

## TABLE DES MATIERES

### EVALUATIONS & INTERVENTIONS

Revue systématique : aucune preuve de l'efficacité du dépistage et de l'intervention brève chez les patients présentant une consommation massive d'alcool ou une dépendance. Page 1

SBIRT aux urgences: pas d'effet à 6 et 12 mois. Page 1

Est-ce que le dépistage alcoologique à l'aide d'une question unique peut détecter également l'usage de drogues? Page 2

Risque de décès durant les traitements aux agonistes opiacés dans les centres de soins de premier recours au Royaume-Uni. Page 3

Y-a-t-il une relation dose-réponse entre les doses de méthadone prises par la mère durant la grossesse et le risque de syndrome d'abstinence néonatal (ou addiction passive du nouveau-né)? Page 3

L'acamprosat présente une certaine efficacité dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Page 3

Renforcement du dépistage de l'alcool dans le système de soins des vétérans de l'armée américaine : résultats incompatibles. Page 4

Utiliser l'alcool pour s'endormir est un signe de consommation à risque pour la santé. Page 4

Les patients avec des douleurs chroniques présentant une utilisation abusive de médicaments prescrits ont des facteurs de risque aisément identifiables. Page 5

Le traitement motivationnel est plus efficace que le traitement cognitivo-comportemental pour les personnes alcoolo-dépendantes ayant une motivation basse. Page 5

Avoir moins de 65 ans et une histoire liée à des troubles psychiatriques ou à une consommation d'opiacés prescrits par ordonnance. Page 6

### IMPACT SUR LA SANTE

Consommation d'alcool et infections peuvent déclencher un accident vasculaire cérébral. Page 6

Atteintes sociétales et individuelles liées à des substances spécifiques. Page 7

Mortalité accrue chez les patients infectés par le VIH présentant des troubles psychiatriques ou une toxicomanie non traitées. Page 7

Le mode de consommation et le type d'alcool consommé modifient l'effet de l'alcool sur le risque de maladie coronarienne. Page 8

# Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

NOVEMBRE — DÉCEMBRE 2010

## Evaluations et Interventions

### Revue systématique : aucune preuve de l'efficacité du dépistage et de l'intervention brève chez les patients présentant une consommation massive d'alcool ou une dépendance.

Le dépistage de la consommation d'alcool à risque (avec ou sans dépendance) étant intégré dans le cadre des soins de premier recours, un grand nombre de patients présentant une dépendance ou une consommation massive sont dès lors identifiés. La plupart des études portant sur le dépistage et l'intervention brève dans les soins de premier recours excluent de tels patients, limitant ainsi la généralisabilité des résultats obtenus. Cette revue systématique a inclus des essais contrôlés randomisés de patients présentant une consommation d'alcool à risque (détectée par dépistage) et recevant une intervention brève. Seize essais contrôlés randomisés ont été inclus dans la revue.

- Quatorze études excluent les patients présentant une dépendance ou une consommation massive d'alcool.
- Les deux études restantes sont de petite taille, ont été réalisées sur un seul site et effectuées sur un échantillon de population spécifique (l'une chez des femmes, l'autre chez des Américains d'origine mexicaine). Aucune de ces deux études ne met en évidence une association entre l'intervention brève et une amélioration en termes de sévérité de la dépendance ou en termes de consommation d'alcool.

Commentaires : la conclusion la plus saisissante dans cette revue systématique est le manque de preuves parlant en faveur d'un effet de l'intervention brève sur les patients en médecine de premier recours présentant une dépendance à l'alcool ou une consommation massive. Bien que cette étude présente quelques limitations méthodologiques, comme la présence d'un seul évaluateur et le recours à des revues systématiques antérieures comme seul moyen d'identifier les études publiées, ces résultats mettent en évidence la nécessité de développer et tester des interventions, qu'elles soient brèves ou plus intensives, pour les patients présentant des problèmes d'alcool sévères détectés en médecine de premiers recours.

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

Référence : Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alc Rev.* 2010;29(6):631-640.

### SBIRT aux urgences: pas d'effet à 6 et 12 mois

(SBIRT = "Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment", soit dépistage, intervention brève et envoi en traitement)

Bien que le SBIRT ait montré son efficacité en médecine de premier recours, l'amélioration est principalement limitée aux consommateurs non-dépendants et cette méthode est rarement utilisée dans les conditions de vie réelle. En 2007, des chercheurs ont mené une étude SBIRT non randomisée et quasi-expérimentale sur 1132 patients se présentant dans 14 services d'urgences de centres universitaires des États-Unis. Les patients du groupe expérimental ont réduit leur consommation d'alcool à 3 mois par rapport à ceux qui ont reçu des informations écrites. Cette étude fait part des résultats à 6 et 12 mois.

