

## TABLE DES MATIERES

### EVALUATIONS & INTERVENTIONS

L'intervention brève pour l'usage de substances et présence de comorbidités. Quelles preuves d'efficacité? Page 1

Les médecins généralistes parlent des obstacles à l'implémentation du dépistage et de l'intervention brève. Page 1

Des interventions de premier recours diminuent-elles la consommation d'alcool chez des buveurs plus âgés? Page 2

Naltrexone : sûre et moyennement efficaces pour la dépendance à l'alcool. Page 3

L'intervention motivationnelle brève réduit la consommation abusive d'alcool. Page 3

La buprénorphine sublinguale et la buprénorphine/naloxone formule sublinguale pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Page 3

Effet de la buprénorphine sur le syndrome d'abstinence néonatal : comparaison avec la méthadone. Page 4

Est-ce que la naltrexone est plus efficace chez les patients dépendants à l'alcool qui aiment bien le sucré?. Page 4

### IMPACT SUR LA SANTE

A partir de quel niveau de consommation d'alcool le risque de fibrillation auriculaire augmente-t-il? Page 5

Les consommateurs « à problème » boivent moins avec le temps. Page 5

L'abus d'alcool et d'autres drogues est commun chez les adolescents qui abusent d'opioïdes sans prescription médicale. Page 6

Transition entre consommation et dépendance: le type de substance et de comorbidité joue un rôle. Page 6

Consommation modérée ou élevée d'alcool. Risque augmenté de maladie coronarienne chez les hommes présentant une douleur thoracique ou un ECG anormal. Page 7

L'inhalation du gaz des sprays de nettoyage pour ordinateur est une pratique courante chez les adolescents antisociaux. Page 7

# Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

JANVIER — FEVRIER 2011

## Evaluations et Interventions

### L'intervention brève pour l'usage de substances et présence de comorbidités. Quelles preuves d'efficacité ?

L'intervention brève (IB) diminue l'utilisation de tabac et la consommation d'alcool à risque dans le contexte des soins de premier recours, mais l'utilité de l'IB dans d'autres contextes et chez les patients présentant des comorbidités reste incertaine. Des chercheurs ont effectué une revue systématique de la littérature afin d'évaluer l'effet de l'IB sur la consommation de substances chez les patients présentant des comorbidités physiques et psychiques et de déterminer si l'IB produit un changement chez les patients ayant une double consommation. Quatorze études répondaient aux critères d'inclusion\*. Les interventions brèves ont été pratiquées auprès de patients présentant de façon concomitante des pathologies mentales et une consommation de substances, des pathologies physiques et l'usage de substances et un double usage de substances. L'hétérogénéité des articles n'a pas permis de synthèse quantitative.

- Huit études se sont penchées sur la présence concomitante de pathologies mentales et d'usage de substances. La plupart n'ont relevé aucun effet de l'IB pour l'usage de substances sur l'une ou l'autre condition ; aucune n'a rapporté de différences sur l'état de santé mentale entre les groupes, et toutes rapportent une diminution d'utilisation de substances, tant chez les patients du groupe intervention que chez ceux du groupe contrôle.
- Trois études incluant des patients présentant une comorbidité physique (hypertension ou tuberculose) et l'usage de substances ont rapporté des améliorations des deux conditions après IB pour l'usage de substances par rapport aux contrôles.

- Trois études ciblant l'utilisation de plus d'un type de substance ont rapporté des résultats nuls.

\* Etudes d'IB (définie comme entretien thérapeutique visant à promouvoir un changement de comportement); participants avec comorbidité physique ou psychique reconnue et design d'études expérimentales. Contextes variés (hôpital psychiatrique, échantillon de la population, patients ambulatoires, soins de premiers recours, hôpitaux, services de police). Les IB ont varié d'une intervention motivationnelle de 30-45 minutes à plusieurs séances de 15-60 minutes avec 1-10 suivis.

Commentaires: Cette étude suggère que l'IB pour l'usage de substances peut être bénéfique pour les patients souffrant d'usage de substances et de comorbidités physiques reconnues, mais pas pour ceux qui ont une comorbidité psychique ou qui présentent une double consommation. Toutefois, les 14 études incluses dans cette revue varient considérablement au niveau de la qualité, de la méthodologie (allant d'études pilote à des études cliniques randomisées à grande échelle), la durée, le contenu de l'intervention et la période de suivi.

Dresse Myriam Kohler Serra  
(traduction française)  
Jeanette M. Tétrault, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Kaner EFS, Brown N, Jackson K. Un examen systématique de l'impact des interventions de courte durée sur l'utilisation de substances et de co-morbidité conditions de santé physique et mentale. *Utilisez Ment Subst santé*. 2011; 4 (1) :38-61.

