

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

SEPTEMBRE — OCTOBRE 2025

TABLE DES MATIÈRES

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Caractéristiques du sevrage à la médétomidine chez des personnes présentant un usage concomitant de fentanyl, 1

IMPACT SUR LA SANTÉ

Chez les personnes recevant de la buprénorphine, la prise de stimulants prescrits n'augmente pas le risque d'overdose liée aux opioïdes, 2

Le traitement agoniste opioïde est associé à une diminution du risque d'overdose ultérieure chez les personnes admises pour une overdose, 2-3

Augmentation des taux de mortalité par overdose liée aux opioïdes dans les communautés amérindiennes et autochtones d'Alaska, 1999–2021, 3

Un signe avant-coureur : comment les coupes dans Medicaid pourraient affecter des millions d'Américains présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes, 4

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE & DOULEUR

La diminution progressive de la dose d'opioïdes chez les patients sous traitement opioïde à long terme est associée à des résultats cliniques défavorables, 4

Chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes, l'instauration d'un traitement par la naltrexone à libération prolongée n'a pas augmenté l'intensité de la douleur, 5

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Caractéristiques du sevrage à la médétomidine chez des personnes présentant un usage concomitant de fentanyl

La médétomidine, un puissant agoniste α_2 -adrénergique, est apparue comme un adjuvant dans l'approvisionnement non réglementé en fentanyl aux États-Unis dans plusieurs communautés. Dans certains cas, des personnes ayant consommé du fentanyl à des fins non médicales se sont présentées à l'hôpital avec des symptômes de sevrage qui ne répondaient pas au traitement opioïde et comprenaient une hyperactivité autonome sévère (c'est-à-dire hypertension, tachycardie, vomissements, délire réfractaire), soupçonnée d'être due à un sevrage concomitant de la médétomidine. Cette série de cas rétrospective visait à caractériser le syndrome de sevrage de la médétomidine dans trois systèmes hospitaliers de Philadelphie, en Pennsylvanie, entre 2024 et 2025.

- Parmi les 209 patients hospitalisés qui présentaient un sevrage du fentanyl et une instabilité autonome atypique, l'âge médian était de 38 ans ; 29% étaient des femmes et 64% s'identifiaient comme caucasiens.
- 162 patients (78%) ont dû être admis en unité de soins intensifs, et 42 patients (20%) ont dû être intubés. La tachycardie et l'hypertension étaient fréquentes, et la plupart des patients (74%) ont dû recevoir des perfusions de dexmédétomidine pour traiter l'hyperactivité autonome.
- Les complications courantes comprenaient l'encéphalopathie (35%) et des lésions myocardiques (29%). Les convulsions étaient rares (5%) et touchaient principalement les patients prenant simultanément des benzodiazépines. Trente-trois pour cent des patients ont quitté l'hôpital de leur propre initiative.
- Parmi un sous-groupe de 43 patients, l'analyse toxicologique de l'urine par chromatographie liquide-spectrométrie de masse a confirmé une positivité à 100% pour les métabolites du fentanyl et de la médétomidine.

Commentaires : Ce groupe de patients présentant un syndrome de sevrage du fentanyl frelaté à la médétomidine a souffert d'une hyperactivité sympathique sévère, entraînant des taux élevés d'admission en soins intensifs, d'intubation et de sortie volontaire. Les cliniciens doivent reconnaître ce syndrome de sevrage et traiter l'hyperactivité autonome par l'administration précoce d'un traitement par agoniste α_2 .

Delia Motavalli, MD* & Alexander Y. Walley, MD

* Stagiaire rédacteur et chercheur en médecine des addictions, Boston Medical Center

Référence : London KS, Huo S, Murphy L, et al. Severe fentanyl withdrawal associated with medetomidine adulteration: a multicenter study from Philadelphia, PA. J Addict Med. 2025 [Epub ahead of print]. doi: 10.1097/ADM.0000000000001560.

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-Dozent, 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

John Fomeche, MD
Addiction Medicine Fellow
Yale University School of Medicine

Traduction française

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

IMPACT SUR LA SANTÉ

Chez les personnes recevant de la buprénorphine, la prise de stimulants prescrits n'augmente pas le risque d'overdose liée aux opioïdes

Aux États-Unis et au Canada, le pourcentage de décès impliquant à la fois du fentanyl non réglementé et des stimulants a augmenté ces dernières années. Des chercheurs de Colombie-Britannique ont utilisé une base de données regroupant les personnes ayant fait une overdose liée aux opioïdes entre 2015 et 2020 afin d'étudier le lien entre la prescription de médicaments stimulants et les overdoses mortelles et non mortelles chez les personnes suivant un traitement agoniste opioïde (TAO, c'est-à-dire à base de buprénorphine, de méthadone ou de morphine à libération prolongée). Les auteurs ont ajusté leurs analyses en fonction d'un certain nombre de facteurs de confusion potentiels, notamment les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de consommation de substances et les diagnostics de santé mentale.

