

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

JANVIER — FÉVRIER 2018

TABLE DES MATIÈRES

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Modèles d'intégration du traitement des troubles de l'usage d'opioïdes dans les soins de premier recours. 1

Consommation contrôlée avec aide pharmacologique comme traitement du trouble d'utilisation d'alcool: plus de preuves sont nécessaires. 2

La N-acétylcysteine en supplément pourrait être utile pour soulager le craving. 2

IMPACT SUR LA SANTÉ

Causes de décès chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes et suivis en médecine de premier recours. 3

La réduction de la consommation de cannabis améliore les résultats fonctionnels au fil du temps. 3

Les patients noirs présentant des troubles de la santé mentale et de l'usage de substances connaissent des temps d'attente plus longs dans les services d'urgence. 4

Association entre la consommation d'alcool et le cancer gastrique. 4

VIH & VHC

Les personnes vivant avec le VIH ont un risque accru d'intoxication non létale avec chaque médicament supplémentaire. 4-5

La consommation de drogues par injection est associée à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. 5

La marijuana en tant que facteur de risque modifiable chez les personnes vivant avec le VIH. 5-6

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE & DOULEUR

La prescription d'opioïdes associée à d'autres médicaments psychotropes augmente le risque de symptômes de sevrage à la naissance. 6

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Modèles d'intégration du traitement des troubles de l'usage d'opioïdes dans les soins de premier recours

Les soins de premier recours et le traitement des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) continuent d'être scindés malgré l'élaboration de plusieurs modèles d'intégration. Cette revue exploratoire a identifié des modèles actuels de soins intégrés et défini les éléments facilitateurs et les obstacles à une mise en œuvre réussie. À partir d'une revue de la littérature, les auteurs ont identifié les composantes essentielles de chaque modèle et mené des entretiens avec des répondants clés. Douze modèles de soins ont été identifiés :

- Tous les modèles avaient recours à la médication pour le traitement des TUO, et la plupart utilisaient la buprénorphine/naloxone.
- La plupart des modèles proposaient des programmes de sensibilisation destinés aux prescripteurs (par ex. des formations pour renoncer à la buprénorphine). Certains programmes offraient un soutien supplémentaire aux infirmières.
- Quelques modèles ont mis la sensibilisation à profit pour améliorer l'acceptabilité du programme au sein de la communauté, en intégrant le traitement TUO basé sur les soins de premier recours à d'autres soins médicaux (par ex. traitement du VIH ou du VHC, et soins prénatals/post-partum).
- Dans la plupart des modèles, un coordinateur clinique gérait certains aspects du traitement des TUO. D'autres modèles créaient des liens entre les systèmes de soins grâce à des efforts coordonnés entre les sites, y compris pour le passage des patients d'un niveau de soins donné vers les soins de premiers recours (par ex. du service des urgences ou d'une unité de soins hospitaliers vers des prescripteurs de buprénorphine/naloxone de la sphère du premier recours).
- Tous les modèles fournissaient des liens vers d'autres services de santé comportementale ; cependant, nombre d'entre eux orientaient vers des fournisseurs de soins hors site.

Commentaires : les modèles de traitement TUO intégrés aux soins de premier recours ont en commun l'utilisation de médicaments lorsque le besoin en est avéré, le lien avec d'autres services médicaux ou de santé comportementale et l'encouragement à la formation pour soutenir les fournisseurs de soins. Il existe au moins 12 modèles que les programmes peuvent adapter et ajuster à leur environnement spécifique, mais il manque encore une étude qui comparerait l'efficacité des résultats du traitement entre les différents modèles de soins.

Ruth Borloz
(traduction française)

Brittany L. Carney, MS[†] and Alexander Y. Walley, MD, MSc
(version originale anglaise)

[†] Éditorialiste interne, École de médecine de l'Université du Massachusetts, École supérieure de soins infirmiers

Référence: Korthuis PT, McCarty D, Weimer M, et al. Primary care-based models for the treatment of opioid use disorder: a scoping review. *Ann Intern Med.* 2017;166(4):268–278.

