



# Mes articles coup de cœur 2022

**Violaine Germain, MD**

**4<sup>e</sup> Symposium sur la prise en charge médicale de la dépendance au Québec**

**17 mars 2023**

# Divulgation de conflits d'intérêts

Je n'ai aucun conflit d'intérêt potentiel à déclarer.

- Violaine Germain

Attention: je ne suis pas une experte en analyse critique de la littérature scientifique

Je lis par **plaisir**, je partage avec vous **humblement**, et je fais ressortir ce qui a le plus d'impact sur mes propres conduites cliniques. À vous de rester critique!

Traduction libre: *Adoption rapide d'une offre de buprénorphine à bas seuil dans les départements d'urgence californiens participant au programme CA Bridge*

TOXICOLOGY/BRIEF RESEARCH REPORT

---

Rapid Adoption of Low-Threshold Buprenorphine  
Treatment at California Emergency Departments  
Participating in the CA Bridge Program

Hannah Snyder, MD; Mariah M. Kalmin, PhD; Aimee Moulin, MD, MAS; Arianna Campbell, PA; David Goodman-Meza, MD;  
Howard Padwa, PhD; Serena Clayton, PhD; Melissa Speener, MPH; Steve Shoptaw, PhD; Andrew A. Herring, MD\*

*\*Corresponding Author. E-mail: [Aherring@alamedahealthsystem.org](mailto:Aherring@alamedahealthsystem.org).*



Snyder H, K. et coll. **Rapid Adoption of Low-Threshold Buprenorphine Treatment at California Emergency Departments Participating in the CA Bridge Program.**  
**Ann Emerg Med.** 2021 Dec;78(6):759-772.

- Étude rétrospective
- Contexte:
  - Face à la crise des opioïdes aux USA: déploiement rapide et à grande échelle de services de Bup dans les urgences
  - Programme le plus important = CA Bridge
    - De 2019 à 2020
    - Implantation de services de Bup «à bas seuil» dans 52 hôpitaux de la Californie
    - Financé par le gouvernement via un programme de subventions
- Objectif:
  - Décrire et évaluer l'implantation de CA Bridge

# Modèle de traitement de CA Bridge

- Traitement Bup le jour même à l'urgence
- Accompagnement psychosocial encouragé mais pas obligatoire
- Abstinence n'est pas une attente
- Pas de dépistage urinaire de drogues obligatoire
- Pas de «contrat» à signer
- Pas de consultation spécialiste nécessaire
- Réinductions PRN si suivi interrompu
- Femmes enceintes incluses
- Induction Bup possible tout de suite après Tx surdose par naloxone

# Modèle de traitement de CA Bridge (suite)

- Dx TUO selon évidence clinique ou critères DSM5
- Si absence de sevrage opioïde sympto: Rx Bup induction à domicile
- Doses d'induction flexibles selon jugement clinique et préférence patient (Bup entre 4 et 32 mg)
- Intervenant tout le long du processus ad prise en charge TAO externe
  - Avec ou sans vécu expérientiel
- Interventions de RdM (matériel UDI, prévention surdoses)
- Adaptation des lieux:
  - Panneaux visuels dans aires d'attente annonçant les services de Bup
  - Induction effectuée dans des aires de soins moins aigus (plus calmes) et sans monitoring cardiaque

# Résultats

- Entre mai 2019 et juin 2020 dans 52 hôpitaux de Californie
- N= 12 009 patients avec TUO
  - 7179 (60%) ont reçu Bup sur place (urgence ou unité hospit.)
  - 5414 (45%) ont reçu Rx Bup en externe
  - 4818 (40%) sont allés à minimum 1 RDV de suivi en externe
- Sur 52 hôpitaux ciblés:
  - 100% ont donné des services Bup
  - 86% ont offert Bup tout de suite après naloxone en contexte surdose
  - 92% ont offert Bup à des femmes enceintes
  - 55% ont remis trousse de naloxone
- 9 mois après arrêt du financement:
  - 100% des hôpitaux ont maintenu l'offre de Bup

# Discussion/conclusion

- Démontre la faisabilité de l'implantation à grande échelle d'une offre de services Bup à faibles exigences dans les milieux hospitaliers
- Pratiqo-pratique:
  - Pas nécessairement exportable tel quel dans notre contexte
  - Mais une excellente illustration d'une offre Bup à moindres exigences, plus accessible et moins stigmatisante

Traduction libre: *Utilisation de la naloxone intranasale auto-administrée pour faire l'induction rapide de buprénorphine*

CASE REPORT

---

OPEN

Enhancing Patient Choice: Using Self-administered  
Intranasal Naloxone for Novel Rapid  
Buprenorphine Initiation

*Adam Randall, DNP, FNP-C, Ilana Hull, MD, MSc, and Stephen A. Martin, MD, EdM, FASAM, FAAFP*

- Rapport de cas
- Contexte:
  - Induction Bup plus compliquée à l'ère du fentanyl
    - Plus de risque de sevrage provoqué
  - Pertinence de diversifier les méthodes d'induction en fonction des besoins
    - En particulier pour répondre à ceux qui veulent faire une transition ultra-rapide
  - Expériences en contexte d'urgence où la Bup est débutée directement après le traitement d'une surdose par naloxone
- Objectif:
  - Présenter le cas d'une induction ultra-rapide de Bup suite à l'auto-administration de naloxone (en externe)

# Description de cas

- Homme 33 ans
- Fentanyl contrefait 7/7 depuis 2 ans (2 à 20 co intra-nasal/jour)
- Jamais essayé Bup ni méthadone
- Demandes/besoins du patient:
  - Vise abstinence immédiatement
  - Veut débuter Bup le plus vite possible
  - Veut éviter sevrage provoqué
  - Préfère procéder à l'induction chez lui, conjointe présente, mais avec un médecin disponible en télémédecine

# Description de cas (suite)

**TABLE 2.** Chronology of Transition From Fentanyl to Buprenorphine-naloxone

Event	Time Elapsed, min	Time Between Events, min	COWS*
Last use of fentanyl	120 min prior		0
Premedication with clonidine 0.2 mg and gabapentin 600 mg	0	120	0
4 mg (1 spray) intranasal naloxone	36	36	NS†
GI upset (“stomach not feeling right”)	38	2	NS
COWS measured	42	4	9
Vomiting (2 episodes of vomitus, 3 episodes of dry heaving)	45	3	NS
24/6 mg sublingual buprenorphine-naloxone at once	50	5	28
Buprenorphine-naloxone fully dissolved. Subjective withdrawal symptoms 0–10; he states that he is at a 4. Feeling tired.	60	10	NS
Discontinued visit to sleep	65	5	NS

\*Clinical Opioid Withdrawal Scale (COWS), excluding heart rate.