- Au total, 9'395 personnes ont reçu un TAO dans la cohorte ; parmi celles-ci, 683 (7%) se sont vu prescrire un stimulant. Au total, 1'746 cas de surdoses mortelles et non mortelles ont été recensés au cours de la période étudiée (9,6 pour 100 personnes-années) ; 37 (2%) ont été mortelles.
- La délivrance d'un stimulant n'était pas associée à une augmentation du risque global d'overdose.
- Des analyses secondaires ont révélé que parmi les personnes recevant de la buprénorphine, la délivrance d'un stimulant était associée à une réduction du risque d'overdose (rapport de risque ajusté [aHR], 0,47), tandis que celles recevant un TAO à agoniste complet (méthadone ou morphine) présentaient un risque plus élevé d'overdose (aHR, 1,51).

Commentaires : Cette étude rassure quelque peu quant au fait que la prescription de stimulants à des personnes sous buprénorphine ne semble pas augmenter le risque d'overdose mortelle ou non mortelle. Le risque accru observé chez les personnes sous médicaments agonistes complets mérite toutefois d'être étudié plus en détail.

Darius A. Rastegar, MD

Référence : Young S, Fairbairn N, Cui Z, et al. Association between prescribed stimulant medications and overdose among individuals receiving opioid agonist therapy: a retrospective cohort study from British Columbia, Canada. *Addiction*. 2025;120:1184–1194.

Le traitement agoniste opioïde est associé à une diminution du risque d'overdose ultérieure chez les personnes admises pour une overdose

L'overdose constitue un risque majeur pour les personnes utilisant des substances psychoactives. Cette étude a évalué l'impact de différentes modalités de traitement sur le risque d'overdose ultérieure dans une cohorte de personnes (N = 4'089) ayant présenté une overdose non fatale liée aux opioïdes et admises à l'hôpital ou aux urgences dans le Connecticut entre mai 2016 et décembre 2017.

- L'âge moyen était de 41 ans ; 65% de la cohorte étaient des hommes et 74% s'identifiaient comme caucasien non hispaniques.

(suite en page 3)

Le traitement agoniste opioïde est associé à une diminution du risque d'overdose ultérieure chez les personnes admises pour une overdose (suite de la page 2)

- Globalement, 56% de la cohorte n'ont pas reçu de traitement pour un trouble lié à l'usage de substances (TUS) dans les 12 mois suivant l'overdose index ; 35% ont reçu un traitement agoniste opioïde (TAO ; 25% buprénorphine, 13% méthadone) et 21% ont bénéficié d'un traitement en hospitalisation (19% pour sevrage, 8% pour un traitement prolongé en hospitalisation).
- Après l'overdose index, 11% (n = 467) ont présenté une nouvelle overdose liée aux opioïdes dans les 12 mois ; 19% (n = 87) de ces overdoses ont eu une issue fatale, représentant 2% de l'échantillon global.
- Dans les analyses de survie ajustées*, la prise de méthadone ou de buprénorphine était associée à une diminution du risque d'overdose ultérieure (rapport de risque ajusté [aHR] : 0,41 et 0,72, respectivement).
- Le sevrage opioïde médicalement encadré ou le traitement prolongé en hospitalisation n'étaient pas associés à une diminution du risque d'overdose ultérieure (aHR : 1,08 et 0,90, respectivement).
- Aucune modalité de traitement n'était significativement associée à une diminution du risque d'overdose fatale.
- L'exposition aux benzodiazépines était associée à une augmentation du risque d'overdose et d'overdose fatale (aHR : 1,46 et 2,65, respectivement)

* Ajusté en fonction des données démographiques, de l'incarcération, de la prise d'opioïdes en dehors du TAO et de la prise de benzodiazépines.

Commentaires : Bien que cette étude n'ait probablement pas été suffisamment puissante pour évaluer l'impact des modalités de traitement sur l'overdose fatale, elle souligne l'importance critique de TAO pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes (TUO). Comme seule une minorité de personnes de cette cohorte ont reçu un TAO, les interventions de santé publique et les politiques devraient soutenir un accès généralisé au TAO afin de prévenir des overdoses ultérieures.

Nicolas Bertholet, MD, MSc

Référence : Howell BA, Black A, Lin HJ, et al. Receipt of addiction treatment after nonfatal opioid overdose and risk of subsequent overdose: A retrospective cohort study. *Drug Alcohol Depend.* 2025;273:112679.

