

TABLE DES MATIERES

EVALUATIONS & INTERVENTIONS

Les effets secondaires ne sont pas augmentés par l'utilisation de bêtabloquants pour les douleurs thoraciques liées à la consommation de cocaïne. Page 1

Naltrexone injectable à longue durée d'action pour le traitement de la dépendance à l'alcool: faisabilité en médecine de premier recours. Page 1

Héroïne injectable comme traitement de seconde ligne de l'addiction aux opiacés. Page 2

L'intervention brève peut réduire la consommation d'alcool des patients admis aux urgences chez les patients alcoolodépendants, mais pas chez les consommateurs à risque. Page 3

Prise en charge alcoolologique brève dans une consultation spécialisée pour les patients souffrant d'hépatite C : résultats d'une étude observationnelle. Page 3

Rétention en traitement avec la naltrexone sous forme d'implant : prometteur mais pas concluant. Page 4

La satisfaction des patients en traitement de substitution de méthadone est associée à la rétention en traitement et à un pronostic favorable. Page 4

Un traitement de buprénorphine dans une consultation HIV est efficace sur les aspects addictologiques mais n'améliore pas les paramètres HIV. Page 4

Caractérisation de la douleur et de son traitement chez des patients recevant un traitement de substitution aux agonistes des opiacés pour une dépendance aux opiacés. Page 5

IMPACT SUR LA SANTE

Est-ce que le fait d'être hospitalisé pour une cause attribuable à l'alcool est associé à une diminution de la consommation d'alcool après l'hospitalisation? Page 6

L'association « paradoxale » entre la consommation modérée d'alcool et le diabète de type 2 est-elle le résultat d'autres habitudes liées à un style de vie sain? Page 6

Est-ce que la consommation d'alcool d'un individu est influencée par celle de son réseau social et familial? Page 7

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

M AI - J U I N 2 0 1 0

Evaluations et Interventions

Les effets secondaires ne sont pas augmentés par l'utilisation de bêtabloquants pour les douleurs thoraciques liées à la consommation de cocaïne

Bien que les bêtabloquants améliorent le pronostic des patients qui présentent un infarctus du myocarde, les guidelines de cardiologie recommandent de ne pas en utiliser lors de douleurs thoraciques liées à la consommation de cocaïne, en raison des inquiétudes dues à la non-régulation de la stimulation alpha-adrénergique démontrée dans les séries de cas et les études animales. Pour déterminer si les bêtabloquants peuvent être administrés sans risque à des patients qui présentent des douleurs thoraciques et une consommation récente de cocaïne, les chercheurs ont passé en revue le National Death Index et les données médicales de 331 patients avec douleurs thoraciques et analyses d'urines positives à la cocaïne admis au San Francisco General Hospital entre 2001 et 2005.

Parmi 331 patients:

- 151 patients ont reçu des bêtabloquants aux urgences. Sur ceux-ci, 85% ont reçu une dose initiale de metoprolol.
- Durant l'hospitalisation, la pression artérielle systolique diminuait plus chez les patients ayant reçu un bêtabloquant aux urgences. On n'a pas démontré de différence concernant les résultats ECG, les taux de troponine, d'intubation, d'utilisation de

vasopresseur, d'arythmies ventriculaires graves ou de décès.

- Il y a eu 45 décès (14% de la cohorte totale) durant un suivi moyen de 972 jours. Des analyses plus fines ont montré qu'un traitement de bêtabloquants à la sortie diminuait le risque de décès dû à des causes cardiovasculaires, mais pas celui des autres causes de mortalité.

Commentaires: Bien que cette étude observationnelle et rétrospective ne règle pas définitivement la question de l'utilisation de bêtabloquants chez les patients présentant des douleurs thoraciques liées à la cocaïne, elle remet en question de façon crédible les guidelines qui recommandent de ne pas les utiliser malgré les risques d'infarctus du myocarde. D'autres études, incluant des essais randomisés, seraient nécessaires pour mettre fin à cette controverse.

Dr Fabien Porchet
(traduction française)
Alexandre Y. Walley, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Rangel C, Shu RG, Lazar LD et al. Beta-blockers for chest pain associated with recent cocaine use. *Arch Intern Med.* 2010;170(10):874-9.

