

# Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

NOVEMBRE - DÉCEMBRE 2019

## TABLE DES MATIÈRES

### MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE & DOULEUR

Arrêt du traitement par opioïdes pour des douleurs chroniques en médecine de premier recours associé à une mortalité par surdoses consécutive 1

Mise à jour des lignes directrices HHS : éviter la réduction rapide ou l'arrêt soudain des opioïdes prescrits 2

Évolution et rapidité de la réduction des doses chez les patients sous traitement par opioïdes à long terme 2008-2017 2-3

Symptômes de sevrage associés au trouble de l'usage des opioïdes chez les patients ayant une prescription d'opioïdes pour une douleur chronique 3

### INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Le spray oral à base de nabiximols, un agoniste cannabinoïde, réduit modérément la consommation de cannabis 4

### IMPACT SUR LA SANTÉ

La consommation de cannabis prénatale est associée à une naissance prématurée et à d'autres conséquences défavorables 4

Cannabinoïdes synthétiques associés à des résultats neuropsychiatriques spécifiques sévères chez les adolescents 5

Les objectifs de consommation sont-ils associés aux résultats de traitement chez les personnes avec trouble d'utilisation d'alcool ? 5

Consommation d'alcool et risque de démence 6

### VIH & VHC

Le cannabis n'affecte pas l'utilisation non médicale d'opioïdes, la dose de médicaments opioïdes ou l'évaluation de la douleur chez les personnes vivant avec le VIH 6

La stigmatisation liée à l'usage de substance psychoactives a un effet négatif sur l'adhésion aux antirétroviraux chez les personnes vivant avec le VIH 7

## MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET DOULEUR

### Arrêt du traitement par opioïdes pour des douleurs chroniques en médecine de premier recours associé à une mortalité par surdoses consécutives

Les registres des opioïdes et d'autres stratégies de pharmacovigilance ont pour but de réduire les conséquences liées à la consommation d'opiacés chez les personnes recevant un traitement par opioïdes à long terme (long-term opioid therapy - LTOT) pour des douleurs chroniques. Une surveillance renforcée peut conduire à un arrêt d'un LTOT pour des raisons de sécurité. Toutefois, le devenir des patients après l'arrêt d'un LTOT est inconnu. Cette étude de cohorte rétrospective a examiné le registre des opioïdes d'une clinique de médecine de premiers recours en milieu urbain, incluant 572 patients ayant reçu un LTOT entre 2010 et 2015. La mortalité, l'usage d'opioïdes prescrits et les visites cliniques en médecine de premier recours sont comparés entre un groupe de personnes ayant arrêté son LTOT et un groupe de personnes l'ayant poursuivi.

- Trois quarts des patients avaient des maladies psychiatriques, un quart avait un trouble lié à l'usage de substances et des pathologies chroniques étaient fréquentes.
- 60% des patients ont arrêté leur LTOT durant la période étudiée.
- L'arrêt du LTOT était principalement initié par les médecins (80%) et non par les patients.
- La mortalité globale dans cette cohorte était de 20% (4.7 pour 100 personnes-années) avec 4% décédant d'une surdose avérée ou suspectée.
- L'arrêt du LTOT était significativement associé avec le décès par surdose (hazard ratio, 2.9).
- Parmi les patients ayant interrompu leur LTOT, trois quarts ont reçu une nouvelle prescription d'opioïdes par d'autres prescripteurs et seulement la moitié a maintenu son suivi de médecine de premiers recours dans la clinique étudiée.

*Commentaires :* Dans cette cohorte, le risque de surdose était élevé après l'arrêt d'un LTOT. La méthodologie ne peut pas établir une relation de cause à effet entre l'arrêt du LTOT et le décès par surdose survenu ensuite, mais il y a de bonnes raisons de s'inquiéter. La meilleure stratégie pour répondre à des comportements alarmants révélés par le monitoring n'est pas claire. Toutefois, les cliniciens ont besoin d'outils comprenant des options pour traiter les troubles liés à l'usage des opioïdes et un plan de gestion complet de la douleur pour améliorer la sécurité du patient.