- Le taux de suivi était de 63%, 52%, et 38% à 3, 6 et 12 mois respectivement.
  - Bien que le groupe SBIRT ait montré une réduction moyenne de la consommation d'alcool de 3 verres par semaine à 3 mois par rapport au groupe témoin\*, cet effet a disparu à 6 et 12 mois, malgré l'utilisation de méthodes statistiques sophistiquées pour tenir compte des patients perdus durant le suivi.
- \*Les données à 3 mois n'ont pas été ajustées pour l'attrition.

Commentaires: la preuve de l'efficacité à moyen et long terme du dépistage et de l'intervention

(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  
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)  
Lausanne

## SBIRT aux urgences... (suite page 1)

brève aux urgences dans des conditions de vie réelle continue à faire défaut, et la preuve de l'efficacité à court terme est controversée dans les essais cliniques. Des séances de rappel ou des interventions plus importantes pourraient augmenter ou maintenir les effets à court terme, mais l'attrition démontrée dans cette étude soumise aux conditions réelles suggère que ces méthodes seraient compliquées à appliquer à une population difficile à contacter.

Dr Floriane Seydtaghia  
(traduction française)  
Nicolas Bertholet, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence: Academic ED SBIRT Research Collaborative. The impact of screening, brief intervention and referral for treatment in emergency department patients' alcohol use: a 3-, 6- and 12-month follow-up. *Alcohol Alcohol*. 2010;45(6):514-519.

## Est-ce que le dépistage alcoologique à l'aide d'une question unique peut détecter également l'usage de drogues ?

Des études récentes ont validé une question unique (\*) pour dépister la consommation d'alcool à risque.

Les chercheurs ont examiné les données du « 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions » (n=43'093 adultes) pour déterminer si cette question pouvait aussi identifier les consommateurs de substances et les consommateurs présentant des troubles liés à la consommation dans les catégories suivantes : toute substance illégale, marijuana, cocaïne, et/ou abus de médicaments. Le critère standard était un entretien diagnostique structuré réalisé par un intervenant formé.

- La prévalence de la consommation de substance sur l'année écoulée était la suivante : utilisation de substance sur l'année écoulée, 6.2% ; troubles liés à l'utilisation sur l'année écoulée, 2.0% ; syndrome de dépendance sur l'année écoulée, 0.6%.
- Pour les catégories utilisation, troubles liés à l'utilisation et syndrome de dépendance aux substances, la sensibilité allait de 63 à 72%, et la spécificité de 77 à 79%, en utilisant une valeur discriminante de 5+/4+ unités à une ou plusieurs occasions par année.
- Pour l'usage de marijuana, la sensibilité allait de 72 à 78%, et la spécificité de 77 à 78%.
- Pour l'usage de cocaïne, la sensibilité était de 77.6%, et la spécificité de 84.5%, en utilisant une valeur discriminante de 5+/4+ unités à 7 ou plus occasions par année.
- La question unique n'a pas atteint le seuil de 60% de sensibilité pour l'abus de médicaments.
- Pour les différentes catégories, la proportion de personnes détectées positives qui présentaient effectivement la condition

(valeurs prédictives positives) allait de 1.9 à 23.4% pour l'utilisation de substances, de 0.9 à 9.6% pour les troubles liés à l'utilisation et de 0.5 à 1.9% pour le syndrome de dépendance, avec les valeurs les plus basses pour la cocaïne, suivie par l'abus de médicaments, la marijuana, puis toutes substances confondues.

(\*) Combien de fois, sur l'année écoulée, avez-vous consommé X ou plus unités sur une journée ? X correspondant à 5 unités pour les hommes et 4 unités pour les femmes (5+/4+).

Commentaires : la détection de l'usage de drogues peut être vue comme une valeur ajoutée du dépistage de la consommation d'alcool à risque, pratique recommandée par la « United States Preventive Services Task Force ». Il est cependant important de relever que le dépistage par une question unique a été pratiqué par une équipe entraînée, au sein d'un protocole de recherche, non dans un cadre clinique et après qu'une série de questions sur l'usage de substances et d'alcool ait été posée. Les résultats devront être validés dans un contexte clinique. En outre, cette méthode a une faible sensibilité pour dépister l'abus de médicaments, alors que ce problème est en augmentation en médecine de premier recours.

Dr Corinne Sudan  
(traduction française)  
Alexander Y. Walley, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence: Dawson DA, Compton WM, Grant BF. Frequency of 5+/4+ drinks as a screener for drug use and drug-use disorders. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71(5):751-760.

## Risque de décès durant les traitements aux agonistes opiacés dans les centres de soins de premier recours au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, les traitements aux agonistes opiacés (TAO) à la méthadone ou à la buprénorphine sont principalement prescrits dans les centres de soins de premier recours. On constate que lors de TAO, c'est en début et en fin de traitement que le risque de décès par overdose est le plus grand. Dans cette étude, les investigateurs ont mesuré l'association entre les TAO délivrés dans les centres de soins de premier recours du Royaume-Uni et la mortalité toutes causes confondues au début d'un TAO ou consécutivement à un TAO. L'échantillon se composait de 5'577 patients ayant reçu au moins une ordonnance pour de la méthadone ou de la buprénorphine entre 1990 et 2005.

