

TABLE DES MATIERES

INTERVENTIONS & EVALUATIONS

Des interventions brèves de une à deux sessions ne réduisent pas la consommation de drogues dans un contexte de soins de premier recours. Page 1

L'intervention brève pour la consommation de drogues n'est pas efficace aux urgences. Page 2

Les biais qui favorisent les études d'intervention brève positive pour l'alcool: le moment de vérité. Page 3

Questionnaire électronique de repérage et d'évaluation des abus de substances chez les adolescents. Page 3

Les marqueurs biologiques sanguins de la consommation d'alcool ne sont pas un substitut aux données de consommation auto-rapportées chez les jeunes s'injectant des drogues. Page 4

IMPACT SUR LA SANTE

Une consommation importante de cannabis durant l'adolescence est associée à une augmentation du risque de rente d'invalidité plus tard dans la vie. Page 4

La consommation sévère d'alcool est associée à un risque élevé de cancer du foie. Page 5

VIH ET VHC

Malgré la disponibilité de traitement antirétroviraux gratuits, l'infection par le VIH reste une cause de mortalité chez les individus consommateurs de drogues injectables. Page 5

L'utilisation de drogues injectables s'accompagne de non-observance du traitement anti-VIH. Page 6

La vie en couple s'accompagne de pratiques à risque pour l'hépatite C. Page 7

Une stricte observance du traitement antirétroviral est-elle efficace dans le contexte d'une consommation excessive quotidienne d'alcool? Page 7

Utilisation non médicale de médicaments sur ordonnance : consommation d'opioïdes, de benzodiazépines, myorelaxants et stimulants chez les sans-abri porteurs du VIH. Page 8

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

NOVEMBRE - DECEMBRE 2014

INTERVENTIONS & EVALUATIONS

Des interventions brèves de une à deux sessions ne réduisent pas la consommation de drogues dans un contexte de soins de premier recours.

La pratique « dépister, faire une intervention brève et adresser à un spécialiste » (*screening, brief intervention, and referral to treatment – SBIRT* en anglais) a été largement promue pour aborder les problèmes de consommation de substances. Deux études récentes ont examiné ses effets sur la consommation de drogue dans le contexte des soins de premier recours pour adultes.

Saitz et al. (2014) ont réparti aléatoirement 528 adultes ayant un dépistage positif pour la consommation de drogues entre 3 conditions : 10-15 minutes d'entretien bref structuré et négocié (*structured brief negotiated interview*) avec un éducateur en santé, 30-40 minutes d'entretien motivationnel puis 20-30 minute de session de rappel, ou aucune intervention brève. Le taux de suivi était de 98% à un mois et demi et 6 mois.

- Le cannabis était la substance principale chez 63% des participants, la cocaïne chez 19% et les opioïdes chez 17%. Parmi les participants, 82% n'atteignaient pas les critères de dépendance.
- Seulement 31% des participants du groupe entretien motivationnel ont participé à la session de rappel.
- Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes pour le nombre de jours par mois de consommation de la drogue principale, même en stratifiant l'analyse par drogue et par niveaux de risque de dépendance. La consommation de drogue détectée par analyse capillaire n'était pas différente non plus.
- Aucune différence significative n'a été observée non plus sur les conséquences liées à la consommation de la drogue principale, la consommation par injection, les rapports sexuels à risque, la participation à des groupes d'entraide, ou l'utilisation de soins de santé (hospitalisations et visites aux urgences, en général ou pour la consommation de substances ou la santé mentale).

- La consommation de drogue restait importante (>90%) dans tous les groupes et ne diminuait pas sur les 6 mois.

Roy-Byrne et al. (2014) ont réparti aléatoirement 868 adultes ayant un dépistage positif pour la consommation de drogues durant les 90 derniers jours entre 2 conditions. Le groupe intervention recevait un entretien motivationnel par un travailleur social clinicien, un téléphone de suivi de 10 minutes 2 semaines plus tard, une brochure illustrée indiquant leur score au dépistage de drogue et une liste des ressources disponibles dans le domaine. Le groupe contrôle recevaient uniquement la brochure et la liste de ressources. Les taux de suivi étaient de 87% ou plus à 3, 6, 9, et 12 mois.

- Seulement 47% des participants du groupe intervention ont pu être joints pour la session de rappel.
- Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes pour le nombre de jours par mois de consommation de la drogue principale et aucun effet de modération n'a été observé pour cette mesure (interactions non significatives entre intervention et sévérité de la consommation, comorbidité psychiatrique, motivation à changer).
- Aucun effet n'a été observé sur la sévérité de la consommation, les conséquences médicales, psychiatriques, sociales et légales, l'entrée en traitement pour dépendance, l'utilisation de soins médicaux, le nombre d'arrestations, ou la mortalité.
- Une analyse exploratoire montrait une augmentation de l'entrée en traitement pour dépendance et une réduction de l'utilisation des urgences parmi les personnes avec la plus haute sévérité de consommation de drogue qui avaient reçu l'intervention.

