

TABLE DES MATIERES

INTERVENTIONS & EVALUATIONS

Le dépistage de l'alcool et l'intervention brève ne sont pas efficaces en pratique clinique. Page 1

Le dépistage systématique est plus efficace que le dépistage ciblé pour susciter des discussions sur la consommation d'alcool en médecine de premier recours, particulièrement chez les patients qui ont une consommation à risque modéré. Page 1

IMPACT SUR LA SANTE

Mise à jour sur l'association entre consommation d'alcool, fonction cognitive et démence. Page 2

Distribuer de la naloxone aux usagers d'héroïne pour qu'ils disposent d'un antidote aux overdoses est rentable. Page 3

L'éducation à la prévention des surdoses et la distribution de naloxone par voie nasale sont liées à une baisse de la mortalité par surdose. Page 3

Les études contrôlées soutiennent l'utilisation des benzodiazépines pour la prévention et le traitement du syndrome de sevrage d'alcool dans les unités de soins intensifs. Page 4

L'administration d'un traitement de buprenorphine dans les « centres de santé fédéraux qualifiés ». Page 4

VIH ET VHC

L'usage de drogues constitue le risque principal de mortalité parmi les jeunes qui consomment des drogues par injection et qui sont atteints du virus de l'hépatite C (HCV). Page 5

Consommation d'alcool à risque associée à une élévation des transaminases sériques chez les patients co-infectés par VIH/VHC. Page 5

Un counseling renforcé ne rend pas plus efficace le traitement de substitution par buprenorphine des personnes séropositives dans un setting de type cabinet médical. Page 6

Le traitement simultané de l'addiction et du VHC améliore l'observance au traitement. Page 6

La consommation abusive d'alcool autodéclarée permet de prédire le rebond virologique chez les patients à co-infection VIH/VHC. Page 7

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

M AI — J U I N 2 0 1 3

INTERVENTIONS & EVALUATIONS

Le dépistage de l'alcool et l'intervention brève ne sont pas efficaces en pratique clinique.

Les études randomisées contrôlées ne retrouvent que des effets modestes de l'intervention brève (IB) chez des personnes avec une consommation d'alcool à risque pour la santé non dépendantes, qui sont dépistés en médecine de premiers recours. On ne connaît pas dans quelle mesure ces effets sont retenus et traduits dans la pratique clinique. Les investigateurs ont attribué de manière randomisée à 24 centres de médecine de premiers recours l'implémentation d'un dépistage (systématique ou ciblé) des patients avec consommation d'alcool à risque pour la santé (2 outils différents ont été utilisés). Ensuite les patients ont reçu soit une brochure d'information soit 5 minutes de bref conseil (par du personnel formé par les chercheurs) soit 20 minutes d'entretien de type intervention brève visant au changement dans la consommation d'alcool lors d'un rendez-vous suivant le dépistage avec un thérapeute formé en alcoologie entraîné spécifiquement à cette compétence.

- Chaque centre de médecine de premiers recours recevait une compensation additionnelle de 3000 livres anglaises. 5 centres n'ont pas recruté les 31 patients requis et ont été remplacés ; 5 centres ont été réattribués à une des interventions les plus intensives après avoir complété les objectifs initiaux de recrutement. En raison du recrutement lent, le personnel de recherche a également réalisé du dépistage et des IB dans 10 des centres.
- Des 756 patients inclus, des données à 6 mois ont été complétées chez 81% d'entre eux ; seulement 57% de ceux à qui se sont vus attribuer 1 des 3 offres d'intervention

(brochure, IB, entretien spécialisé) l'ont reçue.

- L'objectif de l'étude a été mesuré par le nombre de patients dont l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) devenait < 8, à 6 mois. Le Odds ratio (OR) des patients ayant un AUDIT devenu < 8 était plus bas, bien que non significatif pour l'intervention de bref conseil (OR 0.85) et « entretien de type intervention brève » (OR 0.78) versus intervention « brochure d'information ».

Commentaires : cette grande étude a des résultats clairs : le dépistage suivi d'une intervention brève est difficile à implémenter (souvent impossible dans plusieurs situations, malgré des efforts importants) et est inefficace dans les centres de premiers recours. Ces résultats doivent être considérés de manière prudente étant donné les efforts majeurs dans l'implémentation à travers le monde. Ces résultats servent d'évaluation de la réalité pour les médecins travaillant à l'implémentation du dépistage et de l'intervention brève dans leurs pratiques cliniques.