Comité de rédaction

Rédacteur en chef

Richard Saitz, MD, MPH, FASAM, FACP
Professor of Community Health Sciences and Medicine
Chair, Department of Community Health Sciences
Boston University Schools of Public Health & Medicine

Rédacteur en chef adjoint

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

Comité de rédaction

Nicolas Bertholet, MD, MSc
Alcohol Treatment Center
Clinical Epidemiology Center
Lausanne University Hospital

R. Curtis Ellison, MD
Professor of Medicine & Public Health
Boston University School of Medicine

Peter D. Friedmann, MD, MPH
Professor of Medicine & Community Health
Warren Alpert Medical School of Brown University

Kevin L. Kraemer, MD, MSc
Professor of Medicine and Clinical and Translational Science
Director, General Internal Medicine Fellowship Program
Director, RAND-University of Pittsburgh Scholars Program
Division of General Internal Medicine
University of Pittsburgh Schools of Medicine

Hillary Kunins, MD, MPH, MS
New York City Department of Health and Mental Hygiene,
and Professor of Clinical Medicine,
Psychiatry & Behavioral Sciences
Albert Einstein College of Medicine

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

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

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

Jeffrey H. Samet, MD, MA, MPH
Professor of Medicine & Community Health Sciences
Boston University Schools of Medicine & Public Health

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

Alexander Y. Walley, MD, MSc
Assistant Professor of Medicine
Boston University School of Medicine
Medical Director, Narcotic Addiction Clinic
Boston Public Health Commission

Responsable de la publication

Katherine Calver, MA
Boston Medical Center

Traduction française

Service d'alcoologie
Département universitaire de médecine
et santé communautaires
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Lausanne, Suisse

Consommation contrôlée avec aide pharmacologique comme traitement du trouble d'utilisation d'alcool: plus de preuves sont nécessaires

Cette revue systématique et méta-analyse résume les preuves d'efficacité de 5 médicaments utilisés pour réduire la consommation d'alcool chez des adultes non-abstinents souffrant de trouble d'utilisation d'alcool. Les auteurs ont identifié 32 essais randomisés comparatifs (publiés entre 1994 et 2015) avec un total de 6036 patients. Le mesure d'efficacité principale était la consommation d'alcool totale rapportée dans 7 des 9 études ayant évalué le nalméfène, 5 des 14 études sur la naltrexone, 2 des 4 études sur le topiramate, 1 des 4 études sur le baclofène, et l'étude acamprosate (toutes ces études étaient des comparaisons contre placebo).

- 26 études ont été considérées comme ayant un risque peu clair ou un risque élevé de report incomplet des données d'efficacité et 17 études ont été considérées comme à risque de report sélectif des résultats.
- Lorsque la consommation d'alcool totale était rapportée, le nalméfène, le baclofène et le topiramate montraient une supériorité face au placebo. Aucune efficacité n'a été observée pour la naltrexone ou l'acamprosate.
- Les données concernant les jours avec consommation excessive étaient plus complètes et les mêmes résultats ont été observés, sauf pour le baclofène, qui n'était pas supérieur au placebo.
- Il n'y avait pas de différence entre les médicaments étudiés par rapport à la mortalité ou la survenue d'effets indésirables sérieux.
- Lors de comparaisons indirectes, le topiramate était supérieur au nalméfène, à la naltrexone et à l'acamprosate.
- Pour tous les traitements, sauf le topiramate, les tailles d'effet étaient petites ou incohérentes.

Commentaires : Il n'y a à l'heure actuelle pas de preuve de haute qualité à l'appui d'un traitement pharmacologique pour la consommation contrôlée chez des patients avec trouble d'utilisation d'alcool. Dans ce rapport, les auteurs ont identifié un risque de données d'efficacité incomplètes ou de sélection des résultats. De plus, aucune étude n'a pu montrer de bénéfices pour l'état de santé. Plus de preuves sont donc nécessaires dans ce domaine.