†COWS not scored.

DC fentanyl = 2 co in (2h avant RDV télémedecine)

(Clonidine et gabapentin: auto-médication pour atténuer sevrage anticipé)

Temps zéro = début de la séance télémedecine

14 min. post naloxone 4 mg in: COWS à 28

15 min. post Bup 24 mg (donc 29 min post naloxone): assez bien pour faire une sieste

# Description de cas (suite)

- Au suivi jour 2:
  - Décrit avoir fait une sieste d'une heure la veille et s'est réveillé «normal»
  - A pu manger sans problème, pas de douleur articulaire
  - «*Best detox I have had in my life.*»
  - Son conseil aux autres: «*You will be sick for an hour and then you will be perfectly fine.*»
  
- Suivi 4 semaines:
  - Va bien avec Bup 16 mg die

# Discussion/conclusion

- Possible de faire transition entre fentanyl et dose thérapeutique de Bup en 30 minutes
- Sevrage induit par naloxone modérément sévère mais prévisible et de courte durée
- Toute induction rapide de Bup comporte ses risques mais jamais autant que le fait de poursuivre la conso de fentanyl
- Démontre aussi comment la télémédecine peut contribuer à diversifier les options et soutenir l'autonomie du patient

# Pratiquo-pratique

- A permis de modifier ma position face à cette idée de l'auto-administration de naloxone pour induire la Bup

Traduction libre: *Analyse thématique du contenu de Reddit sur la buprénorphine-naloxone*

ORIGINAL RESEARCH

OPEN

## Thematic Analysis of Reddit Content About Buprenorphine-naloxone Using Manual Annotation and Natural Language Processing Techniques

*Rachel Lynn Graves, MD, Jeanmarie Perrone, MD, Mohammed Ali Al-Garadi, PhD, Yuan-Chi Yang, PhD, Jennifers Love, MD, Karen O'Connor, MS, Graciela Gonzalez-Hernandez, PhD, and Abeed Sarker, PhD*

- Étude descriptive
- Contexte:
  - Réseaux sociaux comme source d'info en santé publique
    - Des études ont démontré leur potentiel dans le contexte des opioïdes
  - Évidences scientifiques solides sur l'efficacité de la buprénorphine en TUO
    - Mais des questions demeurent sur l'expérience des personnes en traitement
  - Plateforme Reddit = forum de discussion expérientielle, anonyme, et propice à l'analyse de données sensibles comme les TUS
- Objectif:
  - caractériser (qualitativement et quantitativement) le contenu de Reddit portant sur le thème de la buprénorphine/naloxone

# Méthode

- Données issues de la catégorie */r/suboxone* de Reddit
  - >13 000 membres et le plus grand contenu de discussions sur bup/nal
- Messages publiés entre février 2013 et décembre 2018
- Messages triés selon popularité (votes d'utilité)
  - 3725 messages conservés
- 200 messages sélectionnés au hasard pour analyse manuelle

# Méthode (suite)

- 3 sujets identifiés pour leur popularité et leur pertinence dans la recherche future
  1. **Stratégies de diminution de la Bup\*\*\***
  2. Symptômes de sevrage associés à la Bup ou autres opioïdes
  3. Substances ou comportements utilisés pour le soulagement du sevrage opioïde

\*\*\*je me limiterai à ce sujet pour la section résultats

# Résultats

- Stratégies de diminution de la Bup:
  - Couper des films de 2 mg ad 32 petits morceaux pour réduire progressivement la dose
  - Dissoudre comprimés dans l'eau et réduire progressivement la dose
  - Les 2/3 des personnes témoignant d'une fin de Bup réussie ont utilisé des doses finales de 0,125 mg (1/16 de 2 mg) ou 0,063 mg (1/32 de 2 mg)
  - Les membres sont assez unanimes pour dire que le passage de 2 mg à zéro est la partie la plus difficile
  - Les membres prenant plus de temps à diminuer rapportaient plus de succès que ceux procédant plus rapidement

# Discussion/conclusion

- Le contenu analysé met en lumière:
  - L'importance du soutien par les pairs
  - Le vide de recommandations médicales concernant la façon de cesser la Bup
  - Les obstacles rencontrés par les personnes souhaitant cesser la Bup
    - Désapprobation médicale
    - Films et co pas conçus pour être coupés
    - Absence de petites doses sous 2 mg
    - Manque de fiabilité des options alternatives
  
- Belle occasion de faire pression sur les manufacturiers 😊

Traduction libre: *Traitement prolongé de la dépendance au tabac*

 Check for updates

## SYSTEMATIC REVIEWS

### **Extended Duration Treatment of Tobacco Dependence** A Systematic Review and Meta-Analysis

Rachael L. Murray<sup>1</sup>, Yu-qing Zhang<sup>2,3,4</sup>, Stephanie Ross<sup>2</sup>, Kelly K. O'Brien<sup>5</sup>, Meng Zhu<sup>6</sup>, Frank T. Leone<sup>7</sup>, Sureka Pavalagantharajah<sup>8</sup>, Luciane Cruz Lopes<sup>9</sup>, Izabela Fulone<sup>9</sup>, Stephen Kantrow<sup>10</sup>, and Yuan Zhang<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Division of Epidemiology and Public Health, School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom; <sup>2</sup>Department of Health Research Methods, Evidence, and Impact, and <sup>8</sup>Department of Pediatrics, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada; <sup>3</sup>Institute of Acupuncture and Moxibustion, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, China; <sup>4</sup>Ningbo Nottingham GRADE center, University of Nottingham, Ningbo, China; <sup>5</sup>ADA Library and Archives, American Dental Association, Chicago, Illinois; <sup>6</sup>OrthoEvidence, Burlington, Ontario, Canada; <sup>7</sup>Comprehensive Smoking Treatment Program, Penn Lung Center, Philadelphia, Pennsylvania; <sup>9</sup>Pharmaceutical Science Graduate Course, University of Sorocaba, São Paulo, Brazil; and <sup>10</sup>Department of Medicine, School of Medicine, Louisiana State University Health Sciences Center, New Orleans, Louisiana