- Trois pour-cent des patients (n=178) sont décédés pendant le TAO ou dans l'année qui a suivi la dernière ordonnance. Parmi eux, 35% (n=62) sont décédés en cours de traitement.
- Le taux de mortalité chez les patients ne recevant pas de traitement était presque deux fois plus élevé que chez ceux qui recevaient un TAO (1.3 vs 0.7 pour 100 années-personnes).
- Après ajustement pour tenir compte des caractéristiques démographiques, des comorbidités et de l'année civile, le ratio du taux de mortalité était deux fois plus élevé (2.3) que chez les patients ne recevant pas de traitement.

- Le ratio du taux de mortalité ajusté était 2 à 3 fois plus élevé dans les 4 premières semaines de TAO, mais 8 à 9 fois plus élevé dans les 4 premières semaines après l'arrêt du traitement (plus élevé qu'à n'importe quel autre moment pour les patients recevant le traitement).

Commentaires : dans l'ensemble, le risque de décès pendant un TAO était inférieur au risque de décès sans traitement. Bien que cette étude n'ait pas été en mesure d'établir la cause des décès, les résultats suggèrent que des protocoles d'induction standardisés pour les TAO (en particulier pour la méthadone) revêtent une importance primordiale.

Ruth Borloz  
(traduction française)  
Jeanette M. Tetrault, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Cornish R, Macleod J, Strang J, et al. Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *BMJ*. 2010;341:c5475.

## Y-a-t-il une relation dose-réponse entre les doses de méthadone prises par la mère durant la grossesse et le risque de syndrome d'abstinence néonatal (ou addiction passive du nouveau-né) ?

Afin de déterminer s'il existe une relation dose-réponse entre les doses de méthadone prises durant la grossesse et la survenue d'un syndrome d'abstinence néonatal (SAN), des chercheurs ont mené une revue systématique avec méta-analyse de la littérature publiée de 1966 à 2009. Parmi les 212 études ayant étudié l'usage de méthadone par la mère durant la grossesse et le SAN, 67 remplissaient les critères d'inclusion (28 études de cohorte rétrospectives, 37 études de cohorte prospectives et 2 essais cliniques randomisés)

19 études trouvent une association entre la dose de méthadone et l'incidence, la sévérité ou la durée du SAN, alors que 18 ne mettent pas cette association en évidence. Les 30 études restantes n'ont pas étudié cette association.

Parmi les 29 études incluses dans la méta-analyse (soit les études fournissant des données d'incidence pour le SAN pour divers dosages de méthadone), aucune différence significative dans l'incidence de SAN n'a pu être mise en évidence entre des doses faibles ou élevées de méthadone à l'exception des comparaisons entre les femmes ayant reçu  $\leq 20$  mg avec  $> 20$  mg (Risque relatif [RR], 0.52) ou des comparaisons entre les femmes ayant reçu  $\leq 40$  mg avec  $> 40$  mg (RR 0.69).

Ces différences disparaissent lorsque les analyses sont limitées aux études prospectives ou aux études utilisant un système de scoring objectif pour diagnostiquer le SAN.

Commentaire : des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si la dose de méthadone maternelle est un déterminant important du SAN. Même si le SAN n'est que l'un des risques à prendre en considération lors du monitoring de la prise de méthadone chez la femme enceinte, les preuves fournies par cette revue systématique de bonne qualité, couplées aux objectifs de même, voire de plus grande importance que sont la gestion des symptômes de sevrage, le maintien de l'abstinence et la stabilité de la mère suggèrent que diminuer les doses de méthadone durant la grossesse dans le but de diminuer l'incidence du SAN n'est pas justifié au regard de la littérature actuelle.

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

Référence: Cleary BJ, Donnelly J, Strawbridge J, et al. Methadone dose and neonatal abstinence syndrome-systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2010;105(12):2071-2084.

## L'acamprosate présente une certaine efficacité dans le traitement de la dépendance à l'alcool

Des études de grande envergure ont remis en question l'efficacité de l'acamprosate dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Les chercheurs de la Collaboration Cochrane ont recensé des écrits sur l'acamprosate en sélectionnant les études randomisées, en double aveugle, versus placebo et ont identifié, parmi 6'915 patients atteints d'un syndrome de dépendance à l'alcool, 24 patients qui témoignaient de résultats sur leur consommation. Tous les patients inclus dans ces études bénéficiaient d'un traitement psychosocial en parallèle. Le traitement par acamprosate durait

entre 8 semaines et 1 an, la plupart des patients recevant le traitement pendant 6 mois. La majorité des études nécessitait une abstinence de 3 à 7 jours avant de commencer la médication ; 2 études demandaient 12 à 14 jours d'abstinence et 1 étude comportait la moitié des participants qui consommaient de l'alcool au début de la médication. La majorité des études ont été réalisées en Europe, 2 aux Etats-Unis, et 3 à l'extérieur de l'Europe.