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

Référence: Palpacuer C, Duprez R, Huneau A, et al. Pharmacologically controlled drinking in the treatment of alcohol dependence or alcohol use disorders: a systematic review with direct and network metaanalyses on nalméfène, naltrexone, acamprosate, baclofen and topiramate. *Addiction*. 2018;113(2):220–237.

La N-acétylcystéine en supplément pourrait être utile pour soulager le craving

La N-acétylcystéine (NAC) est un complément alimentaire en vente libre qui a été identifié, lors d'expérimentations animales, comme un traitement potentiel du craving. Dans cette revue systématique de la littérature, les auteurs ont trouvé 7 essais randomisés contrôlés (incluant 245 participants) comparant la NAC avec un placebo.

- La période d'observation durait de 3 à 56 jours. Les études observaient des participants présentant un trouble lié à la cocaïne (2 études), la méthamphétamine (1), la nicotine (3) et au cannabis (1). Le dosage de la NAC allait de 1200 à 3600 mg/jour.
- La méta-analyse a montré une différence significative sur le craving entre les groupes sous NAC et ceux avec placebo. Le Hedges' $g = 0.94$, ce qui suggère une grande taille d'effet.

Commentaire: La NAC semble être un agent prometteur pour le traitement du craving. Elle est disponible en vente libre, semble être sûre avec peu d'effets secondaires. La question de savoir si ces résultats sur le craving à court-terme se traduisent par une diminution de l'utilisation et une amélioration de l'état clinique par la suite reste cependant en suspens.

Dre Aurélie Lasserre
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Référence: Duailibi MS, Cordeiro Q, Brietzke E, et al. N-acetylcysteine in the treatment of craving in substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *Am J Addict*. 2017;26:660–666.

IMPACT SUR LA SANTÉ

Causes de décès chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes et suivis en médecine de premier recours

La plupart des données sur la mortalité et la morbidité liées au trouble de l'usage d'opioïdes (TUO) proviennent de centres de traitement financés par des fonds publics et de données à l'échelle de la population. Dans cette étude, les chercheurs ont évalué la mortalité toutes causes confondues et la mortalité par cause chez 2576 patients âgés de 18 à 64 ans et atteints de TUO. Les patients ont été identifiés par le biais de codes ICD-9 à partir de consultations hospitalières et ambulatoires dans un grand système de santé universitaire aux USA. Les données concernant la mortalité ont été obtenues au travers du registre national des décès.

- Au total, 18% des patients sont décédés. Parmi les causes de décès, on trouve la consommation de drogues ou de substances (20%), l'intoxication par drogue ou substance (17%), les maladies cardiovasculaires (17%), le cancer (17%), les maladies infectieuses (14%), l'hépatite C (12%), les maladies du système digestif (12%) et les pathologies hépatiques (11%).
- Le taux de mortalité brut global était de 48,6 pour 1000 personnes-années et le taux de mortalité standardisé était de 10,3 pour 1000 personnes-années.
- L'âge, l'infection par le virus de l'hépatite C et les troubles liés à la consommation d'alcool étaient associés à un risque significativement plus élevé de mortalité toutes causes confondues chez les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation des opioïdes.

Commentaires: Le taux brut de mortalité toutes causes confondues dans cet échantillon est beaucoup plus élevé que celui rele-

vé dans des rapports antérieurs (par ex., 20,9 pour 1000 personnes-années dans une grande revue systématique et méta-analyse de 58 études de cohorte), ce qui s'explique probablement par le fait que la sélection de l'échantillon s'est faite dans un environnement médical. Une part significative (37%) des décès était directement liée aux substances. Bien que les codes CIM-9 ne soient pas toujours précis, cette étude réaffirme la nécessité pour les prestataires de soins et les systèmes de santé, d'améliorer le dépistage des TUO, la mise à disposition de naloxone et l'accès rapide au traitement*.