- Revue systématique et méta-analyse, auteurs internationaux (Royaume-Uni, Canada, Chine, USA), publiée dans Annals of ATS (American Thoracic Society)
- Contexte:
  - Tx anti-tabac = TRN, varénicline, bupropion
    - Tous supérieurs au placebo dans les ERC
    - Mais études typiquement d'une durée de 8-12 semaines
    - Et taux important de rechute post Tx
  - Le groupe de travail des lignes directrices ATS identifiait la durée de Tx comme un enjeu essentiel à approfondir
- Objectif:
  - Évaluer efficacité et sécurité d'un Tx prolongé (>12 sem) versus durée standard (6-12 sem) dans l'arrêt tabagique

# Méthode

- Études incluses: ERC comparant Tx 6-12 sem versus >12 sem
- Donnée principale évaluée: abstinence tabac à 6 mois ou +
- Autres données évaluées: effets indésirables, rechutes, et autres
- Définition abstinence = pas de tabac dans les 7 jours précédant évaluation
- Définition abstinence continue = pas de tabac du début Tx à la fin du suivi

# Résultats

- 13 ERC retenues (n=18 à 2861 participants par étude)
  - 7 études TRN, 4 études varénicline, 2 études bupropion
  - 9 études sans troubles concomitants, 2 études incluant schizophrénie, 1 étude incluant dépression et 1 étude incluant cancer
  - 4 études durée prolongée de Tx 12 mois (les autres entre 18 sem et 9 mois)

# Résultats (suite)

- Abstinence tabac à 1 an «probablement» augmentée avec un Tx prolongé  $\geq 24$  sem versus 8-12 sem
  - Qualité de l'évidence modérée
  - RR 1,18 = 18% de plus d'abstinence = 44 de plus par 1000 = taille d'effet importante
  - Pas de différence identifiée entre les Tx utilisés (TRN, varénicline, bupropion)
- Abstinence continue «probablement» augmentée aussi
  - Qualité de l'évidence modérée: RR 1,14 = 21 de plus par 1000
- Risque d'effets secondaires graves «probablement» similaire

# Discussion/conclusion

- Les bénéfices sont jugés suffisamment importants pour que le groupe de travail émette une recommandation forte de faire durer le traitement anti-tabac entre 12 semaines et 1 an
- Pas d'évidence suffisante pour préciser la durée de traitement optimale
- Pratiqo-pratique: J'aborde maintenant la TRN sans protocole fixe et de manière individualisée (comme le TAO!)

Traduction libre: *La cigarette électronique pour l'arrêt tabagique*



**Cochrane  
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

## Electronic cigarettes for smoking cessation (Review)

Hartmann-Boyce J, Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Fanshawe TR, Hajek P

- Revue systématique ouverte, mise à jour 2022 (3<sup>e</sup> mise à jour)
- Objectif:
  - Examiner efficacité et sécurité de la cigarette électronique (CE) pour atteindre l'arrêt tabagique et le maintenir au moins 6 mois
- Méthode:
  - Publications recensées ad juillet 2022
  - Études randomisées contrôlées + études non contrôlées sur au moins 6 mois
  - Résultats principaux évalués:
    1. Abstinence tabac à 6 mois +
    2. Effets indésirables
    3. Effets secondaires graves
  - Résultats secondaires évalués:
    - % gens utilisant encore le produit après 6 mois
    - Données bio/médicales (CO, TA, FC, SaO<sub>2</sub>, fonction pulm, toxines)

# Résultats

- 78 études retenues = 22 052 participants
  - Dont 40 études randomisées contrôlées
- Cigarette électronique (CE) comparée à
  - TRN
  - Varénicline
  - CE sans nicotine
  - Intervention non pharmacologique ou aucune intervention

# CE nicotine versus TRN

## Summary of findings 1. Nicotine EC compared to NRT for smoking cessation

### Nicotine EC compared to NRT for smoking cessation

**Patient or population:** People who smoke  
**Setting:** New Zealand, UK, USA  
**Intervention:** Nicotine EC  
**Comparison:** NRT

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	N° of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with NRT	Risk with Nicotine EC				
Smoking cessation at 6 months to 1 year Assessed with biochemical validation	Study population 6 per 100	10 per 100 (8 to 12)	RR 1.63 (1.30 to 2.04)	2378 (6 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	-
	2 à 6 de+/100					En faveur CE-nic
Adverse events at 4 weeks to 6-9 months Assessed by self-report	Study population 27 per 100	27 per 100 (24 to 32)	RR 1.02 (0.88 to 1.19)	1702 (4 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE <sup>a</sup>	-
						Pas de différence
Serious adverse events at 4 weeks to 1 year Assessed via self-report and medical records	Study population 6 per 100	7 per 100 (5 to 9)	RR 1.12 (0.82 to 1.52)	2411 (5 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ LOW <sup>b</sup>	2 studies reported no events; effect estimate based on the three studies in which events were reported

Arrêt tabagique

Effets indésirables

Effets sec. graves

En faveur CE-nic

Pas de différence

# CE nicotine versus CE sans nicotine

## Summary of findings 2. Nicotine EC compared to non-nicotine EC for smoking cessation

### Nicotine EC compared to non-nicotine EC for smoking cessation

**Patient or population:** People who smoke cigarettes

**Setting:** Canada, Italy, New Zealand, UK, USA

**Intervention:** Nicotine EC

**Comparison:** Non-nicotine EC

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	N° of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with non-nicotine EC	Risk with Nicotine EC				
Smoking cessation at 6-12 months Assessed with biochemical validation	7 per 100	14 per 100 (9 to 23)	RR 1.94 (1.21 to 3.13)	1447 (5 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE <sup>a,b</sup>	-
			2 à 16 de+/100			En faveur CE-nic
Adverse events at 1 week to 6 months Assessed via self-report	9 per 100	9 per 100 (8 to 10)	RR 1.01 (0.91 to 1.11)	840 (5 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE <sup>b</sup>	-
						Pas de différence
Serious adverse events at 1 week to 1 year Assessed via self-report and medical records	3 per 100	3 per 100 (2 to 6)	RR 1.00 (0.56 to 1.79)	1272 (8 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ LOW <sup>c</sup>	4 studies reported no events; effect estimate based on the 3 studies in which events were reported