Augmentation des taux de mortalité par overdose liée aux opioïdes dans les communautés amérindiennes et autochtones d'Alaska, 1999–2021

Les taux de mortalité liés aux overdoses d'opioïdes (ODO) ont augmenté aux États-Unis entre 1999 et 2021, à la suite des quatre vagues de la crise des opioïdes. Les populations amérindiennes (PA) et autochtones d'Alaska (AA) ont été touchées de manière disparate. Les chercheurs ont utilisé des données observationnelles basées sur la population pour quantifier les taux de croissance de la mortalité par ODO au sein de la population PA/AA en fonction de la race, de l'origine hispanique, de l'âge et du sexe, à l'aide d'une analyse de séries chronologiques segmentées.

- Les taux de mortalité par ODO ont augmenté dans l'ensemble de la population PA/AA, passant de 0,36 pour 100'000 en 1999–2019 à 6,5 pour 100'000 en 2019–2021.
- Les taux de croissance de la mortalité par ODO étaient les plus élevés chez les personnes âgées de 24 à 44 ans en 2019–2021.
- Les taux de croissance de la mortalité par ODO étaient similaires chez les femmes et les hommes en 2019–2021.
- Comparée à la population PA/AA globale, la sous-population PA/AA non hispanique a montré un taux de croissance de la mortalité par ODO plus élevé, qui était généralement constant dans tous les groupes d'âge.

Commentaires : La communauté PA/AA a connu une forte accélération des taux de mortalité ODO entre 2019 et 2021. Les données suggèrent que deux sous-populations sont particulièrement à risque : les adultes âgés de 24 à 44 ans et ceux d'origine ethnique non hispanique. Une meilleure compréhension des vulnérabilités de cette population (résultant du racisme structurel, de l'oppression et des inégalités en matière de santé) et de ses atouts (notamment une mentalité holistique et communautaire) pourrait éclairer des approches culturellement sensibles en matière de traitement complet (c'est-à-dire les médicaments pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes et la naloxone).

Emily Nields, DO

Référence : Bauer C, Hassan GH, Bayly R, et al. Trends in fatal opioid-related overdose in American Indian and Alaska Native communities, 1999–2021. *Am J Prev Med.* 2024;66(6):927–935.

Un signe avant-coureur : comment les coupes dans Medicaid pourraient affecter des millions d'Américains présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes

En 2020, pendant la crise sanitaire liée à la COVID-19, le Congrès américain a accordé un financement supplémentaire aux États afin de maintenir l'inscription continue à Medicaid. En mars 2023, le Congrès a mis fin à ces fonds et les États ont repris les réévaluations d'éligibilité à Medicaid, un processus qualifié de « démantèlement de Medicaid » (Medicaid unwinding). Des chercheurs ont mené une étude transversale utilisant une méthode de comparaison des différences afin d'évaluer si ce démantèlement avait eu un impact sur la réception du traitement de buprénorphine chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO). Ils ont utilisé des données nationales représentatives sur la délivrance de buprénorphine en pharmacie de détail pour mesurer et comparer les changements dans les prescriptions de buprénorphine et la couverture d'assurance entre juillet 2017 et décembre 2022, puis entre juillet 2023 et décembre 2023.

Par rapport à la période antérieure, au cours de la période postérieure...

- Le nombre de jours avec prescriptions actives de buprénorphine a diminué de 3,9 jours.
- La probabilité de n'avoir aucun jour avec une prescription active de buprénorphine a augmenté de 1,8%.

- La probabilité d'avoir une ou plusieurs prescriptions actives de buprénorphine payées par une assurance privée a augmenté de 1,9%.
- La probabilité d'avoir une ou plusieurs prescriptions actives réglées en espèces a augmenté de 0,9%.

Commentaires : Ces résultats suggèrent que le démantèlement progressif de Medicaid a été associé à des perturbations dans l'accès à la buprénorphine. Ils soulèvent des inquiétudes quant à l'impact des modifications proposées dans le projet de loi « One Big Beautiful Bill Act » — qui devrait priver 10,9 millions de personnes de la couverture Medicaid au cours des dix prochaines années — sur les personnes qui dépendent de Medicaid pour obtenir de la buprénorphine. Ce projet de loi pourrait entraîner un renversement de la tendance à la baisse récemment observée dans le nombre de décès par overdose aux États-Unis.

Susan L. Calcaterra, MD, MPH, MS

Référence : Constantin J, Kenney GM, Simon K, Chua KP. Medicaid unwinding and changes in buprenorphine dispensing. *JAMA Netw Open.* 2025;8(5):e258469.