Dre Angéline Adam  
(traduction française)

Aaron D. Fox, MD  
(version originale anglaise)

*Référence :* James JR, Scott JM, Klein JW, et al. Mortality after discontinuation of primary care-based chronic opioid therapy for pain: a retrospective cohort study. *J Gen Intern Med.* 2019;34(12):2749–2755.

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

## Mise à jour des lignes directrices HHS : éviter la réduction rapide ou l'arrêt soudain des opioïdes prescrits

Un nombre important d'Américains reçoivent des médicaments opioïdes contre la douleur chronique. En 2016, les inquiétudes croissantes concernant les risques liés à ces médicaments ont conduit les centres de contrôle des maladies à élaborer des lignes directrices, dont la recommandation d'éviter de prescrire des doses en équivalent de morphine (DEM) supérieures à 90 milligramme par jour. Cette recommandation a parfois été interprétée comme signifiant que les personnes à qui des doses plus élevées avaient déjà été prescrites devaient les voir réduites, ce qui entraînerait une brusque réduction forcée et les dommages associés à cette pratique. En réponse, le Département américain de la santé et des services sociaux a publié un guide sur « la réduction appropriée du dosage ou l'arrêt des analgésiques opioïdes à long terme », qui comprend les recommandations suivantes :

- « Évitez d'insister sur la réduction ou l'arrêt lorsque l'utilisation d'opioïdes peut être justifiée. »
- « Évitez de mal interpréter les seuils de dosage prudents comme une directive visant à réduire la dose. »
- « Si un patient présente un comportement d'abus ou d'autres signes d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes et que les critères d'un trouble lié à l'usage des opioïdes sont remplis (surtout s'ils sont modérés à sévères), proposer ou prendre des dispositions pour un traitement médicalement assisté [sic] \* ».
- « Si les patients à fortes doses d'opioïdes sont incapables de diminuer progressivement malgré l'aggravation de la douleur et / ou de la fonction avec les opioïdes, que les critères de trouble d'utilisation des opioïdes soient satisfaits ou non, envisagez de passer à la buprénorphine. »

\*L'Institut national de lutte contre l'abus des drogues recommande d'utiliser une terminologie précise et non stigmatisante, telle que « médicaments pour les troubles liés à l'usage des opioïdes », « médicaments pour le traitement de la dépendance » ou simplement « médicaments » au lieu de « traitement médicalement assisté ».

*Commentaires :* Ce guide offre un éclaircissement nécessaire qui met l'accent sur une approche centrée sur le patient afin d'aider les personnes à qui on a prescrit des opioïdes pour la douleur chronique. Il encourage également une utilisation accrue de la buprénorphine afin d'inclure les personnes à haut risque qui ne répondent pas nécessairement aux critères d'un trouble lié à l'usage des opioïdes. Bien que la prescription d'opioïdes, en particulier à doses élevées, soit à éviter, nous ne devons pas punir les patients qui se trouvent dans cette situation.

Dr Mourad Mersni  
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD  
(version originale anglaise)

*Référence:* The U.S. Department of Health and Human Services Working Group on Patient-Centered Reduction or Discontinuation of Long-term Opioid Analgesics. *HHS Guide for Clinicians on the Appropriate Dosage Reduction or Discontinuation of Long-Term Opioid Analgesics*. U.S. Department of Health and Human Services. October, 2019. <https://www.hhs.gov/opioids/treatment/clinicians-guide-opioid-dosage-reduction/index.html>.

## Évolution et rapidité de la réduction des doses chez les patients sous traitement par opioïdes à long terme, 2008-2017

Le traitement par opioïdes à long terme (long-term opioid therapy - LTOT) pour la douleur chronique est associé à un risque accru de dommages liés aux opioïdes qui dépend de la dose prescrite. De nombreuses initiatives politiques et pratiques ont encouragé la réduction des LTOT, malgré l'absence de preuves pour orienter les pratiques dégressives. Récemment, de nouveaux rapports sur les dommages associés à la réduction involontaire et/ou rapide des LTOT ont amené les auteurs de la directive 2016 des Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) sur la prescription d'opioïdes pour la douleur chronique, la Food and Drug