(suite en page 4)

## L'acamprosate présente une certaine efficacité... (suite page 3)

- En comparaison au placebo, l'acamprosate augmentait significativement l'abstinence continue rapportée par les patients (25% versus 17%) (Risque Relatif de reprise de la consommation d'alcool à 0.82) et le nombre de jours d'abstinence cumulés (11 jours de plus), mais n'avait pas d'effet sur la proportion d'alcoolisations massives, ni sur le taux de gamma glutamyltransferase.
- L'unique effet secondaire retrouvé plus fréquemment sous acamprosate que sous placebo était les diarrhées (risque supérieur de 11%).
- 3 études comparaient les effets de l'acamprosate avec ceux de la naltrexone et ne rapportaient pas de différence significative ni en comparant ni en combinant les 2 médicaments.
- Les études réalisées à l'extérieur de l'Europe ne rapportaient pas de résultats significatifs de l'acamprosate.

Commentaires : ces études confirment l'efficacité de l'acamprosate dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Cependant, à

l'inverse de la naltrexone, l'acamprosate ne semble pas réduire les alcoolisations massives. Les raisons qui pourraient expliquer l'absence de résultats significatifs dans les études réalisées à l'extérieur de l'Europe peuvent être qu'une des 5 études ne nécessitait pas d'abstinence avant le début du traitement et que 3 autres études étaient de faible envergure. Malgré des résultats faibles, l'acamprosate doit rester une possibilité de traitement, car la dépendance à l'alcool est un grave problème et les autres traitements existants n'ont montré que des succès limités.

Dr Elena Marzouk  
(traduction française)  
Richard Saitz, MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence : Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Sys Rev.* 2010;9 :CD004332.

## Renforcement du dépistage de l'alcool dans le système de soins des vétérans de l'armée américaine: résultats incompatibles

Bien que les essais cliniques démontrent que le dépistage de la consommation d'alcool dans les soins de premiers recours est efficace dans l'identification des troubles liés à l'alcool, la performance du dépistage dans la vie quotidienne n'a pas été évaluée. En utilisant un échantillon national de 6'861 patients ambulatoires dans le système de soins des vétérans, les auteurs ont comparé les résultats de l'AUDIT-C\* obtenus durant une prise en charge clinique avec les résultats de l'AUDIT-C obtenus par des questionnaires envoyés par la poste. Un score de  $\geq 5$  était considéré comme positif.

- Les résultats étaient discordants chez 561 patients (8%): 468 des 765 patients (61%) qui étaient dépistés positifs dans l'enquête par courrier avaient un dépistage clinique négatif, alors que 93 des 390 patients (24%) qui étaient dépistés positifs en clinique, étaient dépistés négatifs par courrier.
- Les facteurs associés indépendamment avec la discordance dans les analyses multivariées incluaient les Noirs/Afro-Américains (odds ratio [OR], 2.1), les sites de réseaux de vétérans (le plus haut OR, 11.7) et le score du questionnaire postal (en comparaison avec un score de 0, un score de 3-4=OR, 8.9; un score de

5-7=OR, 69; et un score de 8-12=OR,46).

\*Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption

Commentaires: les résultats suggèrent que l'extension du dépistage de la consommation d'alcool en situation de vie quotidienne n'est pas infaillible. Bien que cette étude ne prenne pas en compte les stratégies spécifiques d'implémentation du dépistage sur chaque site, il est important de rappeler que des taux élevés de dépistage ne correspondent pas nécessairement à une qualité élevée de dépistage.

Dr Géraldine Pralong d'Alessio  
(traduction française)  
Hillary Kunins, MD, MPH, MS  
(version originale anglaise)

Référence: Bradley KA, Lapham GT, Hawkins EJ, et al. Quality concerns with routine alcohol screening in VA clinical settings. *J Gen Int Med.* September 22, 2010 [E-pub ahead of print].

## Utiliser l'alcool pour s'endormir est un signe de consommation à risque pour la santé

L'insomnie et les autres troubles du sommeil sont fréquemment rencontrés en médecine de premier recours. Les investigateurs ont analysé des données sur le sommeil et l'usage d'alcool rapportées par 1'699 patients ayant vu l'un des 94 médecins participant à un réseau de recherche.

Le nombre d'heures de sommeil, la qualité du sommeil, les difficultés à dormir ou à rester éveillé, l'apnée du sommeil et l'usage d'hypnotiques n'étaient pas associés de manière significative avec une consommation à risque pour la santé\*. Cependant, 62% des patients déclarant utiliser l'alcool comme aide pour s'endormir au moins une fois par mois présentaient une consommation à risque pour la santé, tandis que seuls 19% de ceux n'utilisant pas l'alcool comme aide pour s'endormir présentaient

une consommation à risque pour la santé (Odds ratio 4.5 pour une consommation à risque pour la santé vs consommation modérée<sup>†</sup> après ajustement pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et quel médecin a vu le patient)

\*définition: Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C)  $\geq 4$  pour les hommes et  $\geq 3$  pour les femmes ou réponse positive à l'une des deux questions sur la présence de consommations en plus grandes quantités que prévu ou dans des situations où le patient aurait pu être blessé.