(suite en page 2)

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles est un projet du Boston Medical Center, produit en coopération avec l'École de Médecine et de Santé Publique de l'Université de Boston. Ce projet a été soutenu initialement par the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (la branche alcool et alcoolisme de l'Institut National de la Santé aux Etats-Unis) et est maintenant soutenu par the National Institute on Drug Abuse (NIDA). Le contenu est de la responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement la position officielle de NIDA ou de l'Institut National de la Santé aux Etats-Unis.

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

Jessica S. Merlin, MD, MBA
Assistant Professor
Department of Medicine
Division of Infectious Diseases
Division of Gerontology, Geriatrics, and Palliative Care
University of Alabama at Birmingham

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

Des interventions brèves... (suite de la page 1)

Commentaires: ces deux études cliniques montrent que 1 à 2 sessions d'intervention brève motivationnelle étaient inefficaces pour réduire la consommation de substances ou ses conséquences parmi des patients de soins de premier recours sur une période de 6 à 12 mois. Bien que certains aient vu dans ces études les raisons d'un rejet du modèle SBIRT dans son entier, cette interprétation est largement excessive. Premièrement, ces études ne donnent aucune information sur l'utilité du dépistage puisque les bénéfices d'une identification de la consommation de substances vont au-delà de la simple suggestion au clinicien de délivrer une intervention brève. Par exemple, un clinicien expert comprendra que la consommation de substance est comprise dans le diagnostic différentiel de plusieurs maladies fréquentes, représente un facteur de risque important pour de nombreuses maladies physiologiques et psychiatriques, et est un élément essentiel lors de la prescription de médicaments avec risques de mésusage ou de potentiels interactions. Ces études ne donnent également pas d'information sur l'efficacité d'adresser le patient à un spécialiste, si ce n'est pour montrer qu'il est nécessaire de développer des traitements plus accessibles et acceptables pour les patients et de meilleurs passerelles entre premier recours et traitements spécialisés.

Néanmoins, ces 2 études montrent clairement que 1 à 2 sessions d'interventions brèves motivationnelles ne sont pas suffisantes pour une gestion efficace de la consommation de substances en soins de premier recours. Fort heu-

reusement, les praticiens de premier recours peuvent suivre les patients consommateurs de substances dans le temps. Lors de visites de routine ou lors de maladies, le praticien aura l'occasion d'exprimer ses préoccupations et de discuter des dangers d'une consommation chronique de substances. Il pourra développer une confiance et une alliance thérapeutique essentielles pour induire un changement de comportement. Il pourra encore surveiller les potentielles conséquences et y réagir, mobiliser la famille ou les proches pour soutenir l'abstinence, adresser le patient à des consultations spécialisées en s'assurant que le patient s'y rend, ou encore prescrire une pharmacothérapie appropriée. Les praticiens de premier recours utilisent cette approche longitudinale dans la gestion d'autres maladies chroniques comme l'hypertension ou le diabète et elle est en adéquation avec le paradigme de la consommation de substances comme étant une maladie chronique. Cette extrapolation nécessite néanmoins une validation empirique.

Dr Jacques Gaume
(traduction française)
Peter D. Friedmann, MD, MPH
(version originale anglaise)

Références: Roy-Byrne P, Bumgardner K, Krupski A, et al. Brief intervention for problem drug use in safety-net primary care settings. *JAMA*. 2014;312(5):492-501.

L'intervention brève pour la consommation de drogues n'est pas efficace aux urgences.

Le dépistage suivi d'une intervention brève et d'une orientation vers un traitement pour la consommation de drogues a été mise en avant comme une pratique basée sur les preuves. Toutefois, d'un point de vue méthodologique, des études suggèrent un manque d'efficacité en médecine de premiers recours. Une nouvelle étude multi-site montre également un manque d'efficacité pour les patients admis aux urgences. Les chercheurs ont inclus 1'285 patients adultes qui rapportaient une consommation de drogues à problèmes (≥ 3 au « Drug Abuse Screening Test ») lors d'un dépistage effectué dans 6 services d'urgences universitaires aux États-Unis. Les patients inclus étaient randomisés en 3 groupes : (1) ils recevaient soit un feuillet d'information, (2) soit une évaluation avec orientation vers un traitement si indiqué (3) soit une évaluation, suivie d'une intervention brève et de 2 sessions téléphoniques de type conseil.

- Le nombre de jours de consommation de drogues (définies comme principales par le patient) auto-rapporté était de 16 jours à l'inclusion et de 10 jours à 3 mois.
- A 3 mois, des échantillons de cheveux avaient une probabilité plus grande d'être positive pour les drogues « principales » dans le groupe « évaluation avec orientation vers un traitement » comparé aux 2 autres groupes (95% versus 88-89%).

