

TABLE DES MATIERES

INTERVENTIONS & EVALUATIONS

Une prophylaxie pré-exposition par prise quotidienne de ténofovir réduit la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogue par injection. Page 1

Dépistage et Intervention Brève: une mise à jour de l'USPSTF, fait des recommandations et souligne les lacunes de preuves d'efficacité. Page 1

Fumer pendant une désintoxication aux opiacés est associé à une augmentation des « cravings » d'opiacés et de nicotine. Page 2

Tendances dans les soins ambulatoires pour personnes avec abus de substances. Page 3

IMPACT SUR LA SANTE

Troubles dus à l'utilisation d'alcool: plus de mortalité qu'estimé précédemment. Page 3

Le binge drinking chez les jeunes adultes en bonne santé augmente le risque de maladies cardio-vasculaires. Page 4

Le football américain et la lutte sont associés avec l'utilisation non médicale des opioïdes chez les adolescents. Page 4

Augmentation des cas signalés d'arythmies cardiaques associées à la méthadone. Page 5

Relation entre la consommation d'alcool et le risque de mourir de cancer. Page 5

Revue systématique de l'usage d'opioïdes comme antalgiques: le potentiel addictif demeure incertain. Page 6

L'hémorragie sous-arachnoïdienne après prise de cocaïne est associée avec re-rupture anévrysmale et décès. Page 6

VIH ET VHC

Les personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C présentent des mesures de fibrose hépatique égales à celles de personnes uniquement atteintes d'hépatite C qui ont près de dix ans de plus. Page 6

Chez les patients avec usage excessif d'alcool, la réponse au traitement de l'hépatite C est semblable à celle observée chez les abstinentes. Page 7

ECLAIRAGE

Protection de la confidentialité dans la recherche impliquant des personnes avec problème d'abus de substances. Page 7

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

JUILLET—AOÛT 2013

INTERVENTIONS & EVALUATIONS

Une prophylaxie pré-exposition par prise quotidienne de ténofovir réduit la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection.

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) par une polythérapie ténofovir/emtricitabine ou une monothérapie de ténofovir abaisse environ de moitié l'incidence de l'infection à VIH par transmission sexuelle, à condition que le traitement soit bien respecté. Des chercheurs ont mené un essai aléatoire contrôlé contre placebo de PrEP quotidienne par ténofovir à Bangkok, en Thaïlande, sur 2 413 personnes qui s'étaient injecté des drogues au cours de l'année précédente. Les centres d'étude étaient 17 cliniques de traitement de la toxicomanie qui offraient un paquet d'activités de prévention du VIH et un traitement sous surveillance directe. Les participants pouvaient choisir de recevoir le médicament par traitement quotidien sous surveillance directe ou par visites mensuelles, avec possibilité de changer d'avis chaque mois.

- Au commencement de l'étude, 33 % de l'échantillon présentaient une consommation abusive de méthamphétamine, 22 % d'héroïne, 23 % de midazolam et 22 % recevaient un traitement d'entretien à la méthadone.
- Au commencement de l'étude, le groupe sous placebo déclarait davantage de rapports sexuels dans les 12 semaines précédentes parmi les hommes qui avaient des rapports sexuels avec des hommes (6 % contre 4 %) et des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (40 % contre 36 %).
- La durée moyenne de suivi a été de 4 ans. L'adhésion moyenne au traitement a été de 84 % des jours. Les participants ont reçu le traitement sous surveillance directe 87 % des jours d'étude.
- 45 % des participants ont déclaré au moins une consommation de drogue par voie intraveineuse pendant le suivi.
- On a observé 17 séroconversions au VIH

(incidence de 0,35 pour 100 années-personnes) dans le groupe ténofovir et 35 (0,68 pour 100 années-personnes) dans le groupe placebo, soit une baisse de 49 % de l'incidence du VIH. L'incidence du VIH n'a pas changé jusqu'à 36 mois de suivi.

- Les nausées, les vomissements (8 % contre 5 %) et l'élévation de l'ALT (53 % contre 49 %) étaient plus fréquents dans le groupe sous ténofovir.