### Les médecins généralistes parlent des obstacles à l'implémentation du dépistage et de l'intervention brève.

La médecine générale semble être le milieu idéal pour le dépistage et l'intervention brève (DIB) pour les problèmes d'alcool et pourtant leur implémentation reste limitée. Des chercheurs ont conduit une série d'entretiens semi-structurés avec des groupes de médecins généralistes (40), dans 7 villes norvégiennes, afin de mieux saisir les barrières à l'implémentation. L'analyse thématique de ces entretiens révèle 5 thèmes contribuant à la prévalence basse du

dépistage et de l'intervention brève en médecine générale :

1. Vision des problèmes d'alcool : l'usage d'alcool est vu comme un sujet difficile à aborder à cause de la stigmatisation qui y est associée. Les médecins ne veulent pas apparaître comme moralisateurs et se disent peu sûrs de ce qui constitue un usage « sain » versus un « mésusage » 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

### 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

## PAGE 2

### Les médecins généraliste... (suite page 1)

- Difficultés d'intégrer le DIB dans la pratique : des contraintes logistiques et temporelles s'opposent à l'implémentation. Le dépistage est aussi perçu comme problématique lorsque les patients consultent pour des problèmes de santé sans lien avec la consommation d'alcool
- Vision de la prévention : même si la prévention est considérée comme importante, les médecins généralistes perçoivent que leur rôle premier est de traiter des maladies. En comparaison avec d'autres tâches de prévention (contrôle de la pression artérielle, dépistage du tabagisme), la prévention des problèmes d'alcool est vue comme hors de leurs compétences.
- Relation médecin-patient : le DIB est vu comme une ingérence dans la sphère privée, préjudiciable à la confiance que le patient peut avoir en son médecin.
- La structure du système de santé norvégien : le système de santé norvégien ne prévoit pas de code pour la facturation des problèmes d'alcool. Les médecins considèrent aussi que les services de santé situés

sur les lieux de travail sont des endroits plus appropriés pour le DIB.

Les médecins généralistes sont prêts à s'investir dans les efforts de prévention des problèmes d'alcool si les autorités initient des campagnes grand public centrées sur ce sujet.

Commentaires : Le rôle des généralistes comme agents essentiels de la prévention doit être renforcé. Des problèmes structurels et pratiques (dépistage par des assistantes médicales, paiement des prestations) doivent être pris en compte, dans la mesure où la charge représentée par le DIB dépasse probablement le désir que les médecins peuvent avoir de l'implémenter.

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

Référence : Nygaard P, Aasland OG. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(1):52-60.

### Des interventions de premier recours diminuent-elles la consommation d'alcool chez des buveurs plus âgés ?

L'effet d'interventions brèves (IB) sur des buveurs plus âgés est incertain. Jusqu'à présent, la recherche a démontré une certaine efficacité, mais la consommation à risque y était décrite de façon réduite et les facteurs de risque associés à cette population, tels que l'interaction avec des médicaments ou la comorbidité, n'y étaient pas pris en compte. Dans cette étude, 631 buveurs à risque\* âgés de  $\geq 55$  ans ont été randomisés en un groupe d'intervention (conseil donné par un intervenant de premier recours, information écrite personnalisée, matériel éducatif et suivi téléphonique par un éducateur de la santé à 2, 4 et 8 semaines) et un groupe contrôle (matériel éducatif uniquement). Les participants étaient principalement des hommes, blancs et bien éduqués. Leur consommation rapportée au baseline était en moyenne de 15 boissons par semaine.

- A 3 mois, les participants du groupe intervention rapportaient une diminution de la consommation hebdomadaire (8.9 boissons alcoolisées par semaine versus 10.7) et avaient moins de chances d'être des consommateurs à risque (50% versus 61%) que les contrôles. Par contre, seule la diminution du nombre de boissons par semaine était encore significative à 12 mois.
- Le taux de perte au suivi était plus élevé dans le groupe intervention (21% à 3 mois et 29% à 12 mois) que dans le groupe contrôle (4% à 3 mois et 7% à 12 mois).

\* Score de 1-7 sur l'échelle d'évaluation du risque d'alcool (CARET : Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool). Le CARET est un instrument validé qui évalue les conditions à haut risque de comorbidité et de prise de médication liées à la consommation d'alcool, ainsi que les modes de consommation considérés à risque.

Commentaires : L'intervention a peut-être diminué la consommation d'alcool, mais vu la différence significative du taux de perte au suivi entre les groupes intervention et contrôle, l'effet bénéfique pourrait aussi être le résultat de l'abandon de l'étude des consommateurs à risque. Par ailleurs, le fait que le nombre de boissons ait baissé dans les deux groupes à 3 et 12 mois, comparé au baseline, suggère un effet lié à la recherche, à l'histoire naturelle, à une contamination possible sur les sites de l'étude, et/ou à un effet supérieur à celui attendu des matériaux éducatifs distribués au groupe contrôle. Les sessions de suivi nécessitent peut-être d'être étendues au-delà de 8 semaines afin de maintenir un effet positif chez des buveurs plus âgés.