Commentaires : le dépistage suivi d'une intervention brève et d'une orientation vers un traitement pour la consommation de drogues n'est pas une approche basée sur des preuves. En fait, le poids de l'évidence suggère que cette approche manque d'efficacité (distinct d'un manque d'évidence d'efficacité). Un avis défendant ce type

(suite en page 3)

L'intervention brève pour la consommation... (suite de la page 2)

d'intervention met en avant les études sans marqueurs biologiques ou réalisées dans d'autres contextes (par ex. chez des patients cherchant de l'aide), études qui ont montrés des effets positifs de l'intervention. Il est également suggéré que ce type d'approche (dépistage suivi d'une intervention brève et d'une orientation vers un traitement pour la consommation de drogues) peut être efficace dans des autres populations (banlieues, profil plus ou moins sévère). Toutefois, cette étude et 2 autres études récentes également négatives en médecine de premier recours suggèrent fortement que l'approche « dépistage suivi d'une intervention brève et d'une orientation vers un traitement pour la consommation de drogues » n'est pas approprié en médecine de premier recours

pour l'approche de la consommation de drogues et de ses conséquences.

Dre Angéline Adam
(traduction française)
Richard Saitz, MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence: Bogenschutz MP, Donovan DM, Mandler RN, et al. Brief intervention for patients with problematic drug use presenting in emergency departments: a randomized clinical trial. *MA Intern Med.* 2014;174(11):1736-1745.

Les biais qui favorisent les études d'intervention brève positives pour l'alcool: le moment de vérité.

Les interventions brèves dans le cadre de consommations d'alcool à risque ont récemment été l'objet d'un examen minutieux, particulièrement de la part des agences de financement qui s'appuient sur la littérature pour façonner les décisions médicales. Les investigateurs ont examiné la présence de biais de publication (i.e. la publication des résultats de recherche est liée à la direction et à l'ampleur de l'effet) et de dissémination (i.e. les rapports sélectifs, les publications sélectives, et/ou l'inclusion sélective de preuve scientifique dans des revues systématiques qui aboutissent à des conclusions inexactes) dans une méta-analyse de 179 essais cliniques randomisés testant des interventions brèves pour des consommations d'alcool à risque parmi des adolescents et des jeunes adultes.

- Les tailles d'effet étaient 0.14 écarts-types plus élevées dans les études financées, 0.03 écarts-types plus élevées dans les études qui avaient un temps de latence plus court entre la fin de l'étude et la publication, et 0.01 écarts-types plus élevées dans les études qui étaient citées plus souvent.
- Les études citées plus fréquemment étaient plus susceptibles d'avoir rapporté des effets positifs (odd ratio, 1.10).
- Les études avec un effet de taille plus important et positif ont été publiées plus rapidement. Il n'y aucune preuve que l'am-

pleur ou la direction des effets soient associées à la localisation, la langue ou l'impact facteur du journal.

Commentaires : malgré un design d'étude rétrospective et l'absence d'examen détaillé d'autres biais potentiels, cette analyse suggère que les études d'interventions brèves visant la consommation d'alcool à risque montrent des biais de dissémination et de publication - biais qui favorisent les études avec des effets positifs plus importants. Ces résultats soulignent l'importance de rapporter tous les résultats - ceci incluant les études négatives - afin d'éclairer le plus précisément possible une pratique fondée sur les preuves.

Sophie Paroz
(traduction française)
Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence : Tanner-Smith EE, Polanin JR. A retrospective analysis of dissemination bias in the brief alcohol intervention literature. *Psychol Addict Behav.* 2014 [Epub ahead of print]. doi: 0.1037/adb0000014.

Questionnaire électronique de repérage et d'évaluation des abus de substances chez les adolescents.

Dans cette étude, 213 adolescents (âgés de 13-17 ans, 67% femmes, 32% noires) de 3 services ambulatoires de soins primaires (dont 1 dédié au traitement de l'usage de substances) ont rempli un questionnaire électronique de repérage de la fréquence de consommation de 8 types de substances * lors de l'année précédente. Le cas échéant, l'évaluation de la sévérité de cette consommation a été faite, aussi de manière électronique. Les participants ont été soumis à l'entretien structuré *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) - Substance Abuse Module* (en français Entrevue Composite Diagnostique Internationale - Module d'Abus de Substance) pour déterminer les diagnostics selon la *DSM-5*. La sensibilité et la spécificité de l'ensemble de l'instrument de repérage/évaluation** ont été calculées pour: 1) l'absence de Troubles d'Utilisation de Substances (TUS) lors de l'année précédente, 2) TUS léger-moderé; 3) TUS sévère.