(suite en page 3)

## Évolution et rapidité de la réduction des doses chez les patients sous traitement par opioïdes à long terme, 2008-2017 (suite de la page 2)

Administration (FDA) et le ministère américain de la santé et des services sociaux à publier des conseils de prudence concernant la réduction des LTOT. Alors que l'offre de prescription d'opioïdes au niveau de la population a diminué ces dernières années aux États-Unis, les tendances concernant la diminution des LTOT sont inconnues. Cette étude a examiné les tendances en taux et rapidité de la réduction progressive des doses parmi plus de 100'000 personnes suivant un LTOT stable dans une grande base de données américaine de 2008 à 2017.

- Le pourcentage de bénéficiaires de LTOT ayant expérimenté une réduction des doses a augmenté progressivement de 11 % en 2008 à 14 % en 2015, puis plus fortement à 16 % en 2016 et 22 % en 2017.
- 19 % des bénéficiaires de LTOT ont été classés dans la catégorie "rapide" avec un taux de réduction de la dose supérieure à 40 % par mois (10 % par semaine).
- La diminution rapide du LTOT était plus fréquente en 2016-2017 par rapport aux années précédentes.

*Commentaires :* Le taux et la rapidité de la réduction progressive des LTOT ont considérablement augmenté en 2016 et 2017, ce qui correspond aux nombreuses initiatives visant les LTOT, y compris la publication des recommandations des CDC. Près d'une réduction progressive sur cinq s'est déroulée à un rythme dépassant les taux maximum fixés par les experts, à savoir une réduction de la dose de 10% par semaine. En l'absence de protocoles de réduction des LTOT fondés sur des preuves, des politiques et des pratiques devraient être mises en place pour soutenir et encourager les prestataires à éviter les réductions rapides et involontaires de LTOT.

Dre Sarah Spreng  
(traduction française)

Marc R. Larochelle, MD, MPH  
(version originale anglaise)

*Référence :* Fenton JJ, Agnoli AL, Xing G, et al. Trends and rapidity of dose tapering among patients prescribed long-term opioid therapy, 2008–2017. *JAMA Netw Open.* 2019;2(11):e1916271.

## Symptômes de sevrage associés au trouble de l'usage des opioïdes chez les patients ayant une prescription d'opioïdes pour une douleur chronique

On s'attend à ce que les personnes à qui l'on prescrit des opioïdes développent une tolérance et éprouvent des symptômes de sevrage si elles cessent de les prendre. Pour cette raison, le DSM-5 stipule que la tolérance et le sevrage ne doivent pas être considérés comme des critères pour déterminer si les patients à qui l'on prescrit des opioïdes ont un trouble lié l'usage des opioïdes (TUO). Cette étude a porté sur 207 personnes souffrant de douleurs chroniques auxquelles on a prescrit des opioïdes afin de déterminer si les symptômes de sevrage (tels que mesurés par l'Adjective Rating Scale for Withdrawal) étaient associés au TUO.

- Sur les 207 patients, 55 (27%) présentaient des symptômes du TUO modérés et 35 (17%) présentaient des symptômes sévères dans les évaluations DSM-5 qui excluaient les critères de tolérance et de sevrage.
- Parmi ceux qui ont signalé des symptômes de sevrage légers, 11% avaient un TUO modéré à sévère, contre 27% pour un sevrage modéré et 62% pour un sevrage sévère. Ceux qui ont déclaré un sevrage plus sévère avaient tendance à recevoir des doses plus élevées d'opioïdes, mais la différence n'était pas significative.
- Selon une analyse multivariable, des symptômes de sevrage sévères étaient associés à un diagnostic de TUO

(odds ratio ajusté, 7,1) ; les seuls autres facteurs significatifs étaient l'âge moins élevé et la prise d'anxiolytiques. La dose d'opioïdes n'était pas incluse dans ce modèle.

*Commentaires :* Cette étude suggère que les patients auxquels on prescrit des opioïdes pour une douleur chronique et qui signalent des symptômes de sevrage modérés à sévères devraient être évalués pour un TUO, et que ces symptômes ne devraient pas être écartés en tant que conséquence attendue de la prise de médicaments opioïdes.