Dr Jalal Rahmani
(traduction française)

Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Hser YI, Mooney LJ, Saxon AJ, et al. High mortality among patients with opioid use disorder in a large healthcare system. *J Addict Med.* 2017;11(4):315–319.

*Note du traducteur: ce résultat est à interpréter dans le contexte nord-américain où le taux de couverture pour les traitements agonistes opioïdes est très faible en médecine de premier recours, à l'inverse de la situation qui prévaut aujourd'hui dans la plupart des pays européens et en particulier en Suisse.

La réduction de la consommation de cannabis améliore les résultats fonctionnels au fil du temps

Le cannabis est souvent utilisé pour ses effets apaisants et comme somnifère. Cependant, l'utilisation chronique et le développement de troubles liés à l'utilisation du cannabis (TUC) peuvent entraîner des effets psychoactifs contraires. L'abstinence est souvent la cible des initiatives de traitement, mais on connaît peu de choses sur la façon dont la réduction de la consommation de cannabis peut se répercuter sur certains symptômes. Cette analyse secondaire d'un essai multi-sites de 12 semaines sur un médicament contre le TUC a examiné l'association longitudinale entre la réduction de la consommation du cannabis et l'anxiété, la dépression, la qualité du sommeil et la qualité de vie. L'échantillon comprenait 302 personnes (152 ont réduit leur consommation, 150 ont augmenté leur consommation).

- Les 2 groupes ne présentaient pas de différences en termes d'âge, sexe, niveau d'éducation ou d'emploi, mais différaient significativement en termes de race / ethnicité avec plus de noirs (36% contre 19%) et moins d'« autres » participants (4% contre 11%) dans le groupe de réduction que dans le groupe d'augmentation. La fréquence de consommation du cannabis, de l'alcool et du tabac au début de l'étude ne différait pas entre les groupes.
- En contrôlant pour les aspects démographiques, les conditions du traitement et la variabilité de la consommation du tabac et de l'alcool au cours du temps, les auteurs ont trouvé

une association entre la réduction de la consommation du cannabis et l'amélioration de l'anxiété, de la dépression et de la qualité du sommeil, mais pas de la qualité de vie.

Commentaires: Bien que l'étude n'ait duré que 12 semaines et que les changements dans la consommation du cannabis aient été basés sur l'auto-évaluation, cette étude suggère qu'une réduction de l'utilisation au cours du temps peut entraîner un contrôle des symptômes. Plus d'études devraient tester les effets des résultats cliniquement applicables tels que la réduction de la consommation des substances plutôt que l'abstinence.

Dre Marianthi Deligianni
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Hser YI, Mooney LJ, Huang D, et al. Reductions in cannabis use are associated with improvements in anxiety, depression, and sleep quality, but not quality of life. *J Subst Abuse Treat.* 2017;81:53–58.

Les patients noirs présentant des troubles de la santé mentale et de l'usage de substances connaissent des temps d'attente plus longs dans les services d'urgence

La surcharge des services d'urgence représente une crise de santé publique aux États-Unis, avec un recours aux services d'urgence qui augmente plus rapidement chez les patients présentant des troubles de la santé mentale et de l'usage de substances. Cette étude transversale a examiné les temps d'attente au service des urgences parmi cette population et évalué l'impact de la race/ethnie, du type d'assurance et de la localisation géographique sur les disparités identifiées.

- Sur les 6534 visites au service des urgences, la majorité concernait des patients blancs non hispaniques (66%), suivie de patients noirs non hispaniques (19%) et d'autres races non hispaniques (3%).
- 39% des visites étaient liées à l'usage de substances.
- Les bénéficiaires d'assurance privée, de Medicare et de Medicaid représentaient respectivement 22%, 18% et 25% des visites au service des urgences; 23% des individus n'avaient pas d'assurance maladie.
- Après ajustement des facteurs au niveau du patient et de l'hôpital, le temps d'attente aux urgences était 23% plus long chez les patients noirs non hispaniques en comparaison avec les patients blancs non hispaniques.
- Le temps d'attente aux urgences ne différait pas selon le type d'assurance ou la localisation géographique.