Cristiana Fortini  
(traduction française)  
Kevin L. Kraemer, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence : Moore AA, Blow FC, Hoffing M, et al. Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2011;106(1):111-120.

## Naltrexone : sûre et moyennement efficace pour la dépendance à l'alcool.

La collaboration Cochrane qui recherche et résume les preuves de grande qualité issues de la littérature médicale a récemment mis à jour une revue de 2005 qui incluait 29 essais d'antagonistes des opioïdes dans la dépendance à l'alcool. La revue actuelle analysait 50 essais randomisés et contrôlés en double aveugle d'antagonistes opioïdes chez 7 793 patients. 43 études ont testé la naltrexone per os, 3 le nalmefene et 4 la naltrexone injectable de libération retard. Le suivi allait de 4 à 52 semaines.

- Comparée à un placebo, la naltrexone,
  - diminuait le risque de consommation importante\* (risque relatif (RR), 0.83 ; 51% versus 61%),
  - diminuait le risque pour toute consommation (RR, 0.96 ; intervalle supérieur de confiance 1.00 ; 71% versus 74%),
  - était associée à une moyenne de 4 jours de consommation de moins par mois et
  - diminuait le nombre de jours avec consommation importante, le nombre de boissons par jour de consommation et les taux de gammaglutamyltransférase.
- Les effets secondaires étaient 5% plus fréquents avec la naltrexone qu'avec le placebo et incluaient inconfort abdominal, nausées, vomissements, anorexie, somnolence, fatigue, vision floue, dépression, diminution de la libido et cauchemars.
- Le nalmefene et la naltrexone injectable avaient une efficacité similaire à la naltrexone per os, mais la naltrexone injectable semblait causer plus de somnolence diurne (différence de risque = 22% en comparaison à un placebo).

- Dans les essais avec 3 groupes qui incluaient l'acamprosate, la naltrexone et l'acamprosate avaient une efficacité comparable et les associer n'était pas plus efficace que d'utiliser la naltrexone seule.

\*définie comme 5 ou plus unités standard d'alcool par jour pour un homme (4 ou plus pour une femme)

Commentaires : Les antagonistes opioïdes (conclusion essentiellement basée sur les études concernant la naltrexone per os) sont efficaces dans le traitement de la dépendance à l'alcool mais leur effet est faible. Les études actuelles montrent peu de bénéfice à les combiner avec d'autres médicaments, mais trop peu d'études ont été faites pour aboutir à une conclusion significative. Bien que l'ajout d'antagonistes opioïdes à un traitement psychosocial ait un effet légèrement supérieur à un traitement psychosocial seul, les études disponibles nous disent bien peu sur leur efficacité comparée à d'autres médicaments.

Dresse Lucie Dind  
(traduction française)  
Richard Saitz, MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence : Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. December 8, 2010;12:CD001867.

## L'intervention motivationnelle brève réduit la consommation abusive d'alcool.

L'efficacité de l'intervention motivationnelle brève (IMB) en médecine de premier recours a été bien décrite. Cette étude randomisée contrôlée a évalué l'efficacité de l'intervention motivationnelle brève (IMB) en tant qu'intervention de santé publique dans un collectif d'hommes de 20 ans au moment de leur recrutement dans l'armée suisse (n = 418), quel que soit leur niveau de consommation d'alcool. 65% du collectif satisfaisaient aux critères de consommation abusive d'alcool\* ("binge drinking"). L'intervention était délivrée par un conseiller spécialement formé à cette pratique et la durée moyenne de l'intervention était de 16 minutes. La consommation hebdomadaire et le nombre d'épisodes de "binge drinking" par mois étaient évalués au début de l'étude et six mois plus tard. 89% des participants ont pu être évalués lors du suivi à six mois.

- Parmi les hommes qui rapportaient une consommation abusive d'alcool au moment de l'inclusion dans l'étude, le nombre moyen de verres par semaine a diminué de 1.5 dans le groupe IMB et augmenté de 0.8 dans le groupe contrôle. Le nombre d'épisodes mensuels de "binge drinking" a diminué de 1.5 dans le groupe intervention et de 0.8 dans le groupe contrôle.
- Parmi les participants qui ne rapportaient pas de consommation abusive d'alcool au moment de l'inclusion dans l'étude, il n'y

avait pas de différence significative entre les deux groupes dans le maintien d'une consommation à bas risque.

\*Consommation de  $\geq 60$  g d'alcool pur par jour lors d'une occasion de consommation au moins une fois par mois.