Naltrexone injectable à longue durée d'action pour le traitement de la dépendance à l'alcool: faisabilité en médecine de premier recours

Les traitements pharmacologiques des problèmes d'alcool sont rarement prescrits en médecine de premier recours malgré le fait que ces patients sont plus souvent vus en médecine générale que dans les spécialités. Cette étude de cas évalue la faisabilité de l'implémentation d'une combinaison de naltrexone injectable à longue durée d'action et d'une prise en charge médicale (avec conseil du médecin orienté vers la compliance médicamenteuse et l'abstinence) en médecine de premier recours. Le collectif comprenait 72 patients alcoolodépendants recrutés dans deux cliniques de médecine de premier recours appartenant à des hôpitaux de ville.

- 90% des patients (n=65) ont reçu une injection de naltrexone retard planifiée, 75% (n=49) ont reçu une deuxième injection planifiée et 62% (n=40) ont reçu une troisième injection planifiée.
- 16 parmi les 65 patients qui ont commencé le traitement ont été perdus au suivi. 5 patients supplémentaires ont interrompu le traitement en raison d'effets secondaires et 4 patients ont signalé que le traitement n'avait pas d'effet et qu'ils continuaient à boire de manière abusive.
- Deux patients ont présenté des effets secondaires sévères (une réaction sévère au site d'injection et une grossesse inattendue).

(suite en page 2)

Comité de rédaction

Rédacteur en chef

Richard Saitz, MD, MPH, FASAM, FACP
Professor of Medicine & Epidemiology
Boston University Schools of Medicine & Public Health

Rédacteur en chef adjoint

David A. Fiellin, MD
Associate Professor of Medicine
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

Associate Professor of Medicine & Health Policy & Management
University of Pittsburgh Schools of Medicine & Public Health

Hillary Kunins, MD, MPH, MS

Associate Clinical Professor of Medicine and Psychiatry & Behavioral Sciences
Albert Einstein College of Medicine

Darius A. Rastegar, MD

Assistant Professor of Medicine
Johns Hopkins School of Medicine

Jeffrey H. Samet, MD, MA, MPH

Professor of Medicine & Social & Behavioral Sciences
Boston University Schools of Medicine & Public Health

Jeanette M. Tetrault, MD

Assistant Professor of Internal Medicine
Yale University School of Medicine

Alexander Y. Walley, MD, MSc

Instructor of Medicine
Boston University School of Medicine
Medical Director, Narcotic Addiction Clinic
Boston Public Health Commission

Responsable de la publication

Donna M. Vaillancourt
Boston Medical Center

Traduction française

Service d'alcoologie
Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaires
Section d'addictologie
Département de Psychiatrie
CHUV— Lausanne

Naltrexone injectable à longue durée ... (suite page 1)

- La consommation quotidienne moyenne a diminué de 5.4 à 3.4 verres par jour avec des analyses en "intention de traitement"; cependant, parmi les 40 patients qui ont reçu les 3 injections, la consommation quotidienne d'alcool a diminué de 4.1 à 0.5 verres par jour.

Commentaires: le traitement pharmacologique par injection pour les dépendances est destiné à répondre au problème de l'adhésion médicamenteuse. L'étude suggère que l'injection de naltrexone à longue durée d'action accompagnée d'un suivi médical en médecine de premier recours est faisable. Une étude contrôlée incluant plus de patients, recrutés principalement en médecine de premier

recours et conçue pour pouvoir détecter des changements significatifs dans la consommation d'alcool au cours du temps, devrait être conduite pour apporter plus à la valeur de ce type de traitement en médecine de premier recours.

Dr Jean-Bernard Daeppen
(traduction française)
Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Lee JD, Grossman E, DiRocco D, et al. Extended-release naltrexone for treatment of alcohol dependence in primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 39(1); 2010: 14–21.

Héroïne injectable comme traitement de seconde ligne de l'addiction aux opiacés

Le traitement par agoniste opiacé (TAO) est le traitement le plus efficace de l'addiction aux opiacés, mais certains patients continuent à utiliser des opiacés illicites pendant le traitement, même avec des doses optimales de méthadone. Dans un essai randomisé ouvert, des chercheurs du Royaume-Uni ont comparé un traitement par méthadone orale à dose titrée sous supervision, un traitement par méthadone injectée quotidiennement et un traitement par injection de diacétylmorphine (héroïne) deux fois par jour parmi 127 patients recevant déjà un TAO et continuant à utiliser des opiacés illicites. Les traitements injectables furent complétés par de la méthadone orale lorsque les patients ne pouvaient pas se rendre à une des cliniques participant aux injections.