Commentaires : Des disparités raciales ont été observées dans cette étude, avec des temps d'attente significativement plus longs pour les patients noirs non hispaniques souffrant de troubles de la santé mentale et de l'usage de substances que pour les patients blancs non hispaniques présentant des troubles similaires. Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en place des interventions correctives, communautaires et transculturelles afin d'améliorer la prise en charge de cette population et de diminuer la surcharge des services d'urgences.

Sophie Paroz
(traduction française)

Seonaid Nolan, MD
(version originale anglaise)

Référence: Opoku ST, Apenteng BA, Akowuah EA, Bhuyan S. Disparities in emergency department wait time among patients with mental health and substance-related disorders. *J Behav Health Serv Res*. 2017 [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s11414-017-9565-8.

Association entre consommation d'alcool et cancer gastrique

Alors que l'on a constaté que la consommation excessive d'alcool augmentait le risque de cancer des voies aéro-digestives supérieures, les résultats sont moins clairs pour le cancer gastrique. Cette méta-analyse est significative parce qu'elle est basée sur un grand nombre de participants provenant de 75 études, a utilisé des méthodes analytiques appropriées et a fourni des résultats liés à la dose et au type de boisson.

- Pour la consommation totale d'alcool, les résultats dose-réponse montrent une association curvilinéaire entre la consommation d'alcool et le cancer gastrique, avec une augmentation de 4% du risque par unité standard (12,5 g d'alcool).
- Dans les analyses par type de boisson, on a observé pour la bière une association non linéaire, avec une augmentation du risque de 7% par unité. Pour les spiritueux, on a constaté une association linéaire (risque relatif [RR], 1,03 par unité), tandis que le RR pour le vin était de 0,99.

Commentaires: en comparant linéairement les niveaux de consommation d'alcool élevés avec des niveaux plus faibles, les auteurs

ont constaté une augmentation de 25% du cancer gastrique. L'association n'était cependant pas linéaire, et en utilisant des analyses spline, l'augmentation n'était que de 4% par unité standard. De plus, les analyses spécifiques par type de boisson n'ont trouvé aucun changement dans le risque de cancer gastrique chez les consommateurs de vin, peut-être en raison des polyphénols du vin, qui bloquent les effets néfastes de l'alcool.

Dr Willmer Hernandez Ariza
(traduction française)

R. Curtis Ellison, MD
(version originale anglaise)

Référence: Wang PL, Xiao FT, Gong BC, Liu FN. Alcohol drinking and gastric cancer risk: a meta-analysis of observational studies. *Oncotarget*. 2017;8:99013–99023.

VIH & VHC

Les personnes vivant avec le VIH ont un risque accru d'intoxication non létale avec chaque médicament supplémentaire

Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont exposées à de nombreux médicaments et à leurs risques potentiels. Dans cette étude sur 250 PVVIH adultes, les chercheurs ont évalué l'association d'un nombre croissant de médicaments sédatifs, non sédatifs

(opioïdes et non opioïdes), non antirétroviraux, et l'ensemble de ces médicaments avec les conséquences autodéclarées des intoxications non létales au cours de la vie entière et sur l'année écoulée.

(suite en page 5)

Les personnes vivant avec le VIH ont un risque accru d'intoxication non létale avec chaque médicament supplémentaire (suite de la page 4)

Au départ, les participants recevaient une médiane de 10 médicaments (2 sédatifs): 80% recevaient des médicaments sédatifs, 50% des opioïdes, et 42% recevaient à la fois des médicaments sédatifs opioïdes et non opioïdes. Les médicaments sédatifs non opioïdes les plus fréquents étaient: gabapentine (22%), mirtazapine (16%), trazodone (14%), hydroxyzine (12%), et diphenhydramine (10%). La benzodiazépine la plus fréquente était le clonazepam (7%).