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

Référence: Kaner E, Bland M, Cassidy P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:e8501.

Le dépistage systématique est plus efficace que le dépistage ciblé pour susciter des discussions sur la consommation d'alcool en médecine de premier recours, particulièrement chez les patients qui ont une consommation à risque modéré.

L'implémentation du dépistage systématique de la consommation d'alcool à risque peut représenter une charge importante pour les centres de médecine de premier recours. Une alternative est le dépistage ciblé. Ces deux méthodes ont été comparées dans un essai randomisé

conduit dans 16 centres de médecine de premier recours en Suède (patients N=3609). L'étude visait à comparer l'impact des deux méthodes sur les discussions à propos de la consommation d'alcool.

(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

Judith Tsui, MD, MPH
Assistant Professor of Medicine
Section of General Internal Medicine
Boston Medical Center
Boston University School of Medicine

Alexander Y. Walley, MD, MSc
Assistant Professor of Medicine
Section of General Internal Medicine
Boston Medical Center
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

Le dépistage systématique ... (suite page 1)

Dans le groupe « dépistage systématique », les patients devaient compléter l'AUDIT-C* et le donner à leur médecin de premier recours avant la consultation. Dans le groupe « identification clinique », les cliniciens étaient encouragés à repérer les signes en lien avec une consommation d'alcool pendant la consultation mais ne recevaient pas les résultats de l'AUDIT-C ; les patients remplissaient alors l'AUDIT-C après la consultation.

- Parmi les patients dépistés positivement pour une consommation à risque**, la moyenne d'âge était de 44 ans pour les hommes et de 42 pour les femmes. Parmi les patients qui avaient discuté de leur consommation d'alcool avec leur médecin, la moyenne d'âge était de 54 ans chez les hommes et 44 ans chez les femmes.
- Dans le groupe « dépistage systématique », 62.5% des patients avec une consommation à risque et 64.2% des patients avec risque plus faible avaient discuté de leur consommation d'alcool avec leur médecin. Dans le groupe « identification clinique », les proportions étaient de 29.7% et 30.1%. Chez les patients présentant une consommation à risque, une plus grande proportion avait discuté de sa consommation d'alcool dans le groupe « dépistage systématique » que dans le groupe « identification clinique ». Cette association était significative lorsque les hommes et les femmes étaient analysés séparément ou ensemble (<0.001).
- Parmi les patients avec consommation à risque qui avaient discuté de leur consommation d'alcool, le score moyen à l'AUDIT-

C était significativement plus élevé dans le groupe « identification clinique » (5.8) que dans le groupe « dépistage systématique » (5.2).

*Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption, soit les 3 premières questions de l'AUDIT.

**Score AUDIT-C ≥ 5 pour les hommes, ≥ 4 pour les femmes.

Commentaires : la méthode utilisée pour identifier les patients avec consommation d'alcool à risque a un impact sur la proportion de patients avec lesquels le sujet de l'alcool est abordé lors de la consultation médicale. Même si le dépistage systématique n'a pas entraîné une discussion sur le sujet de la consommation d'alcool dans tous les cas, cette méthode permet que le sujet soit abordé avec une plus grande proportion de patients ayant une consommation à risque. L'approche ciblée permet d'identifier des patients au profil de risque marqué. Par contre le dépistage systématique permet d'identifier les patients avec des profils de risque moins sévères, soit ceux qui sont probablement le plus à même de bénéficier d'une intervention brève unique.

Dr Nicolas Bertholet
(version originale anglaise et traduction française)

Référence: Reinholdz H, Fornazar R, Bendtsen P, et al. Comparison of systematic versus targeted screening for detection of risky drinking in primary care. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(2):172-179.

IMPACT SUR LA SANTE

Mise à jour sur l'association entre consommation d'alcool, fonction cognitive et démence.

Des scientifiques italiens ont effectué une vaste revue de la littérature des études publiées entre 1987 et 2011 qui examinaient la relation entre consommation d'alcool, fonction cognitive et démence. Le but était d'identifier des données sur la base desquelles on pouvait développer des guidelines pour le public. Les auteurs ont passé en revue 14 études transversales sur les atteintes cognitives, 21 études longitudinales sur le déclin cognitif, ainsi que 26 études longitudinales et 7 autres études sur la démence ou la pré-démence.

- Les données actuelles parlent en faveur d'une association entre une consommation d'alcool à bas risque* et une diminution du risque de démence (en général $\geq 20\%$).