Dre Adriana Angulo  
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD  
(version originale anglaise)

*Référence :* Coloma-Carmona A, Carballo JL, Rodríguez-Marín J, Pérez-Carbonell A. Les symptômes de sevrage prédisent la dépendance aux opioïdes sur ordonnance chez les patients souffrant de douleur chronique. *Dépendance à l'alcool.* 2019; 195: 27-32.

## INTERVENTIONS ET ÉVALUATIONS

### Le spray oral à base de nabiximols, un agoniste cannabinoïde, réduit modérément la consommation de cannabis

La consommation de cannabis et les troubles liés à son usage sont courants et en augmentation. Il n'existe pas de traitement médicamenteux efficace pour le trouble lié à l'usage du cannabis et un essai antérieur de dronabinol, un produit oral synthétique à base de tétrahydrocannabinol (THC), n'a pas montré d'impact significatif sur la consommation de cannabis. Le nabiximols est une combinaison de THC et de cannabidiol (CBD) administré sous forme de spray oral. Dans cette étude de 12 semaines menée en Australie, 128 volontaires rencontrant les critères d'une dépendance au cannabis (selon CIM-10) ont été choisis de manière aléatoire pour recevoir soit un spray placebo soit du nabiximols ; le dosage était flexible — jusqu'à 32 sprays/jour, ce qui correspond, dans le groupe du nabiximols, à 86 mg de THC.

- La poursuite du traitement était similaire dans les deux groupes : dont 49% pour le nabiximols et 47% pour le placebo.
- Le groupe nabiximols a rapporté moins de jours de consommation de cannabis sur les 84 jours de l'essai : une moyenne de 35 jours contre 53 jours dans le groupe placebo.
- Les mesures des problèmes liés au cannabis, du sevrage et de l'envie (craving) se sont améliorées dans les deux groupes, sans différence significative entre les deux. Le nabiximols a eu peu d'effets secondaires et 75% des personnes ayant reçu le placebo, ainsi que 82% de celles ayant

reçu du nabiximols ont déclaré qu'elles recommanderaient le médicament à un ami recherchant un traitement.

*Commentaires :* Cette étude montre que ce spray THC/CBD conduit à une réduction modeste du nombre de jours de consommation de cannabis rapportés par les personnes dépendantes au cannabis (selon CIM-10) cherchant un traitement. Les raisons pouvant expliquer l'efficacité même modeste de ce médicament, alors que le dronabinol n'en avait pas, sont le mode de prise, la flexibilité dans le dosage et la combinaison de CBD avec le THC. Il reste à investiguer si ce traitement améliore les résultats cliniques ou fonctionnels.

Nathalie Gay  
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD  
(version originale anglaise)

*Référence :* Lintzeris N, Bhardwaj A, Mills L, et al. Nabiximols for the treatment of cannabis dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2019 [Epub ahead of print]. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.1993.

## IMPACT SUR LA SANTÉ

### La consommation de cannabis prénatale est associée à une naissance prématurée et à d'autres conséquences défavorables

La consommation de cannabis est courante chez les femmes en âge d'avoir des enfants, et beaucoup continuent à en consommer pendant leur grossesse. Avec la récente légalisation au Canada et dans certaines régions des États-Unis, la consommation de cannabis pendant la grossesse va probablement devenir plus courante. Des chercheurs ont examiné si la consommation de cannabis prénatale autodéclarée était associée à un accouchement prématuré (<37 semaines) et à 10 autres résultats maternels, périnataux et néonataux chez les femmes enceintes dans la base de données BORN Ontario entre 2012 et 2017. Pour remédier à la confusion dans cette étude de cohorte rétrospective, ils ont comparé des femmes enceintes qui consommaient du cannabis avec celles qui n'en consommaient pas. Les deux groupes ont été appariés en fonction de l'âge, de la parité, du revenu, du statut de fumeur, de la consommation d'alcool, d'opioïdes, d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et d'autres substances psychoactives, des conditions de santé mentale maternelle, des soins prénataux et de l'année de naissance.