Commentaires: Cette étude populationnelle montre que l'IMB réduit la consommation abusive d'alcool parmi les hommes jeunes qui ont des habitudes de "binge drinking". Bien qu'il serait coûteux d'appliquer ce type d'intervention à tous les sujets éligibles, ces résultats apportent des arguments supplémentaires démontrant l'efficacité de l'intervention motivationnelle brève dans une population qui n'est pas demandeuse de traitement et qui présente une prévalence élevée de "binge drinking"

Dr Jean-Bernard Daepfen  
(traduction française)  
Hillary Kunins, MD, MPH, MS  
(version originale anglaise)

Référence : Daepfen JB, Bertholet N, Gaume J, et al. Efficacy of brief motivational intervention in reducing binge drinking in young men: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2011;113(1):69–75.

## La buprénorphine sublinguale et la buprénorphine/naloxone formule sublinguale pour le traitement de la dépendance aux opiacés.

En 2010, la Food and Drug Administration a approuvé une formule sublinguale de buprénorphine/naloxone (B/N) pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Des chercheurs ont conduit un essai randomisé contrôlé de buprénorphine sublinguale et de B/N formule sublinguale auprès de 39 consommateurs d'héroïne actifs afin de déterminer l'efficacité de ces deux formules quant à la suppression des symptômes de sevrage lors de l'introduction de buprénorphine. Les sujets ont été maintenus sous morphine sous-cutanée

pendant les 8 jours qui précédaient la randomisation, afin de standardiser leur dépendance aux opiacés. Pendant le même temps, ils ont été soumis au test de la naloxone pour vérifier qu'ils pouvaient présenter des symptômes de sevrage mesurables. Après la randomisation, les sujets recevaient 12 mg de buprénorphine ou 12 mg/3 mg de B/N sublinguale en 3 doses réparties sur le jour 1, puis 16 mg de buprénorphine ou 16 mg/4 mg de B/N pendant les jours 2 à 5.

(suite en page 4)

## La buprénorphine sublinguale... (suite page 3)

- 4 sujets (2 dans chaque groupe) ont abandonné après la première dose en raison du contrôle insuffisant des symptômes de sevrage.
- Les autres sujets ont présenté des diminutions significatives dans les scores de l'échelle de sevrage des opiacés (COWS) au jour 1. Celles-ci ont persisté pendant les jours 2 à 5.
- Aucune différence significative n'a été relevée dans les scores COWS, les changements de diamètre de la pupille ou les symptômes de sevrage.
- Un sujet (groupe d'attribution non précisé) a présenté une élévation des enzymes hépatiques > 3 fois la limite supérieure à la normale pendant les 5 jours de traitement.

Commentaires : Dans cette étude, tant la buprénorphine sublinguale que la formule B/N sublinguale ont diminué les symptômes de sevrage pendant la phase d'introduction, sans différence significative entre les groupes. Il faut cependant noter que l'étude était financée par le fabricant des deux formes de buprénorphine

(comprimé et sublingual) et qu'aucune comparaison n'était établie avec l'introduction de la forme comprimé. L'existence d'une deuxième forme d'un traitement efficace pour soigner la dépendance aux opiacés peut augmenter son accessibilité, mais les arguments marketing relatifs à la préférence des patients, au temps de dissolution plus court, au goût plus agréable, à la sécurité pour les enfants et à la facilité de transport de la forme sublinguale n'ont pas été confirmés par des études indépendantes.

Ruth Borloz  
(traduction française)  
Alexander Y. Walley, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence: Strain EC, Harrison JA, Bigelow GE. Induction of opioid-dependent individuals onto buprenorphine and buprenorphine/naloxone soluble-films. *Clin Pharmacol Ther.* 2011;89(3):443-449.

## Effet de la buprénorphine sur le syndrome d'abstinence néonatal: comparaison avec la méthadone.

Même si la méthadone a constitué, jusqu'ici, le traitement principal pour les femmes enceintes dépendantes des opiacés, l'exposition in utero à la substance peut entraîner un syndrome d'abstinence néonatal (SAN) chez le nouveau-né, une complication grave qui nécessite souvent des ressources importantes et une hospitalisation prolongée. Dans cet essai clinique en double aveugle et double insu, les chercheurs ont randomisé 175 femmes enceintes dépendantes aux opiacés (entre 6 et 30 semaines de gestation) de 8 sites internationaux en deux groupes, l'un avec traitement de buprénorphine, l'autre avec traitement de méthadone. Ils ont ensuite comparé les résultats par rapport à la problématique du SAN.

- 28 des 86 femmes du groupe buprénorphine (33%) et 16 des 89 femmes du groupe méthadone (18%) ont interrompu le traitement.
- Des taux similaires de SAN ont été observés dans les groupes buprénorphine et méthadone (47% vs 57%,  $p = 0.26$ ). Il n'y avait pas de différences entre les groupes au niveau du pic du SAN ou du périmètre crânien des nourrissons.
- Par rapport aux nouveau-nés qui ont présenté un SAN dans le groupe méthadone, ceux du groupe buprénorphine ont eu besoin de moins de morphine (1.1 mg contre 10.4 mg de dose totale moyenne), une durée d'hospitalisation moindre (10 jours contre 17.5 jours) et un traitement plus court (4.1 jours contre 9.9 jours).