<sup>†</sup> consommation d'alcool mais sans remplir les critères pour une consommation à risque pour la santé.

(suite en page 5)

## Utiliser l'alcool pour s'endormir... (suite page 4)

Commentaires: le fait que cette étude n'a pas pu mettre en évidence de lien entre consommation d'alcool et troubles du sommeil est probablement en lien avec l'échantillon observé et des problèmes méthodologiques et ne signifie pas que les effets bien documentés de l'alcool sur le sommeil n'existent pas. Le message à retenir est que lorsqu'un patient rapporte une consommation d'alcool comme aide pour dormir, le clinicien devrait suspecter une consommation à risque pour la santé et poursuivre les investigations afin de confirmer sa présence ou son absence.

Nicolas Bertholet, MD, MSc  
(traduction française)  
Richard Saitz, MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence: Vinson DC, Manning BK, Galliher JM, et al. Alcohol and sleep problems in primary care patients: a report from the AAFP National Research Network. *Ann Fam Med*. 2010;8(6):484–492.

## Les patients avec des douleurs chroniques présentant une utilisation abusive de médicaments prescrits ont des facteurs de risque aisément identifiables.

De nombreuses études ont identifié des facteurs de risque pour le développement d'une utilisation abusive de médicaments (UAM), mais manquent de généralisabilité de par la spécificité de leur contexte (cliniques de la douleur) et de l'utilisation de mesures indirectes telles que des prises anormales de médicaments ou des tests d'urine.

Dans cette étude, les patients souffrant de douleurs chroniques qui prenaient des analgésiques, soumis à prescription ou non, ont été recrutés dans la salle d'attente d'un centre urbain de médecine de premier recours. Les chercheurs ont utilisé les critères diagnostiques du DMS-IV pour identifier les patients avec un historique d'abus/dépendance de substance ou d'abus/dépendance d'alcool.

- Sur 597 patients interviewés, 110 (18.4%) remplissaient les critères diagnostiques d'un historique d'UAM, et 146 (25.4%) remplissaient ceux d'une utilisation abusive d'une autre substance (UAAS). Nonante pour-cent des patients avec UAM remplissaient également les critères pour une UAAS.
- Les facteurs de risque associés à une UAM incluaient : séjour en prison (rapport de chances [RC], 5.1), plus grandes limitations dues aux douleurs (RC, 3.8), race blanche (RC, 3.2), genre masculin (RC, 1.9) et syndrome de stress post traumatique (RC, 1.9).

- Les facteurs de risque pour une UAAS étaient identiques, mais incluait également violence conjugale et dépression.
- Tous les patients avec une UAM avaient au moins deux des facteurs de risque, et 93% de ceux ayant six facteurs de risque ou plus avaient une UAM.

Commentaires : cette étude montre que les patients à risque de développer une UAM peuvent être aisément identifiés à l'aide de quelques simples questions. La question reste entière quant à quoi faire pour aider ces patients. Tout au moins, une surveillance plus minutieuse et une prescription judicieuse d'opioïdes et de sédatifs est de rigueur.

Julien Flückiger  
(traduction française)  
Darius A. Rastegar, MD  
(version originale anglaise)

Référence : Liebschutz JM, Saitz R, Weiss RD, et al. Clinical factors associated with prescription drug use disorder in urban primary care patients with chronic pain. *J Pain*. 2010;11(11):1047–1055.

## Le traitement motivationnel est plus efficace que le traitement cognitivo-comportemental pour les personnes alcoolo-dépendantes ayant une motivation basse

Cette étude a réexaminé les données de motivation des patients dans le projet MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity), une étude de 1993 qui examinait comment l'interaction patient-traitement influence les résultats du traitement. Bien que les analyses originales ne montraient pas que le traitement d'augmentation de la motivation (motivation enhancement treatment, MET) était plus efficace que le traitement cognitivo-comportemental (TCC) pour diminuer le nombre de jours avec consommation d'alcool chez les sujets de l'étude ayant une motivation basse, ces mêmes analyses ne considéraient pas de manière adéquate l'influence potentielle de facteurs modérateurs tels que la sévérité de la dépendance ou le sexe. Les auteurs de la présente étude ont utilisé une analyse par 'growth-mixture modeling' pour réévaluer l'hypothèse d'un appariement entre niveau de motivation et traitement.

- Dans l'échantillon de patients ambulatoires (n=617), 69% des sujets attribués au traitement MET avec une motivation en-dessous de la moyenne à l'inclusion avaient une augmentation

plus faible de leur consommation durant le suivi en comparaison des sujets similaires attribués au traitement TCC. Le même effet était observé parmi les patients postcure, mais seulement chez les femmes.

- Inversement, les patients postcure attribués au traitement MET avec une alcoolo-dépendance sévère et la motivation la plus basse avaient l'augmentation la plus importante dans la fréquence de consommation.