- Le temps moyen de remplissage de cet instrument de repérage et d'évaluation a été de 32 secondes.
- La prévalence de l'utilisation de toutes substances (sans le tabac) l'année précédente a été: absence de consommation de substances (58%), consommation sans TUS (23%), TUS léger-moderé (10%), TUS sévère (9%).
- La sensibilité et spécificité de l'instrument de dépistage et d'évaluation était respectivement de 100% et 84% pour la consommation de substance (hors tabac) au cours des 12 derniers mois, 90% et 94% pour le TUS et 100% et 94% pour le TUS sévère.
- La sensibilité et la spécificité des questions évaluent uniquement la fréquence d'utilisation identique à celles de l'ensemble de l'instrument.

(suite en page 4)

Questionnaire électronique... (suite de la page 4)

* Les questions qui ciblait la fréquence étaient : « durant l'année passée, combien de fois avez-vous consommé [X]? » concernant chaque 8 types de substance : alcool, marijuana, autres drogues illicites, médicaments prescrits à d'autres personnes ou qui ne nécessitent pas d'ordonnance médicale, inhalants drogues synthétiques ou à base d'herbes. Les options de réponse étaient : « jamais », « une ou deux fois », « 1 fois chaque mois », « 1 fois chaque semaine », « tous les jours » ou « presque tous les jours ».

**Le seuil de fréquence pour considérer la consommation sans TUS était : « une ou 2 fois » ; « 1 fois par mois » pour le TUS léger-moderé ; et « toutes les semaines », « tous les jours », « presque tous les jours » pour TUS sévère.

Commentaires: ce bref instrument électronique a eu d'excellentes caractéristiques opérationnelles pour détecter la présence d'usage de substances et pour caractériser le type de substance consommé. Avant de l'implémenter, il doit être testé dans un échantillon plus large et multi-site. Le nombre d'adolescents avec

TUS était faible et l'inclusion du site de traitement dans cette étude aurait pu biaiser les résultats (c'est-à-dire, le fait de l'avoir testé dans une clinique avec une grande prévalence de TUS aurait pu influencer sa sensibilité et sa spécificité). De plus, l'utilisation des questions exclusivement liées à la fréquence d'utilisation sont surprenantes, suggérant qu'une évaluation plus approfondie de la part d'un clinicien soit nécessaire avant l'orientation vers un traitement spécialisé.

Dre Rita Teixeira Antunes
(traduction française)
Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Levy S, Weiss R, Sherritt L, et al. An electronic screen for triaging adolescent substance use by risk levels. *JAMA Pediatr.* 2014;168(9):822-829.

Les marqueurs biologiques sanguins de la consommation d'alcool ne sont pas un substitut aux données de consommation auto-rapportées chez les jeunes s'injectant des drogues.

Le Phosphatidylethanol (PEth) est un phospholipide aberrant trouvé dans les membranes cellulaires qui est synthétisé seulement en présence d'éthanol. Il peut être utilisé comme marqueurs biologique de la consommation d'alcool. Des chercheurs ont examiné la corrélation entre la consommation d'alcool déclarée au cours du dernier mois et le PEth chez des personnes de moins de 30 ans s'injectant des drogues. La consommation d'alcool était évaluée à l'aide de l'AUDIT-C, et les personnes étaient catégorisées de la façon suivante : probable dépendance selon le DSM-IV (scores de 10-12), consommation « à risque » (scores de 3-9 pour les femmes, 4-9 pour les hommes), et consommation « à bas risque » (scores de 0-2 pour les femmes, 0-3 pour les hommes). Des mesures auto-rapportées supplémentaires étaient utilisées comme : présence/absence de toute consommation, boire jusqu'à perdre connaissance, consommation abusive épisodique (définie comme une consommation de 6 boissons ou plus par occasion).

Il y avait une corrélation forte entre le PEth et les catégories de consommation déclarée. Le PEth était élevé (≥ 8 ng/ml) chez 89% des personnes catégorisées comme ayant une probable dépendance, 61% des consommateurs « à risque » et 19% des consommateurs « à bas risque ». Le PEth n'était pas élevé chez 12% des personnes avec probable dépendance, 39% des consommateurs « à risque » et 82% des consommateurs « à bas risque ». Le PEth était élevé chez 66% de ceux qui rapportaient avoir consommé

de l'alcool au moins une fois au cours du dernier mois, et n'était pas élevé chez 94% de ceux qui ne rapportaient aucune consommation. Le PEth était élevé chez 83% de ceux rapportant boire jusqu'à la perte de connaissance et 72% de ceux rapportant une consommation abusive épisodique.

Commentaires : comme pour d'autres marqueurs biologiques de la consommation, l'utilité du PEth est vraisemblablement limitée. Même lorsque des estimations très grossières de la consommation d'alcool auto-rapportée sont utilisées, le PEth n'arrive pas à identifier quasi 40% des cas de consommation à risque déclarée, et 17% des cas rapportant boire jusqu'à la perte de connaissance. Il est possible que les performances du PEth auraient été meilleures si les chercheurs avaient utilisé des seuils de détection plus élevés, mais la détection (sensibilité) aurait été moins bonne. La consommation auto-rapportée semble rester l'alternative la meilleure pour évaluer la consommation d'alcool en clinique.