Commentaires : Bien que dans cette étude les nouveau-nés exposés in utero à la buprénorphine étaient aussi susceptibles de présenter un SAN que ceux exposés à la méthadone, ils ont eu besoin de 89% de morphine en moins pour leur traitement et ont passé 43% de temps en moins à l'hôpital. Il est à relever qu'en dépit de similitudes apparentes des caractéristiques lors de l'inclusion, une plus grande perte au suivi a été observée dans le groupe buprénorphine, essentiellement due à l'insatisfaction par rapport à la médication. Les raisons pourraient être liées à un sevrage inadéquat au moment de l'introduction de la buprénorphine, à un dosage inadéquat pendant la phase d'introduction, une absorption variable de la buprénorphine chez les femmes enceintes et une efficacité moindre, en comparaison de la méthadone, pour réduire le craving de substances opiacées, en particulier chez les patientes qui présentaient une consommation importante d'opiacés avant le début du traitement.

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

Référence: Jones HE, Kaltenbach K, Heil SH, et al. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. *N Engl J Med.* 2010;363(24):2320-2331.

## Est-ce que la naltrexone est plus efficace chez les patients dépendants à l'alcool qui aiment bien le sucré ?

La naltrexone a une efficacité modeste pour la dépendance à l'alcool. La préférence pour le sucré pourrait être le reflet de l'activité opioïde endogène et prédire l'efficacité de la naltrexone. Une étude contrôlée en double aveugle contre placebo d'une durée de 32 semaines a examiné la relation entre la préférence pour le sucré et l'efficacité de la naltrexone parmi 78 sujets alcool-dépendants (dont 45 attribués au groupe naltrexone). Les sujets ont classé des solutions de sucrose de six concentrations différentes et les résultats ont été utilisés pour générer un « score de sucre » basé sur la corrélation entre la préférence exprimée et la concentration de sucrose.

L'effet de la naltrexone sur le nombre de rechutes considérées comme importantes\* était significativement différent suivant le score de sucre (haut ou bas). Des scores de sucre plus élevés étaient associés à un nombre inférieur de rechutes considérées comme importantes dans le groupe naltrexone, mais pas dans le groupe placebo: à chaque augmentation d'une unité du score de sucre dans le groupe naltrexone, on a enregistré 1.2 rechutes de moins pendant la période de l'étude.

(suite en page 5)

## Est-ce que la naltrexone est plus efficace ... (suite page 4)

- L'effet de la naltrexone sur la consommation hebdomadaire d'alcool et sur le besoin irrésistible de consommer (craving) n'était pas influencé par la préférence pour le sucré.

\*Définies comme a)  $\geq 5$  boissons à au moins une occurrence durant la période de 1-4 semaines entre les entretiens de suivi, b)  $\geq 5$  jours de consommation par semaine depuis le dernier entretien de suivi, ou c) se présenter en état d'alcoolisation à l'entretien de suivi.

Commentaires : Il aurait été utile que l'article quantifie la différence d'efficacité de la naltrexone selon le « score de sucre » élevé ou bas des participants. Bien que le score de sucre ne semble pas modifier l'effet de la naltrexone sur le craving ou sur la consommation hebdomadaire moyenne, les résultats suggèrent que la naltrexone pourrait diminuer les rechutes chez les patients avec une préférence pour le sucre. Une étude complémentaire pourrait clarifier si des questions posées aux patients alcoolodépendants

sur leur préférence pour le sucré pourraient aider les intervenants à prescrire de la naltrexone à ceux qui sont plus susceptibles d'en bénéficier.

Dr Antonios Gerostathos  
(traduction française)  
Christine Pace, MD,\* & Richard Saitz, MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence: Laaksonen E, Lahti J, Sinclair JD, et al. Predictors for the Efficacy of Naltrexone Treatment in Alcohol Dependence: Sweet Preference. *Alcohol Alcohol*. January 25, 2011 [E-pub ahead of print].

\*Contributing Editorial Intern and Fellow in General Internal Medicine, Clinical Addiction Research and Education (CARE) Unit, Boston University School of Medicine, Boston, MA.

## Impact sur la santé

### A partir de quel niveau de consommation d'alcool le risque de fibrillation auriculaire augmente-t-il ?

La consommation d'alcool augmente le risque de fibrillation auriculaire (FA), mais on ne sait pas si ce risque suit une courbe de type dose-réponse. Afin de répondre à cette question, des chercheurs ont réalisé une méta-analyse de 14 études de cohorte ou cas-contrôle. Pour chaque étude, l'effet relatif sur la FA dans la catégorie de consommation d'alcool la plus élevée en comparaison de la plus basse a été calculé. Les résultats individuels ont ensuite été combinés, puis analysés à l'aide de modèles de régression les plus adaptés aux données (linéaire ou "spline").