- 45% des participants ont rapporté une intoxication non létale au cours de la vie, et 7% au cours de l'année écoulée.
- L'occurrence des intoxications non létales au cours de la vie était significativement plus importante pour chaque médicament sédatif supplémentaire (odds ratio [OR], 1.3), chaque opioïde (OR, 2.3), et chaque traitement agoniste opioïde (TAO) (OR, 4.8).
- L'occurrence des intoxications non létales au cours de l'année écoulée était plus élevée pour chaque sédatif supplémentaire (OR, 1.2), chaque médicament non antirétroviral (OR, 1.1), et chaque TAO (OR, 2.7).

Commentaires: la polymédication est fréquente chez les PVVIH et peut potentiellement augmenter les dommages avec le vieillissement de cette population. L'association observée entre intoxication létale et présence d'un TAO tient probablement au fait que les PVVIH qui présentent un trouble lié à l'usage d'opioïdes avec comportements à risque d'intoxication sont peut-être plus susceptibles d'être au bénéfice d'un TAO. Cette étude est limitée par l'absence d'information sur la médication au moment de l'intoxication non létale. Néanmoins, elle suggère que les prescripteurs devraient évaluer soigneusement les bénéfices et les risques de chaque médicament pour les PVVIH.

Dre Clara Feteanu
(traduction française)

Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Kim TW, Walley AY, Heeren TC, et al. Polypharmacy and risk of non-fatal overdose for patients with HIV infection and substance dependence. *J Subst Abuse Treat.* 2017;81:1-10.

La consommation de drogues par injection est associée à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Le VIH et la tuberculose (TB) sont des causes de morbidité et de mortalité importantes dans le monde. Les personnes qui consomment des drogues par injection (UDI) sont exposées au risque d'infection par le VIH ; cela dit, leur risque à l'égard de la TB n'est que très peu connu. Les chercheurs ont utilisé des données de santé publique du Royaume-Uni pour évaluer l'association entre la consommation de drogues par injection et la TB chez les personnes adultes vivant avec le VIH.

- Entre 2000 et 2014, 102'202 adultes ont reçu un diagnostic de VIH, parmi lesquels 5'649 personnes (6%) avaient également la TB.
- L'incidence globale de TB était de 344/100'000 personnes par année (PA). L'incidence était significativement plus élevée chez les UDI : pour les hommes, elle s'élevait à 876/100'000 PA, et pour les femmes à 605/100'000 PA.
- Des analyses de régression multiples ont montré que les UDI avaient des taux de TB plus élevés que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (ratio du taux d'incidence [IRR] pour les hommes = 5.47, pour les femmes = 4.59). Le seul autre groupe démographique qui présentait un taux comparable était constitué de Noirs africains nés dans des pays à haute incidence (IRR = 4,27).

Commentaires : Comme dans toute étude observationnelle, une association ne permet pas d'établir une causalité. Il est possible que cette association soit due à d'autres facteurs non mesurés, comme par exemple le fait de fumer, les conditions de vie ou encore les incarcérations. Cette étude montre toutefois que les UDI sont exposés à un risque plus élevé de TB. Les UDI devraient donc être ciblés pour des dépistages de TB.

Véronique Grazioli, PhD
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Référence: Winter JR, Stagg HR, Smith CJ, et al. Injecting drug use predicts active tuberculosis in a national cohort of people living with HIV. *AIDS.* 2017;31(17):2403-2413.

La marijuana en tant que facteur de risque modifiable chez les personnes vivant avec le HIV

La littérature présente des données contradictoires concernant les effets de la marijuana sur l'évolution de la maladie induite par le VIH, le taux de CD4 et la charge virale du VIH. Les personnes vivant avec le VIH voient leur risque de développer une maladie cardiovasculaire multiplié par 2 par rapport aux sujets contrôles du même âge non infectés par le VIH. Cela ne s'explique que partiellement par la présence de facteurs de risque cardiovasculaire traditionnels, l'effet du traitement antirétroviral et les dispa-

rités en matière de soins. Cette étude de cohorte prospective qui a duré 20 ans et porté sur 558 hommes vivant avec le VIH a examiné les associations entre forte consommation de marijuana, marqueurs de l'infection par VIH et les effets sur la santé, y compris les critères de santé cardiovasculaire.