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

Référence: Jain J, Evans JL, Briceño A, et al. Comparison of phosphatidylethanol results to self-reported alcohol consumption among young injection drug users. *Alcohol Alcohol.* 2014;49(5):520-524.

IMPACT SUR LA SANTE

Une consommation importante de cannabis durant l'adolescence est associée à une augmentation du risque de rente d'invalidité plus tard dans la vie.

Une consommation importante à l'adolescence a été associée avec un certain nombre de conséquences négatives à l'âge adulte, incluant la maladie psychiatrique et la détérioration cognitive. Les chercheurs ont analysé une cohorte de 49'321 hommes suédois qui furent appelés pour le service militaire en 1969-1970, chacun

d'eux avaient effectué une évaluation psychiatrique et des questionnaires concernant l'utilisation de substances, le terrain social et familial, et les performances scolaires. La donnée principale déterminante si ces participants furent au bénéfice d'une rente d'invalidité entre les âges de 20 et 59 ans.

Suite en page 5

Une consommation importante de cannabis... (suite de la page 4)

- 9% ont rapporté l'utilisation de marijuana à l'âge de 18 ans; 1.5% ont rapporté en avoir consommé plus de 50 fois et ont été définis comme des gros consommateurs. Ces participants étaient plus à même de présenter un diagnostic psychiatrique, une faible stabilité émotionnelle, une faible maturité sociale ainsi que de rapporter une consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues.
- 11% de la cohorte a été mis au bénéfice d'une pension d'invalidité avant l'âge de 59 ans. Lors d'une analyse non corrigée, toute consommation de cannabis fut associée à une future pension d'invalidité, association plus importante encore chez les gros consommateurs (rapport de risque à 2.58)
- Après avoir corrigé les variables de contexte social, de fonctionnement psychique, et d'hygiène de vie, seule l'utilisation importante de cannabis reste associée à une pension d'invalidité future (rapport de risque à 1.30).

Commentaires: ce n'est pas particulièrement surprenant que les consommateurs de cannabis soient plus à même de rencontrer l'invalidité plus tard dans la vie. Le fait que l'association disparaisse presque lorsqu'on prend en compte les autres facteurs suggère que ce ne serait pas un lien de causalité, mais simplement un marqueur pour d'autres facteurs qui mènent à l'invalidité. En outre, les gros consommateurs de cannabis ne représentent qu'une faible proportion de ceux recevant une rente d'invalidité.

Dr Thibault Charpentier
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Référence: Danielsson AK, Agardh E, Hemmingsson T, et al. Cannabis use in adolescence and risk of future disability: a 39-year longitudinal cohort study. *Drug Alcohol Depend.* 2014;143:239–243.

La consommation sévère d'alcool est associée à un risqué élevé de cancer du foie.

C'est bien connu que la consommation sévère d'alcool peut causer une cirrhose du foie, qui précède souvent le développement d'un cancer du foie. Une méta-analyse a évalué l'association consommation d'alcool et cancer du foie. Les investigateurs ont utilisé les données de 19 cohortes totalisant : 4450 cas et 5550 décès d'un cancer du foie.

- En comparaison d'une consommation nulle, le risque relatif de développer un cancer du foie était 0.91 pour la consommation « modérée » (défini comme < 3 verres standard/jour) et 1.16 pour la consommation sévère (défini comme > 3 verres standard/jour).
- Une consommation croissante est associée d'une augmentation linéaire pour le risque de cancer du foie, avec une risque d'excès estimé à 46% pour 50g d'éthanol (c.à.d. ~4 verres standard) par jour et 66% pour 100g par jour.
- Les investigateurs n'ont pas trouvé une association entre la consommation « modérée » et le risque de cancer du foie.

Commentaires : une consommation élevée d'alcool ne favorise pas seulement la cirrhose mais également le cancer du foie. Ces constatations correspondent aux autres études qui démontrent la carci-

nogénéité de l'alcool. Bien que les études n'ont pas montré d'association entre une consommation « modérée » d'alcool et le cancer du foie, les données ont été limitées par le nombre de verres standard moyen. Beaucoup de personnes qui consomment des quantités moyennes décrites comme « modérées », vont dépasser les limites par occasion (ils ont des épisodes occasionnelles de consommation sévère de type binge-drinking). Il ne faut pas rassurer ces individus par rapport à leur risque de cancer du foie. D'autre part, si on supprime les personnes avec une consommation sévère occasionnelle, l'association protectrice entre cancer et la consommation « modérée » serait probablement plus élevée.