Arrêt tabagique

En faveur CE-nic

Effets indésirables

Pas de différence

Effets sec. graves

# Discussion/conclusion

- Il y a certitude élevée que:
  - CÉ-nicotine est supérieure à TRN pour arrêt tabagique (6 études n=2378)
- Il y a certitude modérée que:
  - CÉ-nicotine est supérieure à CÉ sans nic. pour arrêt tabagique (5 études n =1447)
  - Pas de différence d'effets indésirables entre CÉ-nic. et TRN ou CÉ sans nicotine
- Tous les autres résultats sont de niveau GRADE faible ou très faible
- Cette revue inclut aussi des études évaluant la CÉ-nicotine...
  - ...comme Tx adjuvant à autres Tx anti-tabac
  - ... chez des populations plus vulnérables (autres TUS, tr. santé mentale, itinérance) ou non motivées à cesser tabac

Mais les données sont trop faibles pour tirer des conclusions

Traduction libre: *Le gabapentin pour traiter le sevrage d'alcool chez les patients hospitalisés; revue systématique et méta-analyse*



- Revue systématique et méta-analyse
- Contexte:
  - Gabapentin = alternative aux benzo pour DTX alcool en externe
  - Peu de données sur son efficacité en contexte DTX alcool hospitalière
- Objectif:
  - Vérifier si gabapentin peut remplacer ou réduire les benzo de manière efficace en contexte de DTX alcool chez les personnes hospitalisées

# Méthode

- Revue littérature ad 31 décembre 2020
- Résultats recherchés:
  - Primaires:
    - Temps nécessaire à la résolution des symptômes de sevrage alcool
    - Quantité totale de benzo utilisées
  - Secondaires:
    - Taux de résolution des symptômes de sevrage
    - Complications de sevrage (convulsion, DT, décès)
    - Durée de séjour hospitalier

# Résultats

- 9 études retenues
  - 8 études rétrospectives (américaines)
  - 1 étude randomisée contrôlée (indienne, n=46)
  - **Aucune étude incluant un groupe gabapentin seul**
- Tous les résultats sont considérés de faible qualité
- Pas de différence statistiquement significative:
  - Temps nécessaire à la résolution des symptômes
  - Quantité de benzodiazépines utilisées
  - Complications de sevrage

# Discussion/conclusion

- Demeure actuellement impossible de savoir si gabapentin peut **remplacer** les benzo en DTX alcool hospitalière (pas de données)
- Actuellement pas d'évidence significative que gabapentin peut **réduire** la quantité de benzo utilisées
- Évidence **insuffisante** pour recommander gabapentin en DTX alcool chez personnes hospitalisées
- Des ERC sont urgentes pour adresser la question
  - Note: je n'ai trouvé aucune ERC sur Pubmed depuis leur revue de littérature (terminée en décembre 2020)

Traduction libre: *Incidence et progression de la maladie hépatique alcoolique après le traitement pharmacologique du trouble lié à l'alcool*

JAMA  
Network | **Open**<sup>™</sup>

Original Investigation | Gastroenterology and Hepatology

## Incidence and Progression of Alcohol-Associated Liver Disease After Medical Therapy for Alcohol Use Disorder

Augustin G. L. Vannier, BA; Jessica E. S. Shay, MD, PhD; Vladislav Fomin, MD; Suraj J. Patel, MD, PhD; Esperance Schaefer, MD, MPH;  
Russell P. Goodman, MD, PhD; Jay Luther, MD

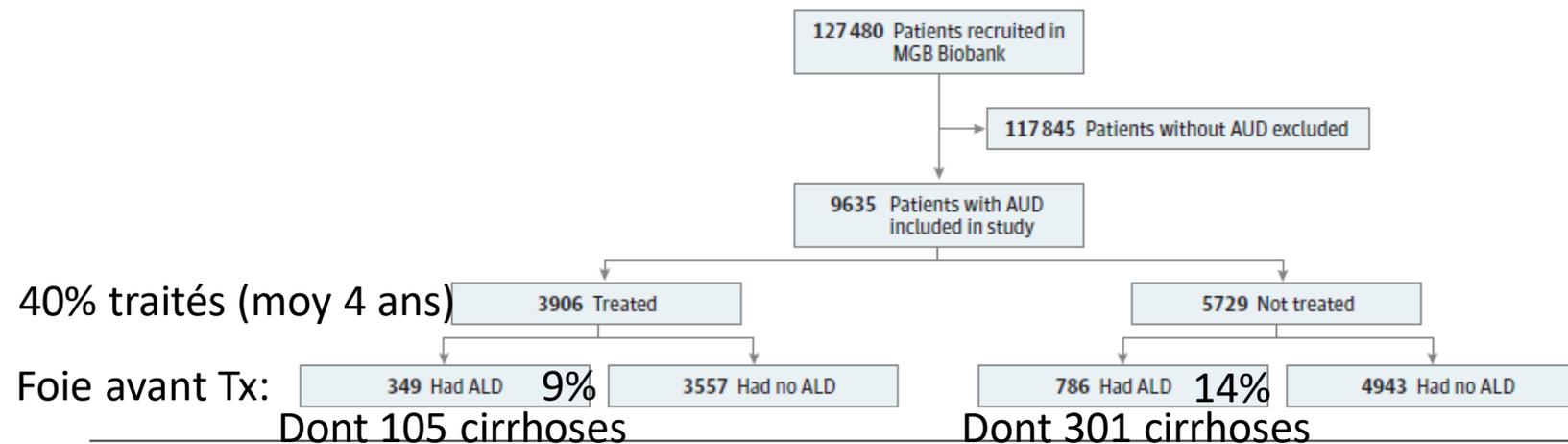
- Étude de cohorte rétrospective, Massachusetts USA (financée par NIH)
- Contexte:
  - Maladie hépatique alcoolique parmi les complications les + graves et fréquentes de l'usage excessif d'alcool
  - Rx TUA sont associés à une réduction de conso d'alcool mais que savons-nous sur l'évolution de la santé du foie?
  - Données limitées des Rx TUA chez les patients avec maladie hépatique alcoolique
- Objectif: évaluer si les Rx TUA jouent un rôle dans la prévention de la maladie hépatique alcoolique et/ou dans la prévention d'une décompensation hépatique