- A 26 semaines, 80% des participants participaient encore dans le traitement qui leur avait été attribué.
- L'objectif primaire était d'atteindre 50% ou plus de spécimens d'urine négatifs pour les opiacés et les impuretés associées à l'héroïne de rue. Les patients sous diacétylmorphine furent plus nombreux à atteindre cet objectif (72%) que ceux sous méthadone injectable (39%) ou orale (27%).
- L'abstinence ou la presque abstinence (maximum 2 tests positifs sur 12 semaines) était également plus fréquente dans le groupe diacétylmorphine.

Commentaires : Pour interpréter ces résultats objectivement, il pourrait être utile d'identifier la médication de diacétylmorphine comme une « nouvelle pharmacothérapie » qui réduit significativement l'usage d'héroïne illicite

parmi les patients présentant une addiction aux opiacés et qui continuent à s'injecter de l'héroïne en parallèle à un TAO. La limitation majeure de l'étude, le caractère ouvert de l'essai mis à part, reste le manque de mesures d'autres résultats que la persistance de l'usage de drogues illicites. On pourrait penser qu'un agoniste à courte durée d'action n'est pas le meilleur traitement pour les patients addicts aux opiacés en raison du besoin d'administration fréquente et de l'effet physiologique des fluctuations des taux sériques d'opiacés. Malgré cela, le traitement décrit ici améliorerait probablement les résultats parmi ceux pour qui les meilleurs traitements se révèlent inadéquats. La probabilité que des traitements d'héroïne, même supervisés, pour les patients addicts aux opiacés soient autorisés aux États-Unis reste cependant faible et ce qui se produit cliniquement dans les pays où de telles études ont été menées (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suisse, Allemagne, Canada, ...) devrait être source d'intérêt pour les régions où des enjeux non-scientifiques entravent le développement de ce type de programmes.

Dr Jean-Philippe Falcheri
(traduction française)
Richard Saitz MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence: Strang J, Metrebian N, Lintzeris N, et al. Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *Lancet*. 2010;375 (9729):1885–95.

L'intervention brève peut réduire la consommation d'alcool des patients admis aux urgences chez les patients alcoolo-dépendants, mais pas chez les consommateurs à risque

Peu d'études ont examiné l'impact du dépistage et de l'intervention brève auprès de patients dépendants de l'alcool. Ce rapport secondaire, issu d'un essai clinique randomisé (n=1'493), compare l'intervention motivationnelle brève (IMB) avec le traitement habituel (TH ; évaluation de la consommation et distribution d'une brochure d'information) parmi 1'336 patients dépendants à l'alcool qui se sont présentés dans un service d'urgence suite à un traumatisme. 588 patients ont été considérés comme dépendants à l'alcool. Les résultats ont été évalués téléphoniquement 6 et 12 mois plus tard avec des taux de suivi de 77% et 66%, respectivement. Les analyses ont été ajustées pour les facteurs confondants.

- L'intervention brève n'était significativement associée à aucun résultat indiquant une quelconque modification de consommation parmi les patients ne présentant pas une dépendance à l'alcool.
- A 12 mois, parmi les patients présentant une dépendance à l'alcool,
 - La moyenne du nombre de verres standard** consommés au cours d'une semaine a diminué de 12 dans le groupe IMB, contre 9,5 dans le groupe TH ;
 - Le nombre maximum de verres consommés au cours d'une seule journée a diminué de 9 dans le groupe IMB, contre 7 dans le groupe TH ;
 - Le nombre de jours d'abstinence était de 73% en moyenne dans le groupe IMB, contre 64% dans le groupe TH (d = -0.23)
 - L'IMB n'a pas eu d'impact sur les problèmes consécutifs à la consommation d'alcool, ni sur la fréquentation de traitements spécialisés ou individuels ou en groupe.

- Parmi les patients alcoolo-dépendants, un plus petit nombre de participants remplissait les critères de dépendance 6 mois plus tard dans le groupe IMB comparativement au groupe TH (45% vs 33%). Cet effet n'était toutefois pas significatif à 12 mois.

Commentaires : Ces résultats suggèrent que l'intervention motivationnelle brève peut avoir un impact positif sur des patients avec, mais pas sans dépendance à l'alcool. Cette découverte est surprenante et peut être due à l'utilisation d'analyses de sous-groupe ajustées. L'impact le plus grand sur la consommation chez les alcoolo-dépendants ayant reçu une IMB soulève l'hypothèse d'un possible biais de désirabilité sociale. Finalement, comme cette étude n'a inclus que des patients blessés, la question de savoir si une IMB aide des patients alcoolo-dépendants sans traumatisme reste entière.