Dre Eva Rickley
(traduction française)
R. Curtis Ellison, MD
(version original anglaise)

Référence: Turati F, Galeone C, Rota M, et al. Alcohol and liver cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Ann Oncol.* 2014;25(8):1526–1535.

VIH ET VHC

Malgré la disponibilité de traitements antirétroviraux gratuits, l'infection par le VIH reste une cause de mortalité chez les individus consommateurs de drogues injectables.

L'utilisation de drogues injectables (UDI) reste un important facteur de risque pour l'acquisition du VIH, représentant 30% des infections nouvelles à l'échelle mondiale. Les traitements antirétroviraux combinés (TAR-c) ont révolutionné les traitements contre le VIH, mais les consommateurs de drogues injectables risquent moins souvent d'y faire appel en raison d'un certain nombre d'obstacles, parmi lesquels l'accès aux soins, la crainte du médecin que le patient ne respecte pas le traitement, avec en corollaire l'apparition de la résistance aux antirétroviraux, et le fardeau financier. Les chercheurs ont tenté de définir l'impact de l'infection à VIH sur la mortalité chez 2283 individus utilisant des drogues par voie injecta-

ble au sein d'un système de santé gratuite universelle.

- Les participants étaient suivis pendant une moyenne de 61 mois ; 27% étaient porteurs du VIH au démarrage de l'étude et 8% ont été séroconvertis au cours de la période d'étude. Sur l'ensemble, 84% avaient une hépatite C (VHC), 67% étaient du sexe masculin et l'âge moyen était de 37 ans. Les participants porteurs du VIH avaient tendance à être plus âgés, à avoir été inscrits dans un programme de traitement par la méthadone, à présenter un délai plus long depuis la première injection et à être co-infectés par le VHC.

Suite en page 6

Malgré la disponibilité de traitements antirétroviraux... (suite de la page 5)

- Sur la période étudiée, 491 (22%) participants sont décédés. Les décès liés au SIDA et les morts accidentelles ont baissé, alors que la mortalité non liée au SIDA (infections d'origine non sidéenne, cancers non liés au SIDA, pathologies respiratoires, cérébrovasculaires et cardiovasculaires) a fortement augmenté.
- Bien que la mortalité toutes causes confondues ait baissé avec le temps, l'infection à VIH était associée à la mortalité toutes causes confondues (rapport de risque ajusté [aHR], 3,15). Parmi ceux qui adhéraient à >95% au traitement TAR-c, l'association s'observait encore (aHR, 2,17).

Commentaires: bien qu'il existe un risque de variables confondantes non mesurées et que leurs implications puissent fausser la

généralisation, cette étude suggère que parmi les utilisateurs de drogues par injection qui ont accès aux traitements antirétroviraux gratuits, l'infection à VIH augmente encore la mortalité toutes causes confondues alors que les causes de décès se sont distancées des étiologies sidéennes.

Cécile Reynes
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Lappalainen L, Hayashi K, Dong H, et al. Ongoing impact of HIV infection on mortality among persons who inject drugs despite free antiretroviral therapy. *Addiction*. 2014 [Epub ahead of print]. doi: 10.1111/add.12736.

L'utilisation de drogues injectables s'accompagne de non-observance du traitement anti-VIH.

Des études ont démontré qu'il existait un lien entre l'utilisation de drogues par injection et la dégradation des résultats des traitements contre le VIH. En travaillant sur les données émanant de l'Etude Suisse de cohorte VIH, les auteurs ont étudié comment l'utilisation de drogues injectables (UDI) et l'utilisation de drogues non injectables (non-UDI, dont le cannabis) affectent le respect du traitement antirétroviral (TAR), le nombre de patients sous traitement anti-VIH perdus de vue ("abandons"), la réponse virologique et la mortalité toutes causes confondues.

- La non-UDI était généralement représentée par la consommation de cannabis (948, soit 14% de tous les participants), suivie par la cocaïne (228, 4% de tous les participants).
- Dans les analyses multivariées, l'UDI actuelle était le plus souvent associée à l'abandon (risque relatif [RR], 2,88). La prise de méthadone avec UDI concomitante était le plus souvent associée à la mortalité (RR, 5,03). L'UDI présente s'accompagnait d'une moindre observance du traitement et de davantage d'interruptions de traitement.
- Les tendances de non-UDI liées à l'abandon s'appliquaient aux personnes sans UDI hebdomadaire ou quotidienne (RR, 1,58) et les individus antérieurement UDI mais actuellement sans UDI par mois ou moins (RR, 1,94). Les tendances d'abus de drogues liées à la mortalité s'appliquaient à une non-UDI quotidienne ou hebdomadaire (RR, 1,97) et aux personnes antérieurement UDI mais actuellement sans UDI hebdomadaire ou quotidienne (RR, 2,45).
- La consommation hebdomadaire ou quotidienne de cannabis était associée à l'abandon (RR, 1,7) et à la mortalité (RR, 2,28).
- Les chercheurs n'ont pas observé d'association entre la non-

UDI et les résultats du TAR/maintien du traitement.