NIH: National Institute of Health

## Méthode:

- Cohorte TUA issue d'une banque de données évolutives depuis 2010 auprès de 127 480 patients suivis
- 9635 patients TUA suivis en moyenne 9,2 ans après Dx TUA
- Maladie hép. alcool. = hépatite, cirrhose, insuf. hépatique, fibrose/sclérose
  - Exclut stéatose hépatique (?)
- Rx TUA = au moins 3 Rx consécutives d'un de ces Rx:
  - Naltrexone
  - Acamprosate
  - Disulfiram
  - Gabapentin
  - Topiramate
  - Baclofen

Figure 1. Flowchart of Patient Selection



Patients with alcohol use disorder (AUD) were considered to be treated if they received 3 prescriptions for at least 1 of the following: disulfiram, acamprosate, naltrexone, gabapentin, topiramate, or baclofen. ALD indicates alcohol-associated liver disease; MGB, Mass General Brigham.

# Résultats

- Pour tout Rx confondu, recevoir un Rx TUA est associé à un moindre risque de:
  - Développer une maladie hépatique alcoolique
  - De décompenser une maladie hépatique déjà présente
    - Et chaque année suppl. de Rx TUA réduit encore plus les risques
- Mais pris individuellement, les résultats sont très variables entre les Rx TUA: (prochaine diapo)

**Développement** de  
maladie hépatique  
alcoolique après  
Rx TUA

**Table 2. Odds Ratios for the Development of Alcohol-Associated Liver Disease After Medical Addiction Therapy**

Medical addiction therapy	Adjusted odds ratio (95% CI)	P value
Any pharmacotherapy	0.37 (0.31-0.43)	<.001
Gabapentin	0.36 (0.30-0.43)	<.001
Topiramate	0.47 (0.32-0.66)	<.001
Baclofen	0.57 (0.36-0.88)	.01
Naltrexone	0.67 (0.46-0.95)	.03
Disulfiram	0.86 (0.43-1.61)	.66
Acamprosate	2.59 (1.84-3.61)	<.001

Diminution du risque

Augmentation du risque!

**Décompensation** de  
maladie hépatique  
alcoolique (incluant  
cirrhose) après  
Rx TUA

**Table 3. Odds Ratios for Developing Hepatic Decompensation After Medical Addiction Therapy**

Medical addiction therapy	Adjusted odds ratio (95% CI)	P value
Any pharmacotherapy	0.35 (0.23-0.53)	<.001
Naltrexone	0.27 (0.10-0.64)	.005
Gabapentin	0.36 (0.23-0.56)	<.001
Topiramate	0.43 (0.17-0.99)	.05
Baclofen	1.06 (0.39-2.69)	.91
Acamprosate	1.99 (0.99-4.059)	.06
Disulfiram	2.59 (0.54-13.26)	.24

Diminution du risque

# Discussion/conclusion

- Cette étude montre une association intéressante entre le fait de prendre un Rx TUA et un risque réduit de développer ou décompenser une maladie hépatique alcoolique au long cours
- Toutefois, l'association entre chaque Rx et les résultats est très variable
- Gabapentin et naltrexone sont les 2 Rx associés à la fois à un moindre risque de développement ET de décompensation de maladie hépatique alcoolique
- Naltrexone se démarque dans la réduction du risque de décompenser une cirrhose présente avant Tx
  - Ce qui contraste avec la CI de naltrexone en maladie hépatique sévère
  - Ce qui indique la nécessité d'études analysant la balance risques/bénéfices de naltrexone chez TUA avec maladie hépatique alcoolique
- Acamprosate associé à plus de risques de maladie hépatique?
  - biais de sélection?(prescrits aux pts plus malades?) Problème de compliance?

# Mon commentaire

- Intéressant de considérer l'impact des Rx TUA en termes d'amélioration de la santé et pas seulement en termes de quantités d'alcool consommé
  - Pourrait devenir un bénéfice plus convaincant?
- Remet en question le niveau de prudence exercé dans l'usage de naltrexone chez les patients dont le foie n'est pas sain

Traduction libre: *Est-ce que les incitatifs financiers augmentent l'engagement en traitement en santé mentale; méta-analyse*



AMERICAN  
PSYCHOLOGICAL  
ASSOCIATION

Journal of Consulting and Clinical Psychology

© 2022 American Psychological Association  
ISSN: 0022-006X

2022, Vol. 90, No. 6, 528–544  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000737>

## Do Financial Incentives Increase Mental Health Treatment Engagement? A Meta-Analysis

Gabriela K. Khazanov<sup>1</sup>, Paige E. Morris<sup>2</sup>, Alexander Beed<sup>3</sup>, Shari Jager-Hyman<sup>4</sup>, Karoline Myhre<sup>4</sup>,  
James R. McKay<sup>5</sup>, Richard S. Feinn<sup>6</sup>, Elaine M. Boland<sup>1</sup>, and Michael E. Thase<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mental Illness Research, Education, and Clinical Center of the Veterans Integrated Service Network 4,  
Crescent Veterans Affairs Medical Center, Philadelphia, Pennsylvania, United States

<sup>2</sup> Department of Psychology, Louisiana State University

<sup>3</sup> VA Cooperative Studies Program Coordinating Center, West Haven, Connecticut, United States

<sup>4</sup> Department of Psychiatry, Penn Center for the Prevention of Suicide, University of Pennsylvania