Chloé Quinto-Briot
(traduction française)
Hillary Kunins, MD, MPH, MS
(version originale anglaise)

**Dans cette étude, 1 verre standard correspond à 3.5 dl de bière, 1.5 dl de vin ou 4.4 cl de spiritueux, (soit entre 12 et 14 g d'alcool par unité, ce qui est supérieur aux unités standard européennes)

Référence : Field CA, Caetano R. The effectiveness of brief intervention among injured patients with alcohol dependence : Who benefits from brief interventions ? *Drug Alcohol Depend.* May 19, 2010 [Epub ahead of print]

Prise en charge alcoologique brève dans une consultation spécialisée pour les patients souffrant d'hépatite C : résultats d'une étude observationnelle

Chez les patients souffrant d'hépatite C (HCV), on considère que la consommation d'alcool augmente le risque de cirrhose hépatique. De plus, une consommation excessive d'alcool peut limiter l'efficacité du traitement antiviral HCV. De nombreux patients souffrant d'hépatite C ont toutefois une consommation d'alcool à risque. Dans cette étude rétrospective (basée sur l'étude des dossiers médicaux des patients) menée chez 47 hommes avec une consommation excessive d'alcool* débutant une prise en charge dans une consultation spécialisée pour patients souffrant d'hépatite C, les chercheurs ont évalué l'impact d'une intervention alcoologique intégrée brève sur la consommation d'alcool et l'éligibilité au traitement antiviral HCV**. L'intervention brève était pratiquée par les cliniciens. Les patients étaient ensuite adressés pour un suivi alcoologique à un(e) infirmier(e) spécialiste en santé mentale présent(e) au sein de la consultation HCV. Au moment de l'étude des dossiers médicaux, les patients avaient été suivis pendant une période de 8 à 22 mois.

- 72% des patients qui ont reçu l'intervention brève ont accepté le suivi alcoologique avec un(e) infirmier(e) spécialiste en santé mentale.
- Au moment de la dernière consultation, 62% des patients déclaraient une réduction de leur consommation d'alcool de >50% (y compris 36% avec abstinence).
- Le nombre moyen de verres par jour de consommation s'est abaissé de 9.5 (entrée en traitement) à 3.8 (dernière consultation) (p<0.001).

- Seuls 6% des patients ont été exclus du protocole de traitement antiviral à cause de leur consommation d'alcool ou de drogue.

* Cinq unités standards (US, 14 grammes) ou plus par jour.

** Interferon et ribavirin.

Commentaires: Cette petite étude non contrôlée montre qu'intégrer le traitement de l'hépatite C et la problématique alcoologique est possible en clinique. Référer des patients pour un suivi alcoologique au sein même de la consultation HCV peut permettre d'améliorer l'accès des patients présentant des problèmes d'alcool aux soins spécialisés alcoologiques auxquels ils n'auraient sinon pas accès. Ceci peut mener à une baisse significative de la consommation d'alcool avec un impact positif sur l'éligibilité au traitement antiviral HCV et un ralentissement de la progression de l'atteinte hépatique. Ces résultats devraient toutefois pouvoir être reproduits dans des études contrôlées avant d'être considérés comme certains.

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

Référence: Dieperink E, Ho SB, Heit S, et al. Significant reductions in drinking following brief alcohol treatment provided in a hepatitis C clinic. *Psychosomatics.* 2010;51(2):149–56.

Rétention en traitement avec la naltrexone sous forme d'implant: prometteur mais pas concluant.

En augmentant l'adhérence au traitement, on émet l'hypothèse que la naltrexone à longue durée d'action (injectable) est plus efficace que les formes orales qui, dans l'ensemble, ont montré peu d'avantages par rapport aux placebos dans les traitements pour les patients dépendants aux opiacés. Dans cette étude observationnelle norvégienne, 61 patients recrutés à la sortie de traitements résidentiels (sans médication), ou de prison, ont reçu des implants de naltrexone à libération prolongée sur 5-6 mois. Le résultat principal mesuré était la rétention en traitement, définie par la pose d'un deuxième implant 4 à 6 mois après le premier. Des analyses multivariées de facteurs antérieurs au traitement associés à la rétention en traitement ont également été effectuées.

- 31 participants (51%) ont reçu un deuxième implant. 6 (10%) participants supplémentaires ont reçu un traitement de maintien par agonistes d'opiacés (3) ou se sont engagés dans un traitement résidentiel de longue durée (3).
- les facteurs pré-étude associés à la rétention en traitement ont été: moins d'utilisation de drogues par injection dans les 30 jours précédant l'entrée dans l'étude, (OR 0.9, $p=0.007$), une plus longue activité professionnelle (OR 1.4, $p=0.017$) et

moins de jours de préoccupations autour de problèmes familiaux (OR 1.7, $p=0.034$).