- Les effets protecteurs d'une consommation à bas risque contre le déclin cognitif semblent être plus probables en l'absence de l'allèle e4 de l'apolipoprotéine E (APOE) qui est associé à la maladie d'Alzheimer et quand la boisson est le vin.
- On pense que la consommation d'alcool à bas risque pourrait être neuroprotectrice par le biais des mécanismes suivants : une réduction des facteurs de risque cardiovasculaires ; moins d'ischémies cérébrales et une relation en U avec les lésions de la matière blanche ; la stimulation de la libération d'acétylcholine au niveau de l'hippocampe (dans les modèles animaux) ainsi qu'un effet antioxydant des polyphénols, surtout dans le vin.

Mise à jour sur l'association ... (suite page 2)

*La notion de "consommation à bas risque" était définie de façon très variable, et cette variabilité était statistiquement significative entre les différentes études, autant chez les hommes que chez les femmes.

Commentaires: il est toujours difficile de développer des guidelines concernant la consommation d'alcool sur la base de données observationnelles (et non de grandes études cliniques) pour juger d'un effet. Certaines études prospectives montrent des résultats cohérents ; cependant, beaucoup d'études incluses dans cette revue ne mentionnent pas le type de boisson alcoolisée ou la façon de consommer, qui sont des éléments importants pour déterminer l'impact sur la santé. Malgré les limitations reconnues, les données observationnelles montrent que la consommation

d'alcool à bas risque, surtout de vin, est associée à une diminution du déclin cognitif et de la démence.

Dresse Laurence Müller-Guerre
(version originale anglaise)
R. Curtis Ellison, MD
(traduction française)

Référence: Panza F, Frisardi V, Seripa D, et al. Alcohol consumption in mild cognitive impairment and dementia: harmful or neuroprotective? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(12):1218–1238.

Distribuer de la naloxone aux usagers d'héroïne pour qu'ils disposent d'un antidote aux overdoses est rentable.

La recherche montre que les professionnels non issus du domaine médical peuvent délivrer de manière sûre et efficace de la naloxone pour atténuer les conséquences d'une overdose à l'héroïne. Dans cette étude des chercheurs ont utilisé un modèle avec ordinateur d'analyse de décision pour estimer le rapport coût-efficacité (CE) de la distribution de naloxone aux consommateurs d'héroïne. Le modèle a comparé le coût de la distribution de naloxone à 20% des usagers d'héroïne vs aucune distribution. Les valeurs et les fourchettes pour les paramètres du modèle (proportions, taux de transition, coûts, services publics) ont été extraites de sources de la littérature publiées. Les résultats du modèle sont exprimés en coûts, en AVAQ (Année de Vie gagnée Ajustée en fonction de sa Qualité) et en coût par AVAQ.

- Dans l'analyse du cas de base, la stratégie de distribution de naloxone :
 - diminuait de 6% les morts par overdose
 - exigeait la distribution de 227 « kits » de naloxone pour prévenir 1 mort par overdose
 - avait un coût incrémental de 438 \$ par AVAQ
- Dans les analyses de sensibilité, la distribution de naloxone reste rentable (avec un plus grand coût incrémental à moins de 1000 \$ par AVAQ) sur une large gamme de scénarios et de

valeurs de paramètres. Même dans le scénario le plus pessimiste où l'efficacité, l'utilité et l'utilisation de la naloxone était minimisées, le coût incrémental était de 1400 \$ par AVAQ, ce qui reste un rapport coût-efficacité satisfaisant.

Commentaires : cette étude très intéressante suggère que la distribution de naloxone est extrêmement rentable par rapport à sa non distribution. Les coûts incrémentaux sont bien inférieurs que ceux de nombreuses pratiques de soins courants et bien en deçà des seuils considérés comme rentable par les décideurs. Bien que les données contrôlées n'étaient pas disponibles pour certains paramètres du modèle, elles semblent fiables et encouragent la distribution de naloxone à des consommateurs d'héroïne ou d'opiacés.

Isabelle Corboz
(traduction française)
Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Coffin PO, Sullivan SD. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. *Ann Intern Med*. 2013;158(1):1–9.

L'éducation à la prévention des surdoses et la distribution de naloxone par voie nasale sont liées à une baisse de la mortalité par surdose.