- Le cut-off pour la catégorie de consommation d'alcool la plus élevée variait de 1.5 à 6 verres par jour dans les études incluses.
- L'estimation du risque combiné de FA était 1.5 fois plus grand pour la catégorie de consommation d'alcool la plus élevée.
- La consommation d'alcool variait entre 4.0 et 86.4 g par jour dans les 9 études utilisées pour évaluer la relation dose-réponse. Dans cette analyse, le risque de FA augmentait de 8% pour chaque 10 g additionnels d'alcool consommés par jour.

Commentaires: Cette méta-analyse montre une augmentation du risque de FA liée à l'augmentation de la consommation d'alcool. L'article n'apporte pas de données appropriées pour calculer un "nombre nécessaire d'abstinents" pour prévenir une FA et ne donne pas de limite exacte de consommation. Le risque semble cependant commencer à augmenter à des niveaux généralement considérés comme à bas risque pour la santé. Bien que ces résultats puissent être utiles lors de discussions avec les patients autour des risques liés à la consommation d'alcool, ils ne sont pas assez solides pour changer les recommandations habituelles pour des niveaux de consommation d'alcool à risque moins élevé.

Dr Didier Berdoz  
(traduction française)  
Kevin L. Kraemer, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence: Kodama S, Saito K, Tanaka S, et al. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(4):427-436.

### Les consommateurs "à problème" boivent moins avec le temps.

L'alcoolodépendance peut être une maladie chronique et on pense que si la consommation à risque ou "problématique" n'est pas prise en charge, elle mène à la dépendance. Il existe cependant peu d'études utilisant des données populationnelles qui montrent dans quelle mesure cette hypothèse est exacte. Des enquêteurs ont mené des entretiens en tête-à-tête avec 672 personnes vivant en Californie du Nord et identifiées comme consommateurs à problèmes\*. Celles-ci ont été dépistées par le biais d'appels téléphoniques faits au hasard, en composition de numéro aléatoire. Sept vagues d'interviews ont été réalisées en 11 ans. 20% du collectif remplissaient les critères d'alcoolodépendance.

L'âge moyen des participants était de 35 ans; 39% étaient des femmes, 71% étaient de race caucasienne et 40% étaient mariés.

- En moyenne, sur la durée, la consommation a diminué de 4 à 2 boissons/jour pour les hommes, et de 2 à 1 boisson pour les femmes. Pas plus de 10% ne sont devenus abstinents. La plus grande partie de la réduction a eu lieu pendant la première année. Peu de changements ont eu lieu dans les 6 dernières années.
- Faire partie d'un réseau de gros buveurs, être encouragé à chercher de l'aide par rapport à la consommation d'alcool et entrer en traitement étaient associés à une augmentation de la consommation. A l'inverse, avoir des contacts avec des associations communautaires et fréquenter les Alcooliques Anonymes étaient associés à une diminution de la consommation.

(suite en page 6)

## Les consommateurs « à problème »... (suite page 5)

\* défini par la présence de  $\geq 2$  des critères suivants: une conséquence liée à l'alcool sur le plan social, un symptôme d'alcool-dépendance, ou une forte consommation (5 boissons quotidiennes dans un mois pour les hommes, et 3 boissons quotidiennes dans une semaine pour les femmes).

Commentaires: Malheureusement, cet article ne nous dit pas si la consommation à problème (par ex. boire trop avec des conséquences négatives) a diminué. Il n'apparaît pas clairement dans quelle mesure le changement a été spontané et les associations entre les facteurs d'exposition étudiés et les changements au niveau de la consommation sont difficiles à interpréter (par ex., il est possible que les gens augmentent leur consommation puis entrent en traitement, plutôt que ce soit le traitement qui les incite à augmenter leur consommation). Les résultats suggèrent que la consommation diminue au fil du temps chez les gens qui boivent

trop et en subissent des conséquences. Nous avons besoin de mieux comprendre pourquoi certaines de ces personnes développent une dépendance, pourquoi d'autres se remettent spontanément tandis que d'autres non.

Dresse Nathalie Terrier Fumagalli  
(traduction française)  
Richard Saitz MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence: Delucchi KL, Kaskutas LA. Following problem drinkers over eleven years: understanding changes in alcohol consumption. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71(6):831–836.

## L'abus d'alcool et d'autres drogues est commun chez les adolescents qui abusent d'opioïdes sans prescription médicale.

L'abus d'opioïdes sans prescription médicale (OSPM) est un problème grandissant. Cette étude a évalué la consommation d'OSPM et d'autres substances dans une cohorte de 912 jeunes adultes du Nord-Ouest américain. Les participants étaient interrogés au moins une fois par année depuis la première année d'école primaire jusqu'à l'âge de 21 ans. Les auteurs ont examiné l'évolution des modes de consommation d'OSPM, la prévalence de consommation d'autres drogues parmi les consommateurs d'OSPM et si la consommation d'OSPM entre 15 et 21 ans était associée à des conséquences négatives\*.