Commentaires: s'ajoutant à des résultats prometteurs de deux études précédentes, cette étude observationnelle non contrôlée suggère que la naltrexone à libération prolongée peut retenir les patients en traitement à des taux proches de ceux observés dans les programmes de traitement par agonistes d'opiacés. Il est cependant nécessaire d'effectuer des études comparatives d'efficacité, avec un traitement par agonistes d'opiacés comme bras de comparaison, avant de pouvoir recommander une utilisation large de la naltrexone à libération prolongée.

Dr Nathalie Terrier Fumagalli
(traduction française)
Hillary Kunins, MD, MPH, MS
(version originale anglaise)

Référence: Kunøe N, Lobmaier P, Vederhus JK, et al. Retention in naltrexone implant treatment for opioid dependence. *Drug Alcohol Depend.* May 28, 2010 [E-pub ahead of print].

La satisfaction des patients en traitement de substitution de méthadone est associée à la rétention en traitement et à un pronostic favorable

La substitution est un traitement efficace dans les contextes d'addictions opioïdes, mais la rétention en traitement (corrélée au pronostic favorable) reste un défi important. Or les connaissances sont lacunaires au sujet de la contribution de la satisfaction des patients au pronostic global d'évolution. Les chercheurs ont évalué 283 patients présentant une addiction aux opiacés entrant dans un des six centres de substitution de la région de Baltimore. La satisfaction des patients a été mesurée par la CEF (Texas Christian University Client Evaluation Form) et divisée en trois sous-échelles : les besoins en traitements, la satisfaction face au traitement et le recours à des services d'aide. Les chercheurs ont analysé la relation entre la satisfaction et l'Addiction Severity Index (ASI) à 3 mois, le résultat des prises d'urine à 3 mois et la rétention en traitement à 12 mois.

- Les patients qui sont restés en traitement pendant 12 mois se sont déclarés plus satisfaits du traitement à 3 mois que ceux qui ont quitté le programme.
- Les sous-échelles de la CEF étaient corrélées inversement au score de l'ASI reflétant les problèmes de drogue, les problèmes légaux et le nombre de jours d'utilisation de cocaïne et d'héroïne.
- Les patients qui ont rapporté une piètre satisfaction de traite-

ment avaient une probabilité majorée d'avoir des tests urinaires positifs pour l'héroïne ou la cocaïne.

Commentaires : Ce n'est pas une surprise de constater que la satisfaction des patients est corrélée au succès du traitement et la CEF pourrait s'avérer être un outil intéressant pour identifier les individus pouvant nécessiter plus de soins. On pourrait également l'utiliser pour évaluer les différents programmes ou les différents intervenants proposant des services de conseil. Toutefois, en l'état actuel des connaissances scientifiques, rien ne permet de dire qu'une amélioration du score CEF serait corrélée à une amélioration du pronostic global. La recherche pourrait se poursuivre sur ces enjeux.

Dr David Knobel
(traduction française)
Darius Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Référence: Kelly SM, O'Grady KE, Brown BS, et al. The role of patient satisfaction in methadone treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010;36(3):150-4.

Un traitement de buprénorphine dans une consultation HIV est efficace sur les aspects addictologiques mais n'améliore pas les paramètres HIV.

Offrir l'accès à un traitement de buprénorphine dans une consultation HIV peut avoir un effet bénéfique sur les aspects addictologiques et les paramètres HIV. Dans cette étude, 93 adultes HIV positifs, dépendants des opiacés, suivis par une consultation HIV ambulatoire, sont répartis au hasard entre un traitement de buprénorphine prescrit sur place et une prise en charge addictologique référée

vers un centre spécialisé où ils ont accès à un traitement de méthadone ou de buprénorphine.

Les sujets ont été suivis pendant 12 mois. Les paramètres mesurés comprennent les tests urinaires (héroïne, cocaïne), la participation au suivi addictologique, les contrôles HIV, le taux de lymphocytes CD4 et la virémie HIV.