Aux États-Unis, les surdoses involontaires d'opiacés suscitent une attention croissante en raison de l'augmentation du nombre de décès par surdose d'opiacés délivrés sur ordonnance. Pour vérifier si l'éducation à la prévention du surdosage par opiacé avec distribution de naloxone (OEND) est une stratégie efficace, les chercheurs ont évalué au Massachusetts l'impact d'un programme d'OEND qui apprend comment réduire autant que possible le risque de surdose, reconnaître le surdosage et y réagir par l'assistance respiratoire de sauvetage, l'administration de naloxone par voie nasale et la surveillance de la personne jusqu'à l'arrivée des secours. Les participants recevaient également une trousse de secours contenant deux doses de naloxone. Le programme portait sur 19 communautés représentant 30 % de la population de l'État, et faisait appel à l'analyse de série chronologique interrompue pour comparer les strates année-communauté qui présentent des taux faibles et élevés d'application de l'OEND avec celles qui ne l'utilisent pas.

- Sur une période de 3 ans, 2 912 individus ont été recrutés à l'OEND, et 327 tentatives de sauvetage ont été rapportées dans les 19 communautés participant à l'étude.
- En comparaison avec les inscrits n'appliquant pas le programme, les taux faibles et élevés d'application de l'OEND étaient associés à des taux inférieurs de décès par surdose d'opiacé, avec un ratio de taux ajusté de 0,73 dans les strates communauté/année à faible taux d'application, et de 0,54 dans les strates communauté/année à taux élevé d'application du programme.
- Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne l'utilisation des services hospitaliers de soins aigus liée à une surdose.

Commentaires : l'éducation à la prévention des surdoses et la distribution de naloxone sont deux outils qui visent à diminuer le

(suite en page 4)

L'éducation à la prévention ... (suite de la page 3)

nombre de décès par surdose involontaire d'opiacé. D'autres mesures qui se sont révélées abaisser la mortalité par surdose sont le traitement par agoniste opioïde et les centres d'injection supervisée. Bien que l'utilisation des services hospitaliers de soins aigus n'ait pas diminué, les auteurs soulignent que cela s'expliquerait par le fait que le programme de sensibilisation a encouragé les spectateurs des incidents à faire appel aux services médicaux d'urgence. Ce programme ciblait les consommateurs de drogues illicites ; une autre population à risque qui pourrait bénéficier de

l'OEND est constituée par les personnes auxquelles des opiacés sont prescrits contre la douleur.

M. Pierre Reynes
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Référence : Walley AY, Xuan Z, Hackman HH, et al. « Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis », *BMJ* 2013;346:f174.

Les études contrôlées soutiennent l'utilisation des benzodiazépines pour la prévention et le traitement du syndrome de sevrage d'alcool dans les unités de soins intensifs.

Le syndrome de sevrage d'alcool (SSA) est fréquent chez les patients admis dans les unités de soins intensifs (USI). Beaucoup de médicaments peuvent être utilisés pour prévenir ou traiter le SSA dans les USI, mais leurs avantages ou inconvénients respectifs n'ont pas été évalués de manière systématique. Dans cette étude, deux groupes indépendants ont effectué une revue systématique des études contrôlées publiées de 1971 à mars 2011 sur la prévention et le traitement du SSA dans les USI. Six études portant sur la prévention (4 randomisées et 2 non randomisées) et huit sur le traitement (4 randomisées et 4 non randomisées) ont été identifiées. Les médicaments évalués pour la prévention du sevrage étaient des perfusions d'éthanol, la clonidine, le flunitrazépam, le clométhiazol et l'halopéridol, le flunitrazépam et l'halopéridol, et le midazolam. Les médicaments évalués pour le traitement du sevrage incluaient les médicaments précités ainsi que l'acide gamma-hydroxybutyrique, le phénobarbital, le lorazépam, et le flunitrazépam associé à la clonidine. Les raisons d'admission dans les USI étaient mixtes: chirurgies, traumatismes, maladies et SSA sévères. La définition et le scoring du SSA, et l'outcome des études étaient très hétérogènes.

- Tous les traitements préventifs et curatifs du SSA étaient efficaces comparés au groupe-contrôle.

- Les benzodiazépines étaient efficaces et sûres pour la prévention et le traitement du SSA, alors que les perfusions d'éthanol étaient efficaces et sûres pour la prévention du SSA.