Commentaires : bien qu'il s'agisse de résultats d'analyses post-hoc, ajustées, de sous-groupes et dans un échantillon sélectionné, et bien que les effets varient selon des facteurs en apparence non reliés à la sévérité ou à la motivation (par exemple le sexe), le traitement MET pourrait avoir des effets dépendants de la sévérité de la dépendance à l'alcool et de la motivation. Cette analyse suggère que le traitement MET a des effets différentiels dépendants du sexe, de la sévérité de l'alcoolo-dépendance et de la motivation du patient. Elle suggère aussi qu'une 'motivation

(suite en page 6)

## Le traitement motivationnel est plus efficace... (suite page 5)

basse' n'est pas monolithique. Ce travail appuie d'autres études qui ont montré que le traitement MET marchait bien pour des patients ayant une préparation au changement basse et une dépendance peu sévère. Cependant, d'autres techniques pourraient être plus efficaces pour des patients ayant un sentiment d'efficacité personnelle bas, une dépendance sévère et ayant déjà une expérience de traitement(s).

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

Référence: Witkiewitz K, Hartzler B, Donovan D. Matching motivation enhancement treatment to client motivation: re-examining the Project MATCH motivation matching hypothesis. *Addiction*. 2010;105(8): 1403–1413.

## Avoir moins de 65 ans et une histoire liée à des troubles psychiatriques ou à une consommation d'opiacés peut être associé à un trouble actuel de la consommation d'opiacés prescrits par ordonnance

L'abus d'opiacés prescrits par ordonnance est en hausse aux États-Unis, mais la prévalence et les facteurs de risque chez les patients traités pour des douleurs chroniques d'origine bénigne restent incertains. Des investigateurs ont conduit des entretiens téléphoniques afin de diagnostiquer les troubles de la consommation d'opiacés (TCO) dans un échantillon aléatoire de 702 patients habitant le nord-est ou le centre de la Pennsylvanie et ayant reçu, au cours de l'année écoulée, au moins 4 ordonnances prescrivant des opiacés pour traiter des douleurs d'origine bénigne.

- Trente-six pour-cent des patients répondaient aux critères DSM-IV pour une dépendance chronique aux opiacés et 26% répondaient aux critères pour une dépendance actuelle.
- La dépendance actuelle était associée à un âge < 65 (odds ratio [OR], 1,85), un score chronique élevé sur l'échelle de sévérité de la dépendance adaptée aux opiacés (OR, 1,85), une dépression sévère (OR, 1,29), l'usage de médicaments psychotropes (OR, 1,73) et une histoire d'abus d'opiacés (OR, 3,81).
- L'aire sous la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) de 0,77 signifiait que le modèle était précis à 77% lorsqu'on séparait cet échantillon de consommateurs d'opiacés suivis en ambulatoire en groupes de consommateurs dépendants et de consommateurs non dépendants aux opiacés.

Commentaires: cette étude suggère que près d'un quart des patients recevant des opiacés pour des douleurs chroniques bénignes présentent un trouble de la consommation d'opiacés.

Cette conclusion soulève toutefois plusieurs problèmes. L'hypothèse selon laquelle les patients présentant un TCO abusent de leur médication peut être fautive dans la mesure où de tels patients sont peut-être plus prédisposés aux syndromes de la douleur. Il est regrettable que l'étude ne fournisse pas plus de détails sur la nature de la douleur chronique ni sur le mésusage pour la gestion de la douleur vs la recherche d'une certaine euphorie. De plus, il n'est pas certain qu'un diagnostic établi par entretien téléphonique et les critères du DSM-IV permettent de faire la différence entre un vrai TCO (consommation de médicaments pour atteindre l'euphorie) et une pseudo-addiction (consommation de médicaments pour soulager la douleur). Ces résultats renforcent néanmoins l'importance d'explorer l'histoire d'abus de substance et santé mentale chez les patients à qui l'on prescrit des opiacés pour le traitement de douleurs chroniques d'origine bénigne.

Ruth Borloz (traduction française)  
Peter D. Friedmann, MD, MPH (version originale anglaise)

Référence: Boscarino JA, Rukstalis M, Hoffman SN, et al. Risk factors for drug dependence among out-patients on opioid therapy in a large US health-care system. *Addiction*. 2010;105 (10):1776–1782.

## Impact sur la santé

### Consommation d'alcool et infections peuvent déclencher un accident vasculaire cérébral

Bien que l'hypertension, la fibrillation auriculaire et d'autres facteurs de risque ont été associés à un risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), les conditions qui précipitent un tel événement sont moins bien définies. Les auteurs ont effectué une revue systématique de la littérature afin de déterminer les potentiels déclencheurs d'AVC. Ils ont ainsi identifié 12 facteurs dans 26 études (dont 22 étaient des études cas-contrôle).

- Il y avait une association significative entre AVC et consommation d'alcool >40-60g\* dans les 24h antérieures (odds ratio [OR], 2,66) ou >150g† sur la semaine précédente (OR, 2,47)
- Il y avait une association significative entre AVC et un épisode infectieux au cours de la semaine antérieure (OR, 2,91) ou du mois antérieur (OR, 2,41).