- Environ un tiers des répondants rapportait une consommation d'OSPM entre 15 et 20 ans. Parmi ceux-ci, 11% étaient qualifiés de consommateurs sévères (10 fois ou plus par année).
- Presque tous les consommateurs sévères consommaient également de l'alcool (100%), du tabac (92%) et du cannabis (96%). Trois quarts avaient consommé de la cocaïne et deux tiers des produits hallucinogènes, de l'ecstasy et des amphétamines.
- Dans les analyses non ajustées, la consommation d'OSPM était associée à des problèmes de drogues, à des troubles de l'humeur, au fait d'être au chômage ou non-inscrit dans une école, à une santé fragilisée, à des comportements violents et à l'implication dans des vols ou dommages à la propriété.

- Dans les analyses ajustées pour le sexe et la consommation d'autres substances, seuls les comportements violents étaient encore associés à la consommation d'OSPM.

\*Problèmes de drogues, troubles de l'humeur, comportements non-productifs, mauvaise santé physique, violence et/ou vols et dommages à la propriété.

Commentaires : Cette étude démontre qu'il y a un chevauchement important entre la consommation d'OSPM et la consommation d'autres drogues chez les adolescents. Elle suggère qu'il existe peu de conséquences négatives propres à la consommation d'OSPM seule. Ceci n'exclut pas des effets négatifs plus tard dans la vie. L'association entre consommation d'OSPM et comportements violents est intéressante et devrait être étudiée plus en détail.

Jacques Gaume, PhD  
(traduction française)  
Darius A. Rastegar, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Catalano RF, White HR, Fleming CB, et al. Is non-medical prescription opiate use a unique form of illicit drug use? *Addict Behav*. 2011;36(1–2):79–86.

## Transition entre consommation et dépendance: le type de substance et de comorbidité joue un rôle.

Pour estimer la probabilité de développer une dépendance aux substances et identifier les facteurs prédictifs de la transition de l'usage d'une substance à la dépendance, les enquêteurs ont utilisé les données de 30'000 personnes interrogées dans le « National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions » (NESARC) qui ont déclaré consommer de la nicotine, de l'alcool, du cannabis ou de la cocaïne régulièrement. Des méthodes actuarielles, ainsi que des analyses de survie multivariées ont été utilisées pour identifier des associations indépendantes entre les comorbidités psychiatriques et d'abus de substance, et le risque de dépendance.

- Les risques à un an, dix ans et tout au long de la vie pour la

transition vers la dépendance après la première utilisation étaient respectivement les suivants:

- 2%, 16%, et 68% pour la nicotine,
- 2%, 11%, et 23% pour l'alcool,
- 2%, 6% et 9% pour le cannabis,
- 7%, 15%, et 21% pour la cocaïne.
- Avoir une comorbidité en santé mentale ou un trouble de l'utilisation de substances augmente le risque de transition vers la dépendance (ratio de risque, 2-4).
- Le passage à la dépendance à la cocaïne ou au cannabis était plus rapide que le passage à la dépendance à l'alcool ou à la nicotine: environ la moitié de tous les cas de dépendance à la cocaïne ont eu lieu 4 ans après la première utilisation, la

(suite en page 7)

## Transition entre consommation et dépendance: ...(suite page 6)

moitié de tous les cas de dépendance au cannabis a eu lieu 5 ans après la première utilisation, la moitié de tous les cas de dépendance à l'alcool s'est produite 13 ans après la première utilisation et la moitié de tous les cas de dépendance à la nicotine a eu lieu 27 ans après la première utilisation.

Commentaires: Les risques à vie de la transition vers la dépendance aux drogues ou à l'alcool après la première utilisation sont très variables. Les cliniciens traitent de nombreux patients qui consomment, mais ne sont pas dépendants. Ces résultats peuvent aider les cliniciens à mieux conseiller les patients consommateurs de substances sur leur risque de dépendance, ce qui pourrait, à son tour, les motiver pour un changement de comportement positif.

Dr Ghazi Kardous  
(traduction française)  
Kunins Hillary, MD, MPH, MS  
(version originale anglaise)

Référence: Lopez-Quintero C, Cobos JP, Hasin DS, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend.* December 7, 2010 [E-pub ahead of print].

## Consommation modérée ou élevée d'alcool : risque augmenté de maladie coronarienne chez les hommes présentant une douleur thoracique ou un ECG anormal.

Un échantillon de 1'476 hommes chinois de 36 à 84 ans s'étant présentés consécutivement pour une angiographie cardiaque en raison d'une douleur thoracique ou d'un ECG anormal a été évalué pour des lésions dues à une maladie coronarienne obstructive; cette évaluation se faisait en fonction de la consommation d'alcool rapportée par les sujets. Les catégories de consommation incluaient les non-buveurs (< 1 boisson/semaine), les petits buveurs (1 à 6 boissons/sem.), les buveurs modérés (7 à 13 boissons/sem.) et les grands buveurs (>13 boissons/sem.).