Un traitement de buprénorphine dans une consultation HIV ... (suite page 4)

- Comparés au groupe des patients référés vers un centre spécialisé, les patients avec traitement de buprénorphine sur place :
 - ont débuté le traitement de substitution plus rapidement ;
 - restent significativement plus en traitement de substitution pendant les 12 mois de suivi ;
 - ont moins de tests urinaires positifs pour les opiacés ou la cocaïne (respectivement 44% versus 65 % et 54% versus 76%) ;
 - ont effectué plus de contrôles HIV (médiane 3.5 versus 3.0 contrôles) ;
- Il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes pour ce qui concerne le nombre de mois sous thérapie HIV, le taux de lymphocytes CD4, la virémie HIV, le nombre de consultations en urgence ou d'hospitalisation.

Commentaires : Cette étude, qui porte sur un nombre restreint de cas, montre qu'il est possible et efficace, dans une consultation HIV ambulatoire, de proposer un traitement de buprénorphine, mais ne démontre pas d'utilité en termes de résultats HIV. Cet impact serait probablement plus marqué dans les régions où les offres de prise en charge addictologique n'existent pas. De plus, dans cette étude, le traitement de buprénorphine et la prise en charge HIV

se déroulaient dans le même lieu, mais étaient assurés par des personnes différentes. Il est possible que les résultats seraient encore meilleurs si les deux traitements étaient assurés par la même personne (traitements intégrés).

Dresse Martine Monnat
(traduction française)
Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Références : Lucas GM, Chaudhry A, Hsu J, et al. Clinic-based treatment of opioid-dependent HIV-infected patients versus referral to an opioid treatment program. *Ann Intern Med.* 2010;152(11):704–11.

Note de la traductrice de l'abstract :

L'effet mesuré est lié à la possibilité d'accéder à un traitement de substitution dans le lieu de soins somatiques et pas à la buprénorphine qui a été utilisée dans cette étude, car la méthadone ne peut être prescrite aux USA que dans le cadre de programmes addictologiques spécialisés.

Caractérisation de la douleur et de son traitement chez des patients recevant un traitement de substitution aux agonistes des opiacés pour une dépendance aux opiacés?

La douleur non soulagée est fréquente chez des patients sous traitement de substitution aux agonistes des opiacés (TSO) pour une dépendance aux opiacés. Cette douleur est liée à un fonctionnement psychosocial faible et à un niveau de stress psychologique élevé. En plus, peu de programmes de TSO ont des prestations spécifiques pour le traitement de la douleur. Cette étude explore la prévalence et la nature de la douleur et de son traitement avant l'initiation d'un traitement spécifique chez des patients qui commençaient un TSO. Une attention particulière a été portée à des approches alternatives et complémentaires de la gestion de la douleur. 293 patients débutant un TSO dans un centre de traitement privé communautaire ont été inclus dans cette étude sur une période de 6 mois.

- 88 % des participants (=257) ont indiqué avoir souffert de douleurs durant la semaine précédente. Parmi eux, 17% ont indiqué une douleur légère, 44% une douleur modérée, et 39% une douleur sévère, voire ingérable.
- 67% des participants ayant reporté une douleur légère, modérée ou sévère ont décrit une anamnèse positive pour une douleur chronique.
- Les participants qui ont indiqué une douleur récente d'intensité au moins modérée ont utilisé des approches conventionnelles de gestion de la douleur plus souvent que des approches alternatives ou complémentaires. L'approche conventionnelle la plus générale était la médication analgésique en vente libre (> 40%), et l'approche alternative la plus appliquée était la prière (> 20%).
- Presque 30% des participants ont indiqué une utilisation d'une

médication à base d'opiacés durant la semaine précédente. 13% des participants qui n'avaient pas d'anamnèse positive pour une douleur chronique et 20 % de ceux qui en avaient une ont indiqué avoir utilisé des benzodiazépines au cours des 7 jours précédents dans le but de réduire leur douleur.

- 67% des participants reconnaissent intégrer des prestations de traitement de la douleur dans le programme de TSO dont ils faisaient partie.

Commentaire: bien que ces résultats ne soient peut-être pas généralisables, un éventuel biais de réponse et les informations manquantes quant à la comorbidité physique, psychiatrique et relative aux tentatives antérieures de traitement médicamenteux, ces résultats suggèrent qu'il y a un besoin pour investiguer davantage la comorbidité de la douleur chronique et la gestion de la douleur chez des patients dépendants aux opiacés. Des évidences plus concluantes pourraient avoir des répercussions sur la gestion des ressources dans des programmes de TSO.

Dr Ansgar Rougemont-Bücking
(traduction française)
Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Barry DT, Beitel M, Cutter CJ, et al. Conventional and nonconventional pain treatment utilization among opioid dependent individuals with pain seeking methadone maintenance treatment: A needs assessment study. *J Addict Med.* 2010;4(2):81–7.