- Bien que le nombre d'études examinant les autres facteurs déclenchants fût restreint, il y avait aussi une association positive entre AVC et colère, hyperphagie, émotions positives ou négatives, changement brusque de posture en réponse à un événement effrayant, anniversaire et détresse psychologique.
- Il n'y avait pas d'association significative entre AVC et abus de drogues ou exercice physique intense.

\*≥ 3boissons standard aux USA

†Entre 1–2 boissons/j

Commentaire: bien qu'une consommation régulière et modérée d'alcool soit associée à une diminution du risque d'AVC dans la

(suite en page 7)

## Consommation d'alcool et infections ... (suite page 6)

plupart des études de cohorte, cette étude conclut à une augmentation du risque d'AVC pour des quantités d'alcool que certains pourraient considérer comme modérées. De manière similaire, le risque d'AVC semble augmenté suite à une infection aiguë. Cependant l'auteur nous rend attentif aux limites de l'étude d'une telle relation dans une étude cas-contrôle. En outre, d'autres études cross-over, où les sujets sont leur propre contrôle, sont nécessaires pour mieux évaluer les déclencheurs potentiels d'AVC.

Dr Marc Huynh-Ba  
(traduction française)  
R. Curtis Ellison, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Guiraud V, Amor MB, Mas JL, et al. Triggers of ischemic stroke: a systematic review. *Stroke*. 2010;41(11):2669–2677.

## Atteintes sociétales et individuelles liées à des substances spécifiques

L'allocation équitable de ressources pour la prévention et le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances nécessite une évaluation précise des atteintes individuelles et sociétales causées par les substances spécifiques. Pour répondre à ce besoin, les chercheurs ont convoqué un panel d'experts pendant une journée pour attribuer des scores à 20 substances sur 16 critères concernant l'atteinte aux autres<sup>1</sup> ou l'atteinte à l'usager individuel<sup>2</sup>. Pour chaque critère, les substances ont reçu un score allant de 0 (aucune atteinte) à 100 (atteinte maximale). Les critères ont ensuite été pondérés pour refléter l'importance de l'atteinte spécifique et obtenir un Harm Score [HS].

- L'alcool (HS = 72), l'héroïne (HS = 55), le crack (HS = 54), la méthamphétamine (HS = 33), la cocaïne (HS = 27) et le tabac (HS = 26) ont été évalués comme substances liées aux atteintes globales les plus sévères.
- Les stéroïdes anabolisants (HS = 10), le khat (HS = 9), l'ecstasy (HS = 9), le LSD (HS = 7), la buprénorphine (HS = 7) et les champignons hallucinogènes ont été évalués comme substances liées aux atteintes globales les moins sévères.
- L'alcool (HS = 46), l'héroïne (HS = 21) et le crack (HS = 17) ont été évalués comme substances liées aux atteintes aux autres les plus sévères.
- Le crack (HS = 37), l'héroïne (HS = 34) et la méthamphétamine (HS = 32) ont été évalués comme substances liées aux atteintes à l'usager les plus sévères.

- Les coûts socio-économiques représentaient la plus grande part des atteintes liées à l'alcool, à l'héroïne et au tabac.

<sup>1</sup> Blessure, crime, dégâts environnementaux, conflits familiaux, dégâts internationaux, coût économique, atteinte à la communauté

<sup>2</sup> Mortalité liée à la substance, atteinte ou dégât au fonctionnement mental, dépendance, pertes tangibles, pertes relationnelles

Commentaires : ce processus sophistiqué d'attribution de scores par consensus montre que l'alcool est lié à plus de dommages globaux que les autres substances, résultat qui semble en contradiction avec les politiques de contrôle des substances de nombreux pays occidentaux. Bien que ces scores reflètent les atteintes liées aux substances au Royaume-Uni, ces résultats pourraient intéresser les décideurs politiques dans d'autres pays qui souhaitent conduire des évaluations similaires ou réexaminer leurs allocations de ressources pour réduire les atteintes liées aux substances.

Dr Jean-Philippe Falcheri  
(traduction française)  
Kevin L. Kraemer, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence: Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010;376(9752):1558–1165.

## Mortalité accrue chez les patients infectés par le VIH présentant des troubles psychiatriques ou une toxicomanie non traités

Beaucoup de patients infectés par le VIH souffrent également de comorbidités psychiatriques et de toxicomanie. Des investigateurs ont étudié les dossiers médicaux de 9'751 patients infectés par le VIH et consignés dans le « Kaiser Permanente Northern California health plan » entre 1996 et 2007 pour déterminer la présence de troubles psychiatriques ou de toxicomanie à partir de codes CIM-9 et pour chercher des documents attestant que ces troubles avaient été traités. Les risques relatifs (RR) de mortalité ont été calculés et ajustés pour un certain nombre de facteurs, dont le comptage des CD4, la charge virale du VIH, la co-infection par hépatite C et la prise de médicaments antirétroviraux.