Commentaires: les études de cette revue systématique tendaient à être de petite taille et pas de bonne qualité, et l'hétérogénéité empêchait un "pooling" des résultats. Néanmoins, les auteurs concluent que les benzodiazépines peuvent être considérées comme faisant partie de la prise en charge standard de la prévention et du traitement du SSA. Bien que les perfusions d'éthanol étaient aussi efficaces pour prévenir le SSA, ceci ne devrait pas supplanter les benzodiazépines, parce que le niveau d'évidence est plus faible, que ce traitement est difficile à titrer et qu'il n'a pas de bénéfice apparent par rapport aux benzodiazépines.

Dr Didier Berdoz
(traduction française)

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

Référence: Ungur LA, Neuner B, John S, et al. Prevention and therapy of alcohol withdrawal on intensive care units: systematic review of controlled trials. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37(4):675–686.

L'administration d'un traitement de buprenorphine dans des « centres de santé fédéraux qualifiés ».

La faisabilité du traitement de la dépendance aux opiacés par la buprenorphine/naloxone a été démontrée dans de multiples centres de soins de première ligne dont des centres médicaux académiques, des praticiens privés et des cliniques traitant du VIH. Les chercheurs ont mené une revue rétrospective des enregistrements électroniques médicaux dans deux centres de santé fédéraux qualifiés (FQHCs)* dans le Connecticut afin d'identifier les facteurs cliniques associés au maintien de l'abstinence aux opioïdes lors d'un traitement de buprenorphine. Les dossiers de 266 patients ont été analysés, il s'agit de patients qui recevaient une prescription de buprenorphine par 1 à 4 prescripteurs entre le 1^{er} juillet 2007 et le 1^{er} décembre 2008 et qui ont été observés de 6 à 21.5 mois.

*Aux Etats-Unis, les « centre de santé fédéraux qualifiés » sont des centres de médecine de premier recours destinés à assurer des soins médicaux dans des communautés pauvres ayant un accès limité aux soins médicaux.

- L'âge moyen des patients inclus dans la revue était de 40 ans ; 70% étaient des hommes, 70% bénéficiaient d'une prescription

de buprenorphine par un médecin généraliste, 30% étaient traités par un psychiatre, 72% avait un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux, 65% étaient traités pour un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, et 80% ont initié un suivi au FQHC pour recevoir de la buprenorphine. La dose moyenne de stabilisation était de 17.8 mg.

- Le maintien du traitement à 6 mois était de 57%. Les patients consommateurs de cocaïne à l'initiation du traitement (risque relatif ajusté RRA, 2.18) étaient plus à risque de rupture de traitement de BUP, alors que les patients plus âgés (RRA, 0.96), femmes (RRA, 0.59), recevant de la médication psychiatrique (AHR, 0.69), infecté par le HCV (RRA, 0.56), ou bénéficiant d'une consultation sur les abus de substances (RRA, 0.54) étaient moins à risque de rupture de traitement.
- Les résultats de l'analyse toxicologique des urines montrent une abstinence totale pour 30% des patients à tous les tests et 72% à leur dernier test. Les patients qui consommaient de la cocaïne à l'initiation du traitement étaient moins susceptibles d'avoir une abstinence aux opioïdes au dernier test urinaire

(odds ratio ajusté, 0.43), alors que les patients recevant une prescription de médication psychiatrique étaient plus susceptibles de présenter une abstinence aux opioïdes au dernier test urinaire (odds ratio ajusté, 1.66).

Commentaires : l'administration d'un traitement de buprenorphine est faisable dans un FQHCs. Alors qu'une comorbidité psychiatrique est typiquement associée à une péjoration du pronostic d'un traitement d'une addiction, cette étude montre que l'association d'une comorbidité psychiatrique traitée par médicament montre un maintien et une abstinence aux opioïdes supérieure. Les perspectives d'un modèle de soins intégrés qui délivre un traitement médical, psychiatrique et addictologique de haute qua-

lité montrant une amélioration des résultats nécessitent la mise en œuvre d'études prospectives.

Dresse Valérie Morier
(traduction française)
Alexander Y. Walley, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Haddad MS, Zelenev A, Altice FL. Integrating buprenorphine maintenance therapy into federally qualified health centers: Real-world substance abuse treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend.* January 6, 2013 [Epub ahead of print]. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.12.008.

VIH ET VHC

L'usage de drogues constitue le risque principal de mortalité parmi les jeunes qui consomment des drogues par injection et qui sont atteints du virus de l'hépatite C (HCV).

Afin de déterminer si le virus de l'hépatite C (HCV) constitue une cause majeure de mortalité chez les personnes qui consomment des drogues par injection, cette étude d'observation de cohorte a inclus 523 patients positifs au HCV admis en traitement résidentiel pour abus de substances en Norvège, et a eu recours au registre national des mortalités.