<sup>5</sup> Department of Psychiatry, University of Pennsylvania

<sup>6</sup> Frank H. Netter MD School of Medicine, Quinnipiac University

- Méta-analyse
- Contexte:
  - Défi majeur en santé mentale = engager les personnes en traitement
  - Une méthode pour augmenter l'engagement en Tx = incitatifs financiers (gestion des contingences)
    - Démonstré efficace en arrêt tabagique, en vaccination, en programmes de dépistage
  - Plusieurs méta-analyses démontrent que les incitatifs \$ sont un des moyens les + efficaces pour réduire l'usage de substances
- Objectif:
  - Évaluer l'efficacité des incitatifs \$ pour augmenter l'engagement en Tx spécifique en santé mentale

# Méthode

- Engagement en traitement =
  - Présence aux RDV
  - Observance Rx (mesurable par supervision ou par injection)
  - Atteinte des objectifs de Tx (observables)
- Traitement en santé mentale = Tx scientifiquement appuyé pour tout Dx présent au DSM (incluant les TUS)
- Incitatif financier = récompense \$ pour un comportement observable
  - Exclut aide \$ pour frais liés au Tx, billets bus pour RDV, offre de travail rémunéré
- Revue littérature anglophone ad octobre 2020 puis méta-analyse

# Résultats

- 39 études retenues
  - 30 études évaluant présences aux RDV, n = 4397
  - 6 études évaluant observance Rx, n = 586
  - 5 études évaluant atteinte des objectifs, n = 375
  - **31 études spécifiques aux TUS (80% de la littérature)**
- Incitatifs financiers augmentent tous les paramètres évalués:
  - Présences aux RDV (effet de taille modérée)
  - Observance Rx (effet de grande taille)
  - Atteinte des objectifs de traitement (effet de taille modérée à grande)
    - Ex: devoirs complétés, démarches effectuées, changement de comportement

# Discussion/conclusion

- Résultats dans le même sens que les méta-analyses précédentes
- Mais 1<sup>ère</sup> méta-analyse à démontrer effet spécifique en santé mentale
  - Plus particulièrement en TUS (évidence claire)
    - Évidence préliminaire en santé mentale excluant TUS
- Des questions demeurent:
  - Effet durable après retrait incitatif \$?
  - Transition entre renforcement \$ et renforcements naturels?
  - Engagement en Tx = amélioration des symptômes?
  - Impacts sur motivation intrinsèque?
  - Enjeux éthiques et moraux?
  - Financement des programmes?

Traduction libre: *Évaluation d'une clinique pilote en addiction/cardiologie utilisant la gestion des contingences chez les patients avec cardiomyopathie associée aux stimulants*

ORIGINAL RESEARCH

OPEN

## A Mixed-methods Evaluation of an Addiction/Cardiology Pilot Clinic With Contingency Management for Patients With Stimulant-associated Cardiomyopathy

*Sarah Leyde, MD, Elizabeth Abbs, MD, Leslie W. Suen, MD, MAS, Marlene Martin, MD, Andreas Mitchell, MD, MPP, Jonathan Davis, MD, and Soraya Azari, MD*

- Évaluation d'un projet pilote (*Heart Plus Clinic, San Francisco*)
- Contexte:
  - Pas de Tx pharmaco approuvé en TU stimulants mais Tx par gestion des contingences (GC) démontré efficace
  - Aucune littérature sur le Tx TU stimulants chez population avec cardiomyopathie associée aux stimulants (CMP-stim.)
  - Création d'une clinique multidisciplinaire addiction/cardiologie avec Tx par gestion des contingences
- Objectif:
  - Déterminer faisabilité et acceptabilité d'une clinique addiction/cardiologie avec GC pour les personnes avec CMP-stim.

# Méthode

- Programme 12 semaines prévoyant 2 RDV/semaine (mars à juin 2021)
  - Impact pandémie: alternance RDV téléphone/présence q 3 jours
- Système de récompense \$
  - Offert sur présence RDV
  - Aussi si dépistage urinaire négatif (volontaire)
- Participants inclus:
  - Insuffisance cardiaque FE <40% + TU stimulants
  - Hospitalisé dans les 6 derniers mois
  - Intérêt à réduire ou cesser la conso

Fishbowl:



**Fishbowl Contents:**

500 slips of paper

- 50% with a written affirmation ("good job", "you got this!", etc.)
- 42% confer a \$5 gift card\*
- 8% confer a \$10 gift card
- 0.2% confer a \$100 gift card