- Les odds ratios ajustés\* (AORs) pour les lésions coronariennes confirmées par angiographie chez les petits buveurs, buveurs modérés et grands buveurs étaient respectivement de 1,16 (intervalle de confiance [CI] 95%, 0,68-1,94), 1,78 (95% CI, 1,35-2,27), et 2,18 (95% CI, 1,46-3,25).
- Comparés aux non-buveurs, les AORs étaient de 1,03 pour ceux qui avaient consommé pendant 0 à 15 ans, 1,61 pour ceux ayant consommé pendant 16 à 30 ans et 1,98 pour ceux ayant consommé >30 ans.

\*Les analyses ont été ajustées pour l'âge, l'indice de masse corporelle, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hyperlipidémie, le tabagisme et l'activité physique. Les durées n'ont pas été ajustées à la quantité et/ou la fréquence, ni les quantités/fréquence à la durée.

Commentaires : Bien que les auteurs concluent que la consommation d'alcool modérée à importante et une durée plus longue de consommation augmentent le risque de maladie coronarienne chez les Chinois, cette étude était basée sur un groupe sélectionné de patients : ceux avec douleurs thoraciques ou des ECG modifiés. D'autres études en Chine, basées sur des populations plus larges, ont montré que les consommateurs d'alcool sont moins susceptibles de développer une maladie coronarienne, des résultats similaires à ceux retrouvés dans la plupart des populations occidentales. Les résultats suggèrent cependant que même une consommation modérée peut augmenter la probabilité d'une obstruction coronarienne. Le résultat le plus important par rapport à la maladie coronarienne obstructive est de déterminer si une association existe entre l'alcool et les événements cliniques (infarctus du myocarde, décès d'origine cardiaque), ce qui nécessitera des études de suivi sur le long terme.

Dr Géraldine Pralong d'Alessio  
(traduction française)  
R. Curtis Ellison, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Zhou X, Li C, Xu W, et al. Relation of alcohol consumption to angiographically proved coronary artery disease in Chinese men. *Am J Cardiol.* 2010;106(8):1101-1103.

## L'inhalation du gaz des sprays de nettoyage pour ordinateur est une pratique courante chez les adolescents antisociaux.

L'abus de substances inhalées constitue un problème répandu et sous-estimé chez les adolescents, en particulier chez ceux qui présentent un comportement antisocial. Les sprays de nettoyage pour ordinateurs (CDS) contiennent des hydrocarbures halogénés et des rumeurs ont circulé à propos d'une consommation abusive de ces sprays chez les jeunes. Afin d'étudier le sujet de plus près, des chercheurs ont analysé les données de 723 adolescents (âge 13 à 17 ans, 87% de sexe masculin) hébergés en 2004, pour cause de comportement antisocial, dans 32 centres de traitement résidentiel de la Division des services à la jeunesse du Missouri.

- Environ 1 jeune sur 7 (15%) a déclaré avoir déjà consommé du CDS. Parmi ceux-ci, 91% ont rapporté qu'ils « se défonçaient »

lorsqu'ils inhalaient du CDS et 13% ont dit avoir consommé du CDS plus de 100 fois.

- La plupart de ceux qui consommaient du CDS (59%) le pulvérisaient directement dans la bouche ; 6% l'inhalaient à partir d'un sac et 6% à partir d'un chiffon saturé.
- En comparaison des non-consommateurs, les usagers de CDS étaient généralement plus âgés, de race caucasienne et vivaient dans une petite ville. Ils présentaient également des niveaux plus élevés de risque de suicide, des traumatismes antérieurs, des symptômes psychiatriques, des traits antisociaux et des problèmes de consommation de substances plus sévères.

## L'inhalation du gaz des sprays de nettoyage ... (suite page 7)

Commentaires : Cette étude suggère que l'inhalation de CDS peut constituer un problème sérieux, en particulier chez les jeunes qui habitent des zones rurales et qui manifestent un comportement antisocial. Il n'apparaît pas clairement dans quelle mesure il s'agit d'un problème émergent ou de la continuation d'un vieux problème, à savoir le remplacement d'une substance que l'on peut inhaler et dont l'abus est connu, telle que les produits nettoyants pour têtes de lecture vidéo, par une substance nouvelle sur le marché.

Ruth Borloz  
(traduction française)  
Darius A. Rastegar, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Garland EL, Howard MO. Inhalation of computer duster spray among adolescents: an emerging public health threat? *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(6):320-324.

**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](http://www.aodhealth.org).**

**Sont également disponibles sur ce site en version anglaise des présentations à télécharger, ainsi qu'une formation gratuite au dépistage et à l'intervention brève.**

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)