- Sur les 523 personnes séropositives HCV qui consomment des drogues par injection, 63% avaient une infection chronique (HCV RNA+).
- A la fin du follow-up (en moyenne 33 ans), 42% sont décédées.
- Le taux de mortalité pour les personnes HCV RNA+ était de 1.75 pour mille personnes/années, contre 2.05 chez les personnes HCV (chez lesquelles on présume une clairance spontanée (P=0.25)).
- La cause de décès la plus fréquente était l'overdose d'opiacés, suivie de mort violente et suicide.
- Douze patients (7.5%) sont décédés d'une maladie du foie ; 10 étaient HCV RNA+ et les deux autres avaient une hépatite B chronique.
- En limitant les analyses aux personnes âgées de plus de 50 ans, le taux de mortalité lié au foie était de 0.94 pour 100 personnes/années parmi les personnes HCV RNA+, et de 0 (aucun décès) pour les HCV RNA-.

Commentaires : cette étude confirme un taux élevé de mortalité chez des personnes qui consomment des drogues par injection, et renforce l'idée que le risque premier de décès pour cette population est lié à la consommation de drogues. Par conséquent, certains patients atteints du virus HCV pourraient ne pas bénéficier du traitement pour le HCV à cause des risques de décès complémentaires. Par contre, parmi les personnes qui consomment des drogues par injection et qui survivent au delà de 50 ans, la mortalité liée à des problèmes au foie émerge comme une source de décès prématuré, ce qui confirme les études antérieures. Le résultat principal de la présente recherche doit être interprété avec caution, vu le biais potentiel d'erreurs de classification (cas de réinfection non-identifiés ou de clairance suite à un traitement).

Cristiana Fortini
(traduction française)
Judith Tsui, MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence: Kielland KB, Skaug K, Amundsen EJ, Dalgard O. All-cause and liver-related mortality in hepatitis C infected drug users followed for 33 years: A controlled study. *J Hepatol.* 2013;58(1):31-37.

Consommation d'alcool à risque associée à une élévation des transaminases sériques chez les patients co-infectés par VIH-VHC.

Aux États-Unis, environ la moitié des patients infectés par le VIH boivent de l'alcool et les patients co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) boivent plus que la population générale. En utilisant les données de la cohorte observationnelle prospective de l'étude VIH-Interrelations longitudinales de Virus et d'Ethanol (VIH-LIVE), les auteurs ont évalué l'association entre l'Institut national sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme (NIAAA) - défini une consommation d'alcool à risque à savoir boire plus de 14 verres standards par semaine ou plus de 4 verres par jour pour les hommes, ou de boire plus de 7 verres par semaine ou plus de 3 verres par jour pour les femmes - et les niveaux d'aminotransférase sérique chez les patients infectés par le VIH avec ou sans infection par le VHC. Des modèles de régression qui peuvent expliquer des mesures répétées ont été utilisés pour

évaluer l'association entre la consommation à risque d'alcool et les taux d'ASAT et d'ALAT au fil du temps.

- Parmi 397 sujets infectés par le VIH dans l'étude du VIH-LIVE avec des tests sérologiques du VHC, 200 (50,4%) avaient une charge virale VHC détectable et ont été considérés comme co-infectés par VIH-VHC.
- Parmi les sujets co-infectés, la consommation d'alcool à risque élevé a été associée à une moyenne plus élevée d'ASAT (l'ajustement étant de 62,2 contre 51,4 U / L; ratio ajusté des moyennes de 1.2) et d'ALAT (l'ajustement étant de 51,3 contre 41,6 U / L; ratio ajusté des moyennes de 1.2), par rapport à ceux qui n'ont pas de consommation d'alcool à risque.

- Parmi les sujets mono-infectés par le VIH, les auteurs n'ont trouvé aucune différence au niveau des ASAT ou ALAT chez les patients avec ou sans consommation d'alcool à risque.

Commentaires: parmi les sujets co-infectés VIH-VHC, les taux moyens d'ASAT et d'ALAT étaient environ 20% plus élevés chez ceux ayant une consommation d'alcool à risque par rapport à ceux qui n'ont pas une consommation d'alcool à risque, alors qu'aucune association n'a été notée chez les sujets mono-infectés par le VIH. Ces données suggèrent que la consommation d'alcool concerne

particulièrement les patients co-infectés par le VIH et le VHC et que les médecins devraient envisager d'adapter les messages de prévention sur les effets nocifs de l'alcool à cette population.