- Dans l'ensemble, 661'617 des 759'281 (87%) femmes enceintes répondaient à suffisamment de critères pour être incluses. L'âge moyen était de 30 ans, et 9'427 (1,4%) déclaraient avoir consommé du cannabis.
- Dans la cohorte appariée, la consommation de cannabis autodéclarée était associée à un risque accru de naissance prématurée à <37 semaines (risque relatif (RR), 1,41), faible

pour l'âge gestationnel (RR, 1,53), de décollement placentaire (RR, 1,72), de mortalité néonatale (RR, 1,25), de transfert à l'unité de soins intensifs néonataux (RR, 1,40) et un score d'Apgar <4 (RR, 1,28).

- La consommation de cannabis était associée à une réduction du risque de pré-éclampsie (RR, 0,90) et de diabète gestationnel (RR, 0,91).

*Commentaires :* Malgré les analyses appariées, des effets de confusion résiduels peuvent avoir biaisé ces résultats. En outre, l'étude n'explore pas l'importance de la période de gestation ni la quantité de cannabis consommée. Dans tous les cas, les femmes doivent être informées que la consommation de cannabis pendant la grossesse peut être associée à des résultats péri- et néonataux défavorables.

Mariana Astudillo  
(traduction française)

Miriam Harris, MD† and Alexander Y. Walley, MD, MSc  
(version originale anglaise)

† Interne en rédaction et chercheur en médecine des addictions, Centre médical de Boston/Ecole de médecine de l'université de Boston

*Référence :* Corsi DJ, Walsh L, Weiss D, et al. Association between self-reported prenatal cannabis use and maternal, perinatal, and neonatal outcomes. *JAMA.* 2019;322(2):145–152.

## Cannabinoïdes synthétiques associés à des résultats neuropsychiatriques spécifiques sévères chez les adolescents

La toxicité relevant de l'usage de cannabinoïdes synthétiques peut mener à des maladies graves nécessitant des soins intensifs. Ce rapport a analysé les données toxicologiques multicentriques chez des adolescents âgés de 13 à 19 ans (N = 348) qui se sont présentés aux urgences entre janvier 2010 et octobre 2018 pour le traitement de symptômes liés à la consommation de cannabis ou de cannabinoïdes synthétiques.

- Les adolescents qui n'avaient utilisé que des cannabinoïdes synthétiques avaient plus de probabilité de souffrir de coma et/ou de dépression du système nerveux central (odds ratio [OR], 3,42) et de convulsions (OR, 3,89), par rapport à ceux qui n'avaient utilisé que du cannabis.
- Les adolescents qui n'avaient utilisé que des cannabinoïdes synthétiques avaient des taux d'agitation significativement plus faibles que ceux qui n'avaient utilisé que du cannabis (OR, 0,18).
- L'exposition à plusieurs substances était plus courante et impliquait une variété plus large chez les adolescents qui

consommaient du cannabis que chez ceux qui utilisaient des cannabinoïdes synthétiques.

*Commentaires* : Bien que les cannabinoïdes synthétiques et le cannabis se lient aux récepteurs cannabinoïdes 1 et 2, leurs effets physiologiques diffèrent. Ces découvertes rappellent que différents composés d'une classe psychoactive peuvent entraîner des effets physiologiques et des toxicités très différents. Ce principe général souligne la nécessité d'un cadre réglementaire pour les substances addictives afin de protéger la santé publique.

Dre Priscile Wenk  
(traduction française)

Sharon Levy, MD, MPH  
(version originale anglaise)

*Référence* : Anderson SAR, Opreescu AM, Calello DP, et al. Neuropsychiatric sequelae in adolescents with acute synthetic cannabinoid toxicity. *Pediatrics*. 2019;144(2).

## Les objectifs de consommation sont-ils associés aux résultats de traitement chez les personnes avec trouble d'utilisation d'alcool ?