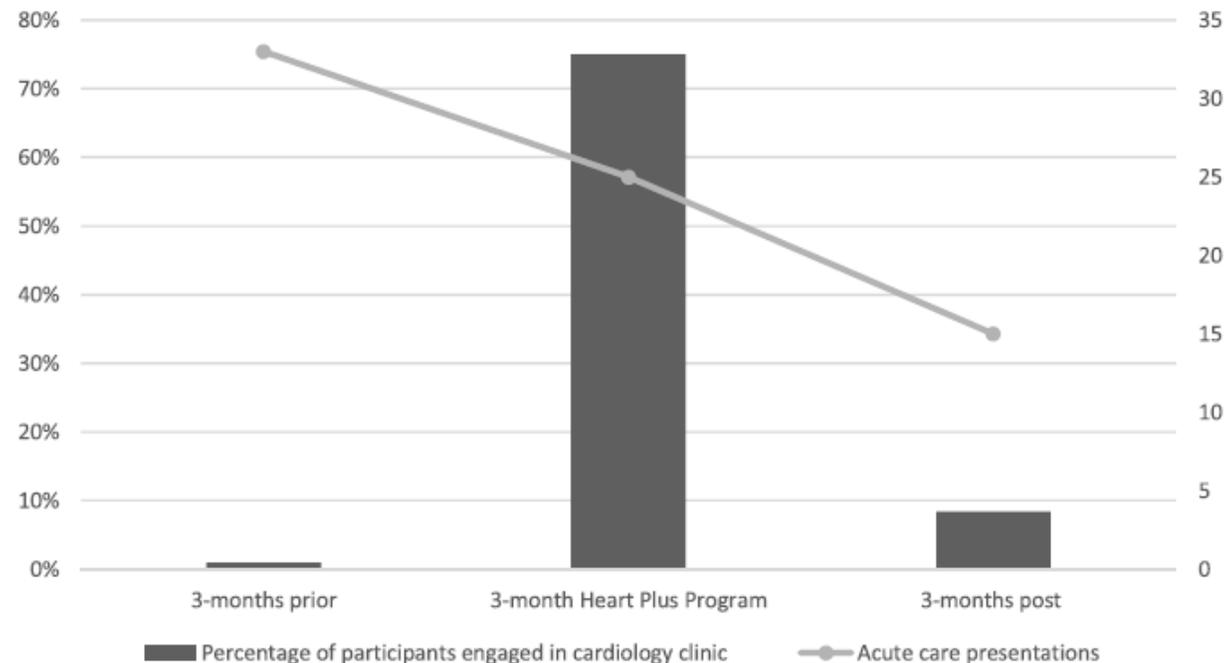
**Schedule:**

- 1st visit: one priming draw†, no POC UDS obtained
- 2nd visit: 1 attendance draw + 1 non-reactive POC UDS draw
- 3rd visit: 2 attendance draws + 2 non-reactive POC UDS draws
- 4th visit: 3 attendance draws + 3 non-reactive POC UDS draws
- 5th visit: 4 attendance draws + 4 non-reactive POC UDS draws
- 6th-24th visit: 5 attendance draws + 5 non-reactive POC UDS draws

# Résultats

- 38 patients référés
  - 17 patients ont accepté
    - 12 patients sont allés au 1<sup>er</sup> RDV
      - 75% méthamphétamines, 25 % cocaïne
      - 83% SDF
- Augmentation de l'engagement en Tx (défini par  $\geq 3$  RDV en 3 mois)
- Diminution de la consommation rapportée
  - 1 seul devenu abstinent
- Diminution de l'utilisation de soins aigus (urgence ou hospitaliers)

# Résultats (suite)



**FIGURE 2.** Percentage of participants engaged in outpatient cardiology care (defined as attending 3 or more visits during a three-month period) and acute care presentations (ie, hospitalizations or emergency department visits) before, during, and after the Heart Plus pilot clinic.

# Résultats (suite)

- Opinion des participants:
  - **Les bienfaits d'un milieu non stigmatisant sont plus important que \$**
  - Majorité préfèrent RDV en personne
  - Amélioration de la santé
  - Désir d'un programme plus long
  - Importance de cibler les déterminants sociaux de la santé

# Discussion/conclusion

- 1<sup>ère</sup> publication sur une offre de traitement intégré pour les personnes avec cardiomyopathie associée aux stimulants
- L'engagement en Tx a été amélioré durant le programme
- La diminution des besoins d'urgence et d'hospitalisation s'est maintenue 3 mois après le programme
- Pour la recherche future:
  - Est-ce que ce genre de programme est associé à l'atteinte d'une meilleure fonction cardiaque?

# Mon commentaire

- Très petit nombre de participants et plusieurs limites à l'étude
- Mais modèle de traitement très inspirant pour son aspect intégré addiction/cardiologie
- Je retiens quand même l'importance de la relation soulevée par les participants...(plus que l'argent?)

## Traduction libre: *Insomnie chez les patients présentant un trouble d'usage de substances*

The screenshot displays the UpToDate website interface. At the top, the UpToDate logo is on the left, and a search bar contains the text 'insomnia in patients with a substance use disorder'. To the right of the search bar, the user's name 'Violaine Germain' and 'CME 9.0' are visible, along with a 'Déconnexion' link. Below the search bar is a blue navigation bar with links for 'Sommaire', 'Calculateurs', 'Interactions médicamenteuses', and 'UpToDate Pathways'. The main content area has a title 'Insomnia in patients with a substance use disorder' and a 'Topic' label with 'Graphics (8)'. A left sidebar contains an 'Outline' section with a scrollable list of topics: 'SUMMARY AND RECOMMENDATIONS', 'INTRODUCTION' (highlighted), 'EPIDEMIOLOGY' (with sub-items: 'Prevalence and risk factors', 'Bidirectional relationships', 'Association with relapse'), 'PATHOPHYSIOLOGY', and 'CLINICAL FEATURES' (with sub-items: 'Alcohol', 'Cannabis', 'Cocaine', 'Opioids'). The main text area shows the author 'J Todd Arnedt, PhD', section editor 'Ruth Benca, MD, PhD', and deputy editor 'April F Eichler, MD, MPH'. It also includes a 'Contributor Disclosures' section and a paragraph stating that all topics are updated as new evidence becomes available and that the peer review process is complete. The literature review is current through 'Dec 2022', and the topic was last updated on 'Jul 29, 2022'. The 'INTRODUCTION' section begins with the text: 'Insomnia is one of most common complaints among patients in recovery from a substance use disorder and persists in many patients for months or even years despite continued abstinence. Important aspects of the intersection between insomnia and substance use disorders include the following:'. A bulleted list follows, starting with 'All substances of abuse directly and differentially impact sleep during active use, acute withdrawal, and with sustained abstinence; thus, differentiating insomnia that relates directly to substance use or to acute withdrawal from insomnia that is likely to persist and require independent treatment can be'. A vertical blue button on the right side of the page reads 'Réactions sur le sujet'.

- Revue de littérature par le groupe de travail UpToDate
- Contexte:
  - Interface complexe entre insomnie et TUS
    - Relation bi-directionnelle
  - Association démontrée entre insomnie et risque de:
    - Développement de TUS
    - Rechute de TUS
  - La plupart des études sur le Tx de l'insomnie excluent les TUS
- Objectif:
  - Revoir la littérature sur l'insomnie chez la population vivant avec un TUS (prévalence, physiopathologie, présentations cliniques, Dx diff., traitement)

- Méthode:
  - Non décrite sur UpToDate
  - Littérature révisée ad octobre 2022
  - Bibliographie contient 120 références
- Résultats:
  - Approches non pharmaco
    - TCC bien démontrée en l'absence de TUS mais aussi qqs données limitées favorables en contexte de TUS
      - Étudiée surtout en contexte TU alcool, combiné à thérapie dépendance
  - Approches pharmaco
    - Pas d'évidence en faveur d'un Rx ou d'une classe de Rx en particulier
    - Données très limitées