Dr Alexandre Azémar
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Tsui JI, Cheng DM, Libman H, et al. Risky alcohol use and serum aminotransferase levels in HIV-infected adults with and without hepatitis C. *J Stud Alcohol and Drugs*. 2013;74(2):266–270.

Un counseling renforcé ne rend pas plus efficace le traitement de substitution par buprénorphine des personnes séropositives dans un setting de type cabinet médical.

Il a été démontré que la prescription de buprénorphine associée à une prise en charge au cabinet médical constitue un traitement efficace de la dépendance aux opioïdes. Il a aussi été observé que de manière générale, le renforcement du counseling n'améliorait pas ces résultats. Si la prescription d'un traitement à la buprénorphine peut améliorer les soins apportés aux personnes séropositives, l'impact d'un counseling renforcé n'a pas encore été étudié dans cette population spécifique. 47 sujets séropositifs et dépendants aux opioïdes ont participé à cette étude se déroulant sur 12 semaines. Tous se sont vus prescrire de la buprénorphine et ont reçu de manière bi-hebdomadaire une visite médicale standard ; 22 ont été assignés aléatoirement à une condition de traitement prévoyant un counseling renforcé (counseling ciblant l'effet des drogues et la compliance au traitement), géré par une infirmière préalablement formée.

- En ce qui concerne le pourcentage de tests urinaires négatifs aux opioïdes, aucune différence significative n'a été relevée entre le traitement standard et le traitement amélioré (64% versus 69%, respectivement).
- Aucune différence significative n'a été relevée dans le nombre moyen de semaines continues d'abstinence aux opioïdes (4.9 semaines pour le traitement standard versus 5.2 semaines pour le traitement amélioré).
- Il n'y avait également pas de différence significative au niveau des critères suivants :
 - le pourcentage de tests urinaires négatifs à la cocaïne

- la proportion des personnes ayant complété l'entier du protocole
- la compliance à la prise de buprénorphine
- la compliance à la prise de l'antirétroviral
- les indicateurs cliniques relatifs au SIDA

Commentaires : cette étude rejoint les conclusions d'études précédentes et les élargit aux personnes dépendantes aux opioïdes et séropositives. Les résultats de ces études sont remarquablement constants et suggèrent que, pour les patients auxquels l'on prescrit de la buprénorphine, renforcer le counseling au-delà de ce qui est habituellement fait par les médecins au cours des visites de 15 minutes n'offre pas de bénéfice évident. Il est intéressant de noter qu'il s'agissait d'une étude de faible puissance statistique qui ne peut exclure un bénéfice modeste. Par ailleurs, de tels résultats n'excluent pas qu'il existe une sous-population de patients plus spécifiquement réceptifs aux modalités de counseling évaluées.

Dr Olivier Simon
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Référence: Tetrault JM, Moore BA, Barry DT, et al. Brief versus extended counseling along with buprenorphine/naloxone for HIV-infected opioid dependent patients. *J Subst Abuse Treat*. 2012;43(4):433–439.

Le traitement simultané de l'addiction et du VHC améliore l'observance au traitement.

Aux Etats Unis la majorité des personnes infectées par le VHC sont des usagers de drogues. Cependant l'instauration d'un traitement du VHC et son observance sont faibles chez les usagers de drogues adressés dans des centres spécialisés. Ceci peut s'expliquer par des a priori réciproques entre patients et médecins dans un cadre de soins traditionnel.

L'objectif de cette méta-analyse était de déterminer l'impact de l'accompagnement de ces patients dans l'observance et la réussite au traitement du VHC. La réussite au traitement était mesurée par une réponse virologique prolongée définie par une charge virale indétectable à la fin du traitement et 24 semaines après la fin du traitement. Les critères d'inclusion pour les études étaient : une population d'au moins 10 patients infectés par le VHC usagers de drogues et traités par Interféron Pégylé et Ribavirine, et une évaluation de la réponse au traitement. Finalement la méta-analyse a inclus 36 études – publiées entre 2004 et 2011 - soit au total 2866 patients.