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE & DOULEUR

La diminution progressive de la dose d'opioïdes chez les patients sous traitement opioïde à long terme est associée à des résultats cliniques défavorables

Des études observationnelles ont démontré le lien entre la prescription de doses élevées d'opioïdes et des effets cliniques indésirables, notamment les overdoses d'opioïdes, tandis qu'une réduction rapide de la dose d'opioïdes prescrite a également été associée à des effets indésirables. Cette vaste étude de cohorte rétrospective menée à Victoria, en Australie, a mis en relation les dossiers de prescription d'opioïdes avec les données des services d'urgence et des admissions à l'hôpital afin de modéliser les trajectoires de dosage distinctes des patients en soins primaires recevant un traitement opioïde à long terme (LTOT ; > 90 jours) et d'évaluer les associations entre les trajectoires de dosage et les admissions aux urgences et à l'hôpital sur une période de 18 mois.

- Au total, 39'767 des 511'934 patients en soins primaires (14%) se sont vu prescrire une LTOT entre janvier 2018 et mai 2022.
- Trois trajectoires de dose stable (dose faible, dose moyenne et dose élevée) et deux trajectoires de dose décroissante (diminution rapide à partir d'une dose faible et diminution progressive à partir d'une dose moyenne) ont été identifiées à l'aide de techniques de modélisation des trajectoires.
- Par rapport au groupe « dose stable moyenne », le rapport de risque d'incidence (IRR) des visites aux urgences liées à la santé mentale a augmenté de 35% pour le groupe « diminution progressive à partir d'une dose intermédiaire » et de 31% pour le groupe

« diminution rapide à partir d'une faible dose ».

- Le risque d'hospitalisation était plus élevé pour le groupe « diminution progressive à partir d'une dose intermédiaire » (IRR, 1,57) que pour le groupe « dose stable moyenne ».

Commentaires : Cette vaste étude observationnelle concorde avec d'autres études documentant les conséquences néfastes associées à l'arrêt du traitement par LTOT, en particulier les conséquences sur la santé mentale. Les raisons de l'arrêt du traitement dans cette cohorte étaient inconnues et pouvaient inclure des facteurs de confusion non mesurés expliquant l'association avec des résultats indésirables, tout comme les raisons de l'augmentation de la dose d'opioïdes pouvaient expliquer les résultats indésirables associés à des doses d'opioïdes prescrites plus élevées. Les lignes directrices et les politiques devraient équilibrer les risques liés à la prescription et à l'arrêt du traitement par opioïdes.

Joseph Merrill, MD, MPH

Référence : Xia T, Picco L, Rowland B, et al. Opioid dose trajectories and associations with opioid- and nonopioid-related emergency department presentations and hospital admissions. *Pain.* 2025;166(10):e460–e467.

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

Chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes, l'instauration d'un traitement par la naltrexone à libération prolongée n'a pas augmenté l'intensité de la douleur

Les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO) présentent des taux élevés de douleur chronique. L'efficacité des médicaments agonistes opioïdes pour traiter la douleur chronique est pour le moins discutable, et des études antérieures ont montré que les personnes souffrant de douleur chronique qui commencent un traitement par naltrexone à libération prolongée (NTX-LP) ne signalent pas d'augmentation de la douleur. Cette étude était une analyse secondaire d'une étude observationnelle menée en Norvège comparant des personnes atteintes de TUO ayant choisi de débiter un traitement par NTX-LP et celles à qui un traitement agoniste opioïde (TAO) avait été prescrit. L'objectif était d'évaluer si l'initiation de NTX-LP avait un effet sur l'intensité de la douleur et si l'intensité de la douleur influençait les résultats du traitement à six mois.

- 160 participants sous traitement par NTX-LP ont rempli au moins un questionnaire sur la douleur ; 79 (49%) ont participé au suivi à six mois. 151 patients ont reçu un traitement TAO ; 122 (81%) ont participé au suivi à six mois.
- Dans le groupe NTX-LP, une réduction significative de l'intensité de la douleur a été observée entre le début de l'étude et le suivi chez les patients présentant une douleur faible à modérée, mais pas chez les patients présentant une douleur intense. Dans le groupe TAO, la réduction de l'intensité de la douleur n'était pas significative.
- Dans le groupe NTX-LP, aucun lien significatif n'a été établi entre l'intensité de la douleur au début de l'étude et la poursuite du traitement.

Commentaires : Cette étude vient s'ajouter aux preuves de plus en plus nombreuses démontrant que les médicaments agonistes opioïdes ne constituent pas un traitement efficace contre la douleur chronique. Bien que le maintien du traitement ait été meilleur chez les patients recevant un TAO par rapport à ceux recevant du NTX-LP, cette étude suggère que la douleur chronique ne devrait pas être une raison pour choisir le TAO plutôt que le NTX-LP.

Darius A. Rastegar, MD

Référence : Juya F, Solli KK, Holtan L, et al. Pain intensity in patients using extended-release naltrexone or opioid agonists and its effect on extended-release naltrexone treatment outcomes. *Am J Addict.* 2025;34(5):528–535.

Les textes ont été traduits par l'IA et validés par le Pr J.-B. Daeppen, Chef de service.

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.