- 25% de la cohorte souffraient de troubles psychiatriques, 26% d'une toxicomanie et 12% présentaient les deux problèmes.
- 84% des patients présentant une comorbidité psychiatrique bénéficiaient d'un traitement, tandis que c'était le cas de moins de 35% de ceux qui souffraient d'une toxicomanie.
- Sur la base du taux de renouvellement des ordonnances, on

n'a pas relevé d'effet significatif des comorbidités psychiatriques et de la toxicomanie sur l'adhésion au traitement antirétroviral.

- Les RR de mortalité ajustés étaient significativement plus élevés chez les personnes atteintes de comorbidités psychiatriques ou de toxicomanie, en particulier chez celles qui souffraient des deux troubles ou qui n'avaient pas été traités pour le trouble dont ils souffraient.

Commentaires : cette étude conforte les observations faites jusqu'ici qui montrent que les patients infectés par le VIH et souffrant de comorbidités psychiatriques ou de toxicomanie présentent un risque de mortalité plus élevé. Elle révèle en outre que l'absence de traitement de ces troubles est associée à un risque encore plus élevé. Cette différence ne peut apparemment pas être attribuée à un manque d'adhésion au traitement antirétroviral.

(suite en page 8)

## Mortalité accrue chez les patients infectés... (suite page 7)

Ces résultats corroborent l'importance du traitement des comorbidités psychiatriques et de la toxicomanie pour cette population vulnérable.

Ruth Borloz  
(traduction française)

Darius Rastegar, MD  
(version originale anglaise)

Référence: DeLorenze GN, Satre DD, Quesenberry CP, et al. Mortality after diagnosis of psychiatric disorders and co-occurring substance use disorders among HIV-infected patients. *AIDS Pat Care STDs*. 2010;24(11):705-712.

## Le mode de consommation et le type d'alcool consommé modifient l'effet de l'alcool sur le risque de maladie coronarienne

Pour investiguer les effets du mode de consommation d'alcool sur la cardiopathie ischémique dans deux pays (Irlande du nord et France), les investigateurs ont analysé les éléments suivants dans les deux populations : consommation d'alcool, binge drinking (plus de 50 g d'alcool plus d'un jour par semaine), buveurs réguliers (moins de 50 g d'alcool pendant au moins un jour par semaine), fréquence de consommation et type de boisson consommé dans la semaine précédant une évaluation du risque d'événement cardiovasculaire majeur à 10 ans (infarctus ou mort cardiaque).

L'échantillon comportait 9'778 hommes vivant à Belfast ou dans une parmi 3 villes françaises. Les participants étaient âgés de 50 à 59 ans et sans antécédents de cardiopathie ischémique.

- 60.5 % des participants de Belfast et 90.6% des français repartaient boire au moins une fois par semaine. Parmi ceux-là, 12% à Belfast et 75% en France disaient boire tous les jours.
- La consommation moyenne était de 22g par jour à Belfast et 33 g par jour en France. Une consommation de type *binge drinking* était présente chez 9.4% des patients de Belfast et 0.5% des Français.
- L'incidence annuelle d'événements coronariens (n=322) par 1'000 personnes par année était de 5.63 à Belfast et de 2.78 en France.
- Après analyse, le Hazard Ratio pour un événement coronarien était de 1.97 pour les binge drinkers, 2.03 pour les abstinentes et 1.57 pour les consommateurs réguliers (*former drinkers*).
- Comparé à celui des Français, le HR pour un événement coronarien était de 1.76 pour les participants de Belfast. Ce chiffre tombe à 1.09 après ajustement

selon le type de consommation et pour la consommation de vin. Seule la consommation de vin était associée avec un risque diminué d'événement cardiaque et ceci dans les deux pays.

Commentaires : bien qu'une forte association inverse entre consommation modérée d'alcool et les maladies cardiovasculaires ait été démontrée pendant des décennies, ce n'est que récemment que les recherches ont montré l'importance du type de consommation (consommation régulière modérée versus binge drinking). Cette étude s'intéresse au type de consommation, mais elle est entièrement basée sur une semaine de consommation, une limitation importante. Malgré ceci, elle peut néanmoins être utile dans la démonstration qu'une consommation modérée de vin est plus protectrice contre les maladies cardiovasculaires que celle d'autres alcools. La découverte la plus importante était donc qu'une consommation régulière mais modérée de vin diminue le risque cardiovasculaire, tandis qu'une consommation de type binge, surtout de bière et de whisky, l'augmente.

Dr Mirco Ceppi  
(traduction française)  
R. Curtis Ellison, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Ruidavets JB, Ducimetière P, Evans A, et al. Patterns of alcohol consumption and ischaemic heart disease in culturally divergent countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). *BMJ*. 2010;23:341:c6077.

Visitez  
[www.alcoologie.ch](http://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](http://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](mailto:info.alcoologie@chuv.ch)