Commentaires: Cette étude confirme la littérature antérieure qui suggère que les résultats thérapeutiques sont plus décevants chez les individus porteurs du VIH et actuellement avec UDI. Ici, la non-UDI s'accompagnait aussi de résultats médiocres, mais à moindre risque relatif. Il convient de noter que la non-UDI était principalement la consommation de cannabis, et qu'alors que le cannabis était analysé à part, les autres non-UDI n'étaient pas analysées par groupe distinct. L'analyse suggérant que la consommation régulière de cannabis était liée à l'abandon et à la mortalité n'était pas ajustée en fonction de la consommation d'autres drogues, ce qui peut fausser gravement la relation. Les interventions axées sur l'usage de drogues dans le contexte du VIH devraient rester centrées sur l'UDI; toutefois, le rôle de la non-UDI, incluant l'usage de cannabis, ne doit pas être négligé. D'autres recherches pourraient bénéficier d'analyses séparées sur le cannabis et les autres non-UDI.

Cécile Reynes
(traduction française)
Jessica S. Merlin, MD, MBA
(version originale anglaise)

Références: Weber R, Huber M, Battegay M, et al. Influence of noninjecting and injecting drug use on mortality, retention in the cohort, and antiretroviral therapy, in participants in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med*. 2014 [Epub ahead of print]. doi: 10.1111/hiv.12184.

La vie en couple s'accompagne de pratiques à risque pour l'hépatite C.

Les personnes consommant des opioïdes illicites risquent de contracter l'hépatite C (VHC) par le partage d'accessoires d'injection. Des chercheurs ont étudié les pratiques à risque de VHC chez 176 patients commençant un traitement d'entretien à la méthadone, dont le partage des accessoires d'injection, le partage d'objets de toilette (par ex. rasoirs, brosses à dent, coupe-ongles), tatous et piercing réalisés par des non-professionnels, ou contact avec du sang. Il était demandé aux participants s'ils vivaient en couple avec quelqu'un qui consommait des drogues injectables.

- Lors de l'entrevue initiale, 34 participants (19%) rapportaient au moins une pratique à risque de VHC, 6% rapportaient une pratique à risque liée à la drogue et 16% rapportaient d'autres pratiques.
- D'après une analyse non corrigée, les pratiques à risque de VHC concernaient les femmes, un âge plus jeune, une dépendance à l'alcool d'après le *DSM-IV*, la consommation de cocaïne et celle de drogues injectables, ainsi que des antécédents plus longs de consommation de drogues, de symptômes de dépression et de risque de suicide. Vivre avec d'autres gens (en couple ou non) était également associé à des facteurs de risque du VHC.
- D'après l'analyse multivariable, cinq variables étaient liées à une pratique à risque de VHC : l'âge plus jeune, l'alcoolisme, la

consommation de cocaïne, le risque de suicide et la vie en couple (que le partenaire consomme des drogues injectables ou non). Si l'on excluait le partage des objets de toilette comme facteur de risque, seul le risque de suicide et la vie en couple avec une personne usant de drogues injectables présentaient un lien significatif avec les pratiques à risque de VHC.

Commentaires: Cette étude montre que lorsque nous évaluons les risques de VHC et conseillons sur les risques de transmission, nous devons penser aux partenaires des patients et ne pas oublier que le VHC peut être transmis autrement que par le partage d'accessoires d'injection, par exemple en partageant les rasoirs.

Cécile Reynes
(traduction française)
Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Référence: Roux P, Lions C, Michel L, et al. Factors associated with HCV risk practices in methadone-maintained patients: the importance of considering the couple in prevention interventions. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2014;9:37.

Une stricte observance du traitement antirétroviral est-elle efficace dans le contexte d'une consommation excessive quotidienne d'alcool?

La consommation d'alcool est liée à une non-observance du traitement antirétroviral (TAR) chez les individus porteurs du VIH. Cependant, on ignore si la consommation d'alcool diminue l'efficacité du TAR en cas de stricte observance du TAR. Des chercheurs ont randomisé 24 macaques rhésus appariés selon l'âge et le poids pour recevoir 13–14 g d'éthanol/kg de poids corporel/par semaine par administration intragastrique journalière ou une quantité isocalorique de saccharose. Les animaux ont été inoculés avec le virus de l'immunodéficience simienne (VIS) trois mois après le début du traitement, randomisés pour recevoir soit un TAR inhibiteur de la transcriptase inverse des nucléosides (ténofovir et emtricitabine) soit pas de traitement TAR 2,5 mois après l'inoculation, puis suivis pendant encore 2,5 mois (durée totale de l'étude de 8 mois). La charge virale de VIS et d'autres analyses étaient suivies environ toutes les deux semaines.