Cette étude visait l'évaluation du traitement chez des patients avec trouble d'utilisation d'alcool qui rapportaient différents objectifs de consommation au début du traitement : abstinence, consommation à « bas risque\* » ou sans objectif défini. Les données provenaient d'une étude longitudinale pour laquelle les patients ont été recrutés entre 2004 et 2012 dans 3 types de lieux de prise en charge : un centre de traitement ambulatoire orienté « 12 étapes », un centre de traitement résidentiel orienté « 12 étapes » et un centre de soin communautaire ambulatoire offrant un traitement psychosocial. Les patients (n=349) ont été suivis 2,5 et 5 ans après leur entrée en traitement. Vingt-cinq pourcent étaient des femmes, l'âge moyen était de 48 ans et 93% remplissaient les critères pour une dépendance à l'alcool selon le DSM-IV.

- La plupart des patients déclaraient que leur objectif était l'abstinence (64%); 19% rapportaient un objectif de consommation « bas risque » et 17% étaient indécis.
- Le groupe visant l'abstinence et celui des indécis sur l'objectif avaient un plus grand nombre d'années d'antécédents de mésusage d'alcool comparativement à ceux visant un objectif de consommation à « bas risque » (13 ans, 12 ans et 7 ans). Au moment de l'entrée en traitement, ceux qui se fixaient l'abstinence comme objectif consommaient plus d'alcool que les participants indécis sur l'objectif ou ceux qui visaient une consommation à « bas risque » (880g/ semaine, 480 g/semaine, et 427 g/semaine).
- On a constaté une réduction de consommation significative au cours du temps dans les trois groupes. À 5 ans, 65% des patients rapportaient soit une abstinence soit une consommation à « bas risque ».
- Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes en termes de consommation d'alcool au mo-

ment du suivi, mais il y avait un effet d'interaction significatif entre le groupe et le temps, indiquant que ceux qui s'étaient fixé l'abstinence comme objectif avaient une réduction de consommation plus nette que les deux autres groupes.

\* Défini comme suit: consommation moyenne hebdomadaire de <110 gr d'alcool pour les femmes et <170 gr pour les hommes

*Commentaires* : Dans cette étude observationnelle, il est difficile d'évaluer si les résultats du traitement sont dus au choix de l'abstinence comme objectif ou aux caractéristiques associées aux objectifs de traitement (sévérité du problème d'alcool) ou à l'adéquation entre objectif et offre de soins (orientation « 12 étapes », axée sur l'abstinence). Il serait délicat de considérer que l'abstinence est un meilleur objectif de traitement de manière générale. Il apparaît toutefois que les patients avec les troubles les plus sévères préfèrent choisir l'abstinence comme objectif de traitement et qu'ils ont potentiellement de meilleurs résultats que ceux qui choisissent d'autres objectifs. Quels qu'aient été leurs objectifs de traitement, tous les patients ont présenté une amélioration, ce qui devrait encourager les cliniciens à proposer un traitement à tous les patients, indépendamment de leur objectif de consommation.

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

*Référence*: Berglund KJ, Rauwolf KK, Berggren U, et al. Outcome in relation to drinking goals in alcohol-dependent individuals: a follow-up study 2.5 and 5 years after treatment entry. *Alcohol Alcohol*. 2019; 54(4):439–445.



## Consommation d'alcool et risque de démence

Si des recherches antérieures ont établi un lien entre la consommation d'alcool et le risque de développer une démence, cette étude s'intéresse à des personnes âgées participant à un essai randomisé de Ginkgo Biloba, qui a présenté un résultat nul (n=3021, âge médian 78 ans, 46% de femmes), et évalue la corrélation entre la consommation d'alcool et une déficience cognitive légère (DCL) ou la démence. 512 nouveaux cas de démence ont été diagnostiqués en 6 ans de suivi ; les diagnostics ont été validés par des évaluations cognitives, des IRM et par un groupe d'experts cliniciens. Au début de l'étude, 58% des participants ont déclaré consommer de l'alcool. Les chercheurs ont ajusté les résultats afin d'éviter des facteurs potentiels de confusion, dont notamment le poids, le tabagisme, le diabète, les troubles cardiovasculaires et autres, la dépression, la race, l'origine ethnique, le lieu de traitement, le niveau de formation, les activités sociales, l'utilisation de médicaments et le génotype pour le gène APOE e4, qui est associé à la maladie d'Alzheimer.