IMPACT SUR LA SANTE

Est-ce que le fait d'être hospitalisé pour une cause attribuable à l'alcool est associé à une diminution de la consommation d'alcool après l'hospitalisation ?

Afin d'évaluer s'il existe une association entre l'état de santé physique et les consommations d'alcool après une hospitalisation, des chercheurs ont conduit une analyse secondaire de données issues d'une étude randomisée incluant 341 patients consommateurs d'alcool à risque ayant bénéficié d'une intervention brève lors de leur séjour hospitalier. Des modèles ajustés séparés ont été utilisés pour tester l'association entre 5 mesures de santé physique (comorbidités médicales récentes, comorbidités médicales de longue durée, état de santé physique, diagnostic médical lié à l'alcool et si le principal diagnostic d'admission était attribuable à la consommation d'alcool) et le nombre de jours de consommation abusive d'alcool (consommation à risque)* dans les 30 jours avant l'évaluation de 3 mois post-hospitalisation.

- En général, il n'y avait aucune association entre les 5 mesures de santé physique et le nombre de jours de consommation abusive d'alcool.
- Dans les analyses d'interaction, le fait que le principal diagnostic après l'hospitalisation soit attribué à la consommation d'alcool était associé à un nombre de jours de consommation abusive d'alcool significativement inférieur chez les participants présentant un niveau de conscience peu élevé d'une problématique d'alcool lors de l'admission hospitalière (aRR, 0.36) ou chez les participants non-dépendants à l'alcool (aRR, 0.10).
- Un diagnostic principal d'admission attribuable à la consommation d'alcool était présent chez 4 participants non-dépendants

à l'alcool et 9 individus avec une conscience peu élevée d'un problème d'alcool.

*5 boissons alcoolisées par jour pour les hommes et 4 boissons alcoolisées par jour pour les femmes.

Commentaires : Ces résultats intéressants suggèrent qu'un motif principal d'hospitalisation attribuable à l'alcool pourrait agir comme un « signal d'alarme » pour les patients hospitalisés pour des raisons médicales présentant un niveau de conscience peu élevé d'une problématique d'alcool lors de l'admission hospitalière ou chez les patients non-dépendants à l'alcool. Les résultats mettent en évidence que des interventions hospitalières de base peuvent être plus efficaces si elles se concentrent sur le lien entre des diagnostics attribuables à l'alcool et la consommation d'alcool auprès des patients appropriés. Cependant, il est important de noter que cela ne pourrait s'appliquer qu'à une petite minorité de patients hospitalisés présentant une utilisation d'alcool nuisible pour la santé.

Daniela Dunker Scheuner
(traduction française)
Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Williams EC, Palfai T, Cheng DM, et al. Physical health and drinking among medical inpatients with unhealthy alcohol use: a prospective study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010;34(7):1-9.

L'association "paradoxe" entre la consommation modérée d'alcool et le diabète de type 2 est-elle le résultat d'autres habitudes liées à un style de vie sain ?

Pour déterminer si l'association entre la consommation modérée d'alcool et le risque réduit de développer un diabète de type 2 pourrait être liée à une combinaison de comportements liés à un style de vie sain, des chercheurs de l'étude hollandaise „European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-NL)” ont analysé prospectivement les données de 35'625 participants âgés entre 20 et 70 ans, exempts de diabète, de maladies cardiovasculaires et de cancer entre 1993-1997 et les ont classés dans les groupes à faibles facteurs de risques suivants : consommation modérée d'alcool, poids optimal, activité physique régulière, non-fumeurs et régime alimentaire sain.* Les scores allaient de 0 (aucun comportement protecteur) à 4 (comportements protecteurs tous présents).

Sur un suivi moyen de 10.3 ans, 796 nouveaux cas de diabète de type 2 furent recensés.

En comparaison avec une population abstinentes, le risque relatif de développer un diabète de type 2 parmi les consommateurs modérés d'alcool, après ajustements multivariés, se présentait comme suit :

- 0.35 pour les participants de poids normal
- 0.65 pour les participants physiquement actifs
- 0.54 pour les non-fumeurs
- 0.57 pour les participants avec régime alimentaire sain et
- 0.56 pour les participants avec au moins 3 comportements protecteurs.

