus politiques au niveau des États plutôt que de l'approbation de la Food and Drug Administration (FDA) ou de l'élaboration de directives cliniques. En raison du statut de classe I du cannabis, les régimes d'assurance ne couvrent pas les frais de certification ou d'achat. Les établissements qui certifient la vente de cannabis médical peuvent facturer plusieurs centaines de dollars par visite, les achats ne pouvant être effectués qu'en espèces en raison des restrictions financières fédérales. En reliant les demandes de remboursement de l'Arkansas, les licences des médecins et les données relatives aux demandes de cannabis médical au niveau de l'État, cette étude a identifié les conditions d'éligibilité dans les données relatives aux demandes de remboursement médical et a déterminé le lien entre les médecins certifiant le cannabis médical et les consultations des patients dans le cadre des soins médicaux traditionnels.

- Dans les deux ans qui ont suivi son introduction dans l'État, le cannabis médical a été approuvé pour 3,4% des adultes de l'Arkansas par 12,5% des médecins agréés.
- Le syndrome de stress post-traumatique et quatre diagnostics de douleur étaient les conditions les plus fréquentes donnant droit à cette autorisation.
- Sept médecins délivrant un grand nombre de certificats (chacun ayant délivré plus de 1'000 certificats et certifiant plus d'un tiers de tous les Arkansais certifiés) ont démontré un contact limité avec les patients. À l'inverse, les médecins délivrant un faible nombre de certificats avaient vu et diagnostiqué une plus grande proportion de patients présentant des conditions admissibles.

* Selon la définition de l'Administration américaine de lutte contre la drogue (US Drug Enforcement Administration), les substances classées dans la catégorie I n'ont « aucune utilisation médicale actuellement acceptée ». Les substances classées dans la catégorie III présentent « un potentiel modéré à faible de dépendance physique et psychologique ».

Commentaires : Ces conclusions suggèrent que les sites certifiés « paient en espèces uniquement » sont très avantageux financièrement pour ces médecins, ce qui rappelle les « pill mills » (cliniques délivrant des ordonnances abusives d'opioïdes). Avant que le cannabis ne soit reclassé et largement adopté comme traitement médical par la FDA, il devrait faire l'objet de tests, d'une surveillance et de l'élaboration de lignes directrices appropriées, comme toute autre intervention médicale, afin d'optimiser son impact et d'éviter des résultats indésirables.

Susan L. Calcaterra, MD, MPH, MS

Référence : Thompson JW, Martin B, Goudie A, et al. Arkansas medical marijuana certifications: higher-volume physicians associated with less evidence of care coordination. *Health Aff (Millwood)*. 2025;44(3):351–360.

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.