- Chez les participants sans DCL au départ (n=2'548), la consommation d'alcool n'a pas été associée de manière significative à un risque inférieur de démence (comparé à <1 verre d'alcool par semaine) ; le risque relatif (RR) pour le développement d'une démence lorsque le sujet est abstinent concorde avec un risque légèrement plus élevé, mais pas significatif (RR 1.17[95% intervalle de confiance [IC], 0.84-1.62).
- Les participants avec DCL au départ (n=473) et consommant >14 verres d'alcool/semaine avaient un risque plus élevé, mais non significatif, de développer une démence (RR, 1.72 [95% IC, 0.87 -3.40]).

- Une consommation quotidienne d'1 verre d'alcool a été associée avec un risque inférieur de développer une démence par rapport à une consommation non quotidienne de  $\geq 2$  verres d'alcool (RR, 0.45 [95% IC, 0.23-0.89]).

*Commentaires :* Un point fort de cette étude est l'évaluation approfondie des troubles cognitifs et de la démence chez ces personnes âgées. Globalement, ces données ne sont pas contradictoires avec la majeure partie des études précédentes qui montrent une association en forme de J pour la relation entre la consommation d'alcool et le risque de développer une démence, l'abstinence étant associée à un risque plus élevé et une consommation régulière, mais pas excessive, d'alcool associée à un risque plus élevé (bien que statistiquement non significatif dans cette étude ; p.ex. <https://www.bu.edu/aodhealth/2018/12/11/dementia-risk-with-low-amounts-of-alcohol/>).

Nuria Paltenghi  
(traduction française)

R. Curtis Ellison, MD  
(version originale anglaise)

*Référence :* Koch M, Fitzpatrick AL, Rapp SR, et al. Alcohol consumption and risk of dementia and cognitive decline among older adults with or without mild cognitive impairment. JAMA Netw Open. 2019;2(9):e1910319.

## VIH & VHC

### Le cannabis n'affecte pas l'utilisation non médicale d'opioïdes, la dose de médicaments opioïdes ou l'évaluation de la douleur chez les personnes vivant avec le VIH

La douleur chronique est courante chez les personnes qui vivent avec le VIH (PVVIH). Le VIH et la douleur chronique sont les deux conditions agréées pour obtenir du cannabis médical dans la plupart des 29 États et dans le District de Columbia qui l'autorisent. Dans une cohorte de PVVIH recevant un traitement aux opioïdes contre la douleur chronique, les chercheurs ont étudié la prévalence de toute consommation de cannabis et évalué l'utilisation non médicale d'opioïdes à l'aide de la Current Opioid Misuse Measure, et la dose d'opioïdes à l'aide de la dose en équivalent de morphine (DEM) quotidienne. Ils ont également évalué la suppression virale du VIH et les résultats de la douleur à l'aide du Brief Pain Inventory, qui mesure le degré de sévérité de la douleur et son interférence avec les fonctions quotidiennes sur une échelle de 0 à 10.

- Sur 166 participants, 65% étaient des hommes, 72% étaient noirs et l'âge médian était de 55 ans. La MEDD médiane était de 15 mg ; la sévérité de la douleur et l'interférence étaient en moyenne de 6/10 (SD 2) ; et 89% des participants avaient une charge virale indétectable en début d'étude.

- 85% des participants ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis et 43% ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ; 15% de la cohorte a déclaré une consommation quotidienne et 8% répondaient aux critères d'un trouble lié à la consommation de cannabis. Parmi les patients ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, 66% le consommaient contre la douleur.
- Il n'y avait aucun lien entre la consommation de cannabis au cours de la dernière année et l'usage non médical actuel d'opioïdes, la MEDD ou la gravité et l'interférence de la douleur. Dans les analyses de sensibilité ajustant les symptômes dépressifs et les troubles liés à la consommation de substances (autres que les troubles liés à la consommation de cannabis), la consommation de cannabis au cours de la dernière année était associée à une probabilité 3 fois plus élevée d'avoir une charge virale détectable.