*La consommation modérée d'alcool = 5.0-14.9 grammes d'alcool par jour pour les femmes et 5.0-29.9 g par jour pour les hommes; le poids optimal = BMI < 25; les participants physiquement actifs = ≥ 30 minutes d'activité par jour; et le maintien d'un régime sain = adhésion générale aux Approches diététiques des directives pour stopper l'hypertension [DASH].

Commentaires : Dans cette étude, la consommation modérée d'alcool est associée à un risque approximatif de 40 % inférieur de développer un diabète de type 2 en comparaison à une population abstinentes, ceci chez des sujets déjà à faible risque de développer un diabète de type 2 en raison de multiples comportements liés à un style de vie sain. Pour les épidémiologistes, la question reste ouverte de savoir si le risque plus faible chez les consommateurs modérés est dû à l'alcool lui-même ou s'il est lié à d'autres facteurs de style de vie; toutefois, les résultats de cette étude indiquent que cette association ne peut pas être expliquée uniquement par le style de vie sain des buveurs modérés.

Dr Chantal Bochud Tornay
(traduction française)
R. Curtis Ellison, MD
(version originale anglaise)

Référence: Joosten MM, Grobbee DE, van der A DL, et al. Combined effect of alcohol consumption and lifestyle behaviors on risk of type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr.* 2010;91(6):1777-83.

Est-ce que la consommation d'alcool d'un individu est influencée par celle de son réseau social et familial?

Les comportements à risque pour la santé tels que le tabagisme, l'obésité et les maladies sexuellement transmissibles peuvent voyager au sein d'un réseau social donné. Afin de déterminer si et comment les habitudes de consommation d'alcool se propagent au travers d'un réseau social (amis, collègues de travail, fratrie, époux, voisins), des chercheurs ont analysé des données longitudinales d'une cohorte de 12'067 individus participant à une large étude américaine sur les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (« The Framingham Heart Study »). Ces participants ont été interrogés tous les deux à quatre ans entre 1971 et 2003. Les connections sociales de 5'124 individus (dits « centraux ») ont été enregistrées à chaque phase de l'étude, jusqu'au troisième degré (1^{er} degré : ami proche ; 2^{ème} degré : ami d'un ami ; 3^{ème} degré : ami d'un ami d'un ami), ainsi que la consommation d'alcool auto-reportée des individus centraux et des membres de leur réseau (nombre de consommations d'alcool par semaine sur l'année écoulée et nombre de jours de consommation durant la semaine écoulée).

Les résultats sont les suivants :

- 22% des individus centraux présentent une consommation d'alcool à risque (selon les normes définies par l'OMS) et 15% sont abstinents.
- L'individu central du réseau a 50% plus de chances de présenter une consommation d'alcool à risque si les membres du réseau social de premier degré présentent une consommation d'alcool à risque, 36% de plus si ce sont ceux du deuxième degré qui ont une telle consommation et 15% de plus si ce sont ceux du troisième degré.
- La probabilité que l'individu central du réseau présente une consommation d'alcool à risque augmente de 18% à chaque contact social ayant une consommation d'alcool à risque.
- La probabilité que l'individu central du réseau présente une consommation d'alcool à risque augmente de 154% si l'un de ses contacts sociaux féminins développe une consommation d'alcool à risque. L'augmentation de la consommation n'est par contre pas significative s'il s'agit d'un contact social masculin.
- Les individus centraux des réseaux sont plus à risque de présenter une consommation d'alcool à risque si leur conjoint-e ou un membre de leur fratrie a une consommation d'alcool à risque. Ce phénomène ne s'observe pas s'il s'agit d'un voisin ou d'un collègue de travail.
- Un pattern de résultats similaire à celui identifié pour les comportements de consommation d'alcool à risque s'observe pour l'abstinence d'alcool chez l'individu central du réseau.

Commentaire : Ces résultats intéressants suggèrent que les comportements de consommation d'alcool, tant l'abstinence que la consommation à risque, ne sont pas uniquement influencés par le réseau social proche (famille et amis), mais également par des contacts sociaux plus distants. Les interventions en santé publique et cliniques pour réduire les comportements de consommation d'alcool à risque pour la santé devraient par conséquent viser tant les individus que les groupes sociaux.

Alicia Seneviratne
(traduction française)
Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Rosenquist JN, Murabito J, Fowler JH, et al. The spread of alcohol consumption behavior in a large social network. *Ann Intern Med.* 2010;152(7):426-33.

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques est une lettre d'information gratuite diffusée en version anglaise par Boston Medical Center, soutenue par the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (la branche alcool et alcoolisme de l'Institut National de la Santé aux Etats-Unis). 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 consultez 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