- 83.4 % des traitements du VHC ont été menés au bout (IC 95% : 77.1-88.9%).
- 25 études incluaient des patients suivis pour leur addiction pendant leur traitement du VHC. Dans ces études la prise en charge simultanée de l'addiction augmentait l'observance au traitement.
- Le taux de réponse virologique prolongée globale était à 55.5% (IC 95% : 50.6-60.3). Les génotypes 1 et 4 et la co-infection par le VIH étaient associés à un taux de réponse virologique prolongée plus faible. Après ajustement de ces facteurs, la réponse virologique prolongée était corrélée avec la prise en charge multidisciplinaire.

Commentaires : malgré une certaine hétérogénéité dans ces études, cette méta-analyse suggère que chez les usagers de drogues infectés par le VHC et traités par Interféron Pégylé et Ribavirine,

Le traitement simultané... (suite de la page 6)

d'autant plus lorsqu'ils sont traités simultanément pour leur addiction, l'observance au traitement et la réponse virologique prolongée sont comparables à celles des précédentes études qui excluaient les usagers de drogues.

Dresse Gwenaëlle Galbrun
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence : Dimova RB, Zeremski M, Jacobson IM, et al. Determinants of hepatitis C virus treatment completion and efficacy in drug users assessed by meta-analysis. Clin Infect Dis. 2013 ; 56 (6) : 806-816.

La consommation abusive d'alcool autodéclarée permet de prédire le rebond virologique chez les patients à co-infection VIH/VHC.

La consommation abusive d'alcool est fréquente chez les patients infectés par le VIH, et on estime qu'elle a un effet néfaste sur l'évolution de l'infection à VIH, en partie parce qu'elle s'accompagne d'une mauvaise observance de la thérapie antirétrovirale (ART). Elle est encore plus nocive chez les personnes co-infectées par le VHC en raison du risque accru d'évolution vers une maladie hépatique en phase terminale. En France, des chercheurs ont mené une étude prospective visant à évaluer les effets d'une consommation excessive d'alcool*, mesurée soit par l'avis du médecin, soit par un questionnaire rempli par le patient, sur le délai jusqu'à apparition de la charge virale détectable. L'échantillon comprenait 512 patients co-infectés par le VIH/VHC qui avaient atteint l'inhibition virale** grâce à l'ART. Le suivi médian était de 21 mois.

- Lors du recrutement, 9 % des participants s'autodéclaraient comme consommateurs excessifs d'alcool, et 15 % étaient considérés comme tels par leur médecin.
- Le rapport du médecin concordait avec les autodéclarations chez 90 % des patients ne rapportant pas de consommation excessive d'alcool et chez 77 % de ceux qui le faisaient, mais 61 % des patients classés par les médecins comme consommateurs excessifs d'alcool ne déclaraient pas de consommation excessive d'alcool, et 2 % de ceux classés comme abstinents ou faibles consommateurs d'alcool autodéclaraient une consommation excessive d'alcool.
- Lors du suivi, 101 participants (soit 20 %) présentaient une charge virale détectable. La consommation excessive d'alcool autodéclarée était indépendamment associée à une charge virale détectable (rapport de risque corrigé de 2), alors que celle

rapportée par le médecin ne l'était pas.

* Définie comme consommation de ≥ 4 boissons alcoolisées (11-14 g d'alcool) par jour pour les hommes ou de ≥ 3 boissons alcoolisées par jour pour les femmes « sur une base régulière » depuis six mois.

**ARN du VIH inférieur à la limite de détection.

Commentaires : cette étude montre que la consommation excessive d'alcool est associée à une charge virale détectable du VIH, probablement imputable à son effet sur l'observance de l'ART. Par ailleurs, les résultats soulignent l'importance de l'autodéclaration par le patient (comparée aux impressions du médecin). Ces résultats viennent s'ajouter à l'accumulation de preuves selon lesquelles la consommation excessive d'alcool doit être évitée chez les patients à co-infection VIH/VHC.

M. Pierre Reynes
(traduction française)
Daniel Fuster, MD, PhD,† & Alexander Y. Walley, MD, MSc
(version originale anglaise)

† Contributing Editorial Intern and Research Scholar, Clinical Addiction Research and Education (CARE) Unit, Section of General Internal Medicine, Boston University School of Medicine, Boston, MA.

Référence : Marcellin F, Lions C, Winrock M et al. Self-reported alcohol abuse in HIV-HCV co-infected patients: a better predictor of HIV virological rebound than physician's perceptions (HEPAVIH ARNS CO13 cohort). Addiction, 20 février 2013 [Epub avant impression]. doi: 10.1111/add.12149.

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.

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles, mai-juin 2013

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