# Résultats

- **Classes Rx étudiées en contexte TUS:**
  - **Antidépresseurs sédatifs**
    - Trazodone le + étudié (meilleur que placebo dans ERC n=173 TUA, Friedmann 2008)
    - Mirtazapine étudiée seulement avec dépression concomitante
  - **Anticonvulsivants**
    - Gabapentin étudié seulement chez TUA récemment désintoxiqué et données limitées
  - **Agonistes mélatonine**
    - Théoriquement prometteur (selon physiopatho) mais données d'efficacité très limitées
  - **Antipsychotiques**
    - Quétiapine: pas d'évidence suffisante pour encourager son usage

# Discussion/conclusion

- Le Tx de l'insomnie a été étudié majoritairement chez une population sans TUS et appuie TCC >> Rx
- L'évidence scientifique Rx est limitée en contexte de TUS (mais aussi sans TUS!)
  - À cela s'ajoute la courte durée des études (qqs semaines)
- Recommandations de UpToDate:
  - TCC 1<sup>er</sup> choix
  - Alternatives Rx:
    - Éviter benzodiazépines
    - Considérer autres Rx pour leur potentiel théorique et leur relative sécurité tout en sachant que les données sur l'efficacité sont limitées:
      - Trazodone
      - Mirtazapine
      - Gabapentin
      - Agoniste mélatonine

# Pratiquo-pratique (mais non scientifique)

- Exemples de Rx
  - Trazodone 50 mg HS
  - Mirtazapine 7,5 à 15 mg HS
  - Gabapentin 300 mg HS
  - Mélatonine 5 mg HS
- la sédation n'est pas toujours proportionnelle à la dose
- S'attendre au mieux à un effet de courte durée (tolérance)
  
- À quand la TCC accessible à tous?

aeon

DONATE / NEWSLETTER / SIGN IN

# Why we crave

The neuroscientific picture of addiction overlooks the psychological and social factors that make cravings so hard to resist

<https://www.zoeylavallee.com/>

Zoey Lavallée. **Why we crave**. Aeon magazine, September 2022



Zoey Lavallee

Postdoctoral Fellow, McGill University

Zoey Lavallee is a SSHRC Postdoctoral Fellow in the department of philosophy at McGill University, and a postdoctoral researcher at the Centre de recherche en éthique in Montréal, Canada.

 WEBSITE

Written by Zoey Lavallee

Fellow post doctoral en philosophie (Université McGill)  
Chercheur post doctoral au Centre de recherche en éthique de Montréal

# *Craving*: plus qu'un désir...

- Un des aspects les plus difficiles, déroutants et terrifiants des addictions; «désir indésiré»
- Peut hanter la personne des années après sa rémission
- Facteur majeur de rechute
- Beaucoup plus complexe qu'un phénomène purement neuroscientifique
- Recherche d'expériences émotionnelles essentielles à l'humain
  - Détente, soulagement, sentiment de contrôle, connexion sociale

# Le rôle du *craving*

- Stratégie d'adaptation face à des conditions et expériences de vie très spécifiques
- Le reflet du contexte socioculturel dans lequel évolue la personne ET de sa propre histoire
- Peut informer sur les besoins émotionnels de la personne

*«Next time you find yourself having a craving, reflect on how you experience it. Is it your brain anticipating a spike in dopamine, a flood of pleasure? This may be part of the story. But does it also mean something more to you? Is it serving some greater purpose?»*

*- Zoey Lavalley*



Merci!

# Bibliographie

1. Snyder H, Kalmin MM, Moulin A, Campbell A, Goodman-Meza D, Padwa H, Clayton S, Speener M, Shoptaw S, Herring AA. **Rapid Adoption of Low-Threshold Buprenorphine Treatment at California Emergency Departments Participating in the CA Bridge Program.** Ann Emerg Med. 2021 Dec;78(6):759-772.
2. Randall A, Hull I, Martin SA. **Enhancing Patient Choice: Using Self-administered Intranasal Naloxone for Novel Rapid Buprenorphine Initiation.** J Addict Med. 2022 Sep 23.
3. Graves RL, Perrone J, Al-Garadi MA, Yang YC, Love J, O'Connor K, Gonzalez-Hernandez G, Sarker A. **Thematic Analysis of Reddit Content About Buprenorphine-naloxone Using Manual Annotation and Natural Language Processing Techniques.** J Addict Med. 2022 Jul-Aug 01;16(4):454-460.
4. Murray RL, Zhang YQ, Ross S, O'Brien KK, Zhu M, Leone FT, Pavalagantharajah S, Lopes LC, Fulone I, Kantrow S, Zhang Y. **Extended Duration Treatment of Tobacco Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Ann Am Thorac Soc. 2022 Aug;19(8):1390-1403
5. Hartmann-Boyce J, Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Fanshawe TR, Hajek P. **Electronic cigarettes for smoking cessation.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 11. Art. No.: CD010216.
6. Mattle AG, McGrath P, Sanu A, Kunadharaju R, Kersten B, Zammit K, Mammen MJ. **Gabapentin to treat acute alcohol withdrawal in hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis.** Drug Alcohol Depend. 2022 Dec 1;241:109671
7. Vannier AGL, Shay JES, Fomin V, Patel SJ, Schaefer E, Goodman RP, Luther J. **Incidence and Progression of Alcohol-Associated Liver Disease After Medical Therapy for Alcohol Use Disorder.** JAMA Netw Open. 2022 May 2;5(5):e2213014.
8. Khazanov GK, Morris PE, Beed A, Jager-Hyman S, Myhre K, McKay JR, Feinn RS, Boland EM, Thase ME. **Do financial incentives increase mental health treatment engagement? A meta-analysis.** J Consult Clin Psychol. 2022 Jun;90(6):528-544.
9. Leyde, Sarah MD; Abbs, Elizabeth MD; Suen, Leslie W. MD, MAS; Martin, Marlene MD; Mitchell, Andreas MD, MPP; Davis, Jonathan MD; Azari, Soraya MD. **A Mixed-methods Evaluation of an Addiction/Cardiology Pilot Clinic With Contingency Management for Patients With Stimulant-associated Cardiomyopathy.** Journal of Addiction Medicine ():10.1097/ADM.0000000000001110, December 16, 2022.
10. UpToDate. J Todd Arnedt, PhD. **Insomnia in patients with a substance use disorder.** Literature review current through: Dec 2022. | This topic last updated: Jul 29, 2022.
11. Zoey Lavallée. **Why we crave.** Aeon magazine, September 2022