(suite en page 7)

## Le cannabis n'affecte pas l'utilisation non médicale d'opioïdes, la dose de médicaments opioïdes ou l'évaluation de la douleur chez les personnes vivant avec le VIH (suite de la page 6)

*Commentaires* : parmi une cohorte de PVVIH ayant un traitement d'opioïdes prescrits, la consommation de cannabis était courante et n'a pas eu d'impact sur la consommation non médicale d'opioïdes, la dose d'opioïdes ou la sévérité et l'interférence de la douleur, mais elle a eu un impact négatif sur la suppression virale. Cette étude s'ajoute aux preuves de plus en plus nombreuses dont les prestataires peuvent s'inspirer lorsqu'ils conseillent les patients sur les avantages et les inconvénients potentiels de la consommation de cannabis. Étant donné l'absence d'amélioration de la douleur et au vu de moins bons résultats en matière de VIH, ces résultats suggèrent que les États devraient prendre en compte les preuves lorsqu'ils prennent des décisions concernant les lois sur le cannabis médical.

Dr Mohamed Hachaichi  
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD  
(version originale anglaise)

*Référence* : Merlin JS, Samet JH, Cheng DM, et al. Marijuana use and its associations with pain, opioid dose, and HIV viral suppression among persons living with HIV on chronic opioid therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;82(2):195–201.

## La stigmatisation liée à l'usage de substance psychoactives a un effet négatif sur l'adhésion aux anti-rétroviraux chez les personnes vivant avec le VIH

Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui consomment des substances psychoactives sont confrontées à une stigmatisation intersectionnelle (p. ex., à des sources multiples de stigmatisation) qui peut affecter négativement l'adhésion aux antirétroviraux. Les chercheurs ont exploré l'impact de la stigmatisation liée à l'usage de substances psychoactives sur les comportements d'adhésion aux antirétroviraux chez 172 PVVIH. Les questionnaires remplis par les participants à l'étude portaient sur l'usage de substances psychoactives, la stigmatisation liée à cette dernière, l'adhésion à la thérapie antirétrovirale et la stigmatisation liée au VIH. Des modèles de régression logistique à variables multiples ont été adaptés aux caractéristiques sociodémographiques, au degré de sévérité des consommations d'alcool et autres substances psychoactives, à la stigmatisation liée au VIH, et à l'aide sociale.

- 66% des participants avaient un niveau de risque modéré / élevé pour la cocaïne, 65% pour le cannabis et 66% pour une consommation à risque d'alcool. \*
- 60% des patients ont déclaré une adhésion antirétrovirale inférieure à la norme.
- Les rapports de cores ajustés (aOR) pour une adhésion optimale aux antirétroviraux chez les participants présentant des niveaux modérés de stigmatisation anticipée liée à l'usage de substances psychoactives ( [aOR], 0,36), et des niveaux très élevés de stigmatisation anticipée liée à l'usage de substances psychoactives (aOR, 0,25) étaient significativement plus faibles que chez les participants ayant des faibles niveaux de stigmatisation liée à l'usage de substances psychoactives (référence). Aucune associa-

tion n'a été trouvée pour les participants avec une stigmatisation anticipée liée à l'usage de substances psychoactives élevée.

\* Basé sur le test AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption) pour l'alcool et sur le test ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) pour les autres substances psychoactives.

*Commentaires* : Dans cette étude sur l'adhésion aux antirétroviraux auto-déclarée chez les PVVIH qui consomment des substances psychoactives, la stigmatisation liée à cet usage était associée à une adhésion inférieure à la norme, même en tenant compte de la stigmatisation liée au VIH. La question de l'incidence de la stigmatisation intersectionnelle sur les résultats en matière de santé reste ouverte et pourrait être abordée dans une recherche incluant des mesures solides d'adhésion parmi les PVVIH qui utilisent également des substances psychoactives.

Dre Eszter Simon  
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD  
(version originale anglaise)

*Référence*: Stringer KL, Marotta P, Baker E, et al. Substance use stigma and antiretroviral adherence among a drug-using population living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2019;33(6):282–293.

**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](http://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.**

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](http://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/>