- Comparés au groupe sans TAR, les animaux recevant le TAR présentaient une diminution de la charge virale plasmatique de VIS.
- Il n'y avait pas de différence au niveau de la réponse de la charge virale au TAR entre les animaux des groupes sous alcool et saccharose (c'est-à-dire qu'il n'y avait pas un effet d'interaction entre le TAR et l'alcool).
- Il n'y avait pas de différence entre les groupes alcool et saccharose au niveau des effets toxiques du TAR.

Commentaires: Cette expérimentation animale suggère qu'une forte consommation quotidienne d'alcool ne diminue pas l'efficacité du TAR en cas d'observance parfaite du TAR. Toutefois, même si ces constatations pouvaient être extrapolées directement à l'être humain et sur une période plus longue, il n'est pas certain qu'elles modifieraient nos conseils cliniques aux patients porteurs du VIH. Nous continuerions à conseiller fortement à nos patients de prendre leur TAR comme cela leur a été prescrit et de recommander des seuils plus sécuritaires de consommation d'alcool pour favoriser l'observance du TAR et diminuer d'autres conséquences adverses. Par ailleurs, ces résultats indiquent que les patients qui boivent beaucoup d'alcool ne doivent pas éviter de prendre leur TAR par crainte de manque d'efficacité ou d'effets adverses.

Cécile Reynes
(traduction française)
Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Molina PE, Amedee AM, Veazey R, et al. Chronic binge alcohol consumption does not diminish effectiveness of continuous antiretroviral suppression of viral load in simian immunodeficiency virus-infected macaques. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(9):2335–2344.

Utilisation non médicale de médicaments sur ordonnance : consommation d'opioïdes, de benzodiazépines, myorelaxants et stimulants chez les sans-abri porteurs du VIH.

La consommation non médicale d'opioïdes sur ordonnance est associée au surdosage et elle est fréquente chez les porteurs du VIH. L'impact de l'utilisation abusive de médicaments psychothérapeutiques non opioïdes dans cette population n'est pas élucidé. Des chercheurs ont mené une étude prospective de cohorte sur 296 individus sans abri ou en logement précaire porteurs du VIH pour établir si une consommation non médicale d'opioïdes sur ordonnance pendant 90 jours était liée à une consommation non médicale de médicaments psychothérapeutiques non opioïdes.

- Dans la semaine précédant le recrutement à l'étude, 52% des participants se voyaient prescrire des opioïdes contre la douleur chronique, 18% des benzodiazépines et 8% des myorelaxants.
- Sur les deux années d'observation, 53% déclaraient une utilisation non médicale d'opioïdes obtenus sur ordonnance, 25% déclaraient une utilisation non médicale de benzodiazépines, 12% déclaraient l'utilisation non médicale de myorelaxants et 6% déclaraient une utilisation non médicale de stimulants.
- L'utilisation non médicale de benzodiazépines sur ordonnance était liée à une utilisation non médicale d'opioïdes sur ordonnance (rapport de cotes ou odds ratio [OR], 3,5), à la race blanche (OR, 2.1) et à la réception de benzodiazépines sur ordonnance (OR, 3,7).
- L'utilisation non médicale de myorelaxants sur ordonnance était liée à la consommation non médicale d'opioïdes sur ordonnance (OR, 3,4), ainsi que la réception d'opioïdes

prescrits (OR, 2.6) et la réception de myorelaxants prescrits (OR, 9.9).

- L'utilisation non médicale de stimulants sur ordonnance était associée à une utilisation non médicale d'opioïdes sur ordonnance (OR, 5.9).

Commentaires: Dans cette cohorte, l'utilisation prescrite comme l'utilisation abusive de médicaments psychothérapeutiques était fréquente, notamment avec les opioïdes. Les personnes ayant des médicaments psychothérapeutiques sur ordonnance avaient davantage tendance à abuser de ces médicaments psychothérapeutiques et celles qui abusaient des opioïdes avaient davantage tendance à abuser d'autres substances psychothérapeutiques. Les prescripteurs doivent assurer une surveillance et une formation des patients concernant les risques polypharmaceutiques et du surdosage par les médicaments psychothérapeutiques.

Cécile Reynes
(traduction française)
Alexander Y. Walley, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Vijayaraghavan M, Freitas D, Bangsberg DR, et al. Non-medical use of non-opioid psychotherapeutic medications in a community-based cohort of HIV-infected indigent adults. *Drug Alcohol Depend.* 2014;143:263–267.

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 Etats-Unis) et actuellement par the National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cette lettre d'information est produite en coopération avec l'Ecole 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.

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 :
connaissances scientifiques actuelles
Service d'alcoologie
CHUV-Lausanne
info.alcoologie@chuv.ch