- L'âge médian des participants au début de l'étude était de 41 ans. 66% étaient de type caucasien ; plus de 75% avaient plus

(suite en page 6)

de 75% avaient plus de douze années de formation. À plus de 50% des visites de suivi semestrielles, 20% des participants déclaraient une consommation de marijuana quotidienne ou hebdomadaire (défini comme « forte consommation »).

- Il n'y avait pas d'association entre la forte consommation de marijuana et les marqueurs de l'infection par VIH.
- Il n'y avait aucune association entre forte consommation de marijuana et évolution vers le sida, le diagnostic de cancer ou la mortalité.
- La forte consommation de marijuana était associée à une augmentation des événements cardiovasculaires entre 40 et 60 ans (odds ratio, 2.5) après ajustement pour l'âge, le tabagisme, la charge virale du VIH et les facteurs de risque cardiovasculaire traditionnels.

Commentaires : bien que ces résultats devraient être reproduits dans d'autres cohortes, la forte consommation de marijuana pourrait constituer un facteur de risque cardiovasculaire modifiable chez les personnes qui vivent avec le VIH et devrait être discutée comme faisant partie des soins préventifs de routine.

Ruth Borloz
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Lorenz DR, Dutta A, Mukerji SS, et al. Marijuana use impacts midlife cardiovascular events in HIV-infected men. *Clin Infect Dis.* 2017;65(4):626–635.

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET DOULEURS

La prescription d'opioïdes associée à d'autres médicaments psychotropes augmente le risque de symptômes de sevrage à la naissance

20% de la population globale est touchée par les douleurs chroniques. La prescription d'opioïdes, y compris chez les femmes enceintes, a augmenté de manière considérable depuis 20 ans. De nombreux fœtus sont exposés aux opioïdes de manière concomitante à d'autres psychotropes. Ce rapport examinait le risque relatif de l'apparition de symptômes de sevrage néonatal chez les nouveau-nés dont la mère recevait des médicaments psychotropes en sus d'une prescription d'opioïdes, en comparaison aux nouveau-nés dont la mère ne recevait que des opioïdes.

- Chez les nouveau-nés de mères recevant des opioïdes (autres que la méthadone ou la buprénorphine) dans les derniers 45 jours de la grossesse, le risque absolu de symptômes de sevrage à la naissance était de 1%.
- Le risque augmentait de 30 à 60% chez les nouveau-nés dont la mère recevait en même temps des antidépresseurs, benzodiazépines ou gabapentine.
- Le risque doublait encore chez les nouveau-nés dont la mère recevait ≥ 2 psychotropes.

Commentaires : les opioïdes prescrits aux femmes enceintes ne provoquent pas toujours des symptômes de sevrage à la nais-

sance, mais le risque augmente significativement en cas de prescription conjointe de psychotropes. Les médecins qui prennent en charge les femmes enceintes devraient avoir conscience de ces risques et prendre des mesures pour limiter autant que possible ces prescriptions. Les médecins qui prennent en charge les nouveau-nés de ces mères doivent également avoir conscience du risque accru de symptômes de sevrage néonatal chez les nouveau-nés exposés aux opioïdes et aux médicaments psychotropes in utero.

Dr Victor Leroy
(traduction française)

Sharon Levy, MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence: Huybrechts KF, Bateman BT, Desai RJ, et al. Risk of neonatal drug withdrawal after intrauterine co-exposure to opioids and psychotropic medications: cohort study. *BMJ.* 2017;358:j3326.

Visitez
www.alcoologie.ch
 pour consulter la lettre
 d'information en ligne,
 et vous y inscrire
 gratuitement !

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 : con-
 naissances scientifiques actuelles*
 Service d'alcoologie
 CHUV-Lausanne
info.alcoologie@chuv.ch

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.