Commentaires : comme dans les essais antérieurs sur les groupes sexuels à risque, dans cet essai sur des personnes qui s'injectent des drogues, la prophylaxie pré-exposition a diminué de moitié la transmission du VIH. Le respect du traitement était le facteur capital, probablement encouragé par les centres d'études qui étaient des centres de lutte contre la toxicomanie et offraient le traitement sous surveillance directe quotidienne et un traitement d'entretien à la méthadone. Les analyses n'ont pas tenu compte d'un certain déséquilibre du risque sexuel en faveur du groupe ténofovir lors de l'évaluation initiale.

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

Référence : Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, et coll. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2013;381(9883):2083–2090.

Dépistage et Intervention Brève: une mise à jour de l'USPSTF, fait des recommandations et souligne les lacunes de preuves d'efficacité.

Le Groupe de Travail de Service de Prévention des États-Unis (USPSTF) a formulé de nouvelles recommandations afin de mettre à jour celles déjà émises en 1996 et 2004 concernant le dépistage et les conseils de comportement pour

les consommateurs à risque d'alcool dans les soins de premier recours. Ces nouvelles recommandations ne changent pas essentiellement par rapport à celles de 2004.

(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'alcoolologie
Département universitaire de médecine
et santé communautaires
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Lausanne, Suisse

Dépistage et Intervention Brève... (suite page 1)

- Le groupe de travail recommande que les cliniciens dépistent les adultes et les personnes avec consommation à risque ou à problème d'alcool (définis par une consommation entraînant une augmentation de risque et de conséquences sur la santé) avec des interventions brèves.
- Le groupe de travail conclut également que les données en cours sont insuffisantes pour dépister les adolescents.

La recommandation pour dépistage des adultes est de «catégorie B», ce qui signifie qu'il y a une forte certitude que le bénéfice net soit modéré. Pour dépister, l'USPSTF préfère valider le dépistage par une question unique avec l'AUDIT, et les 3 premières questions de l'AUDIT (Audit-C). Un test de dépistage positif doit être suivi d'une intervention brève (au moins 6-15 minutes), plus efficace si elle est répétée. Il y a peu de preuves d'efficacité d'intervention très brèves et uniques.

Commentaires: les preuves et les recommandations sont claires, cependant, elles sont très circonscrites et limitées aux adultes en médecine de premier recours avec consommation à risque sans dépendance, pour un dépistage avec intervention brève, mais pas trop brève et répétée. L'USPSTF a également souligné plusieurs zones d'incertitude :

- L'impact sur la morbidité, la mortalité et la qualité de vie n'est pas connu.
- L'efficacité pour les personnes souffrant d'abus d'alcool ou de dépendance n'est pas

démontrée, une observation qui laisse les cliniciens dans l'embarras quand ils dépistent ces personnes

- L'efficacité pour les adolescents n'est pas connue

Malheureusement, l'USPSTF a manqué une occasion de corriger son mauvais choix avant d'utiliser le terme «mésusage». Ceux qui ont une dépendance à l'alcool peuvent être en désaccord avec ce terme. Pour les cliniciens, le fait que «mésusage» soit parfois utilisé pour désigner l'utilisation à risque et à d'autres moments utilisée pour se référer à la dépendance (par exemple, «mésusage sévère», selon l'Administration des Vétérans de la Santé des États Unis) est à nouveau source de confusion. Peu de nouveautés dans cette mise à jour de l'USPSTF, mais il recommande à nouveau une pratique qui devrait être largement diffusée.

Dr Isuf Rusinovci
(traduction française)
Richard Saitz MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence: VA Moyer au nom de la Preventive Services Task Force des États-Unis. Le dépistage et les interventions de counseling comportemental dans les soins primaires afin de réduire l'abus d'alcool: US Preventive Services Task Déclaration de recommandation de la Force. Ann Intern Med. 14 mai 2013 [Epub ahead of print]. doi: 10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652.

Fumer pendant une désintoxication aux opiacés est associé à une augmentation des "cravings" d'opiacés et de nicotine.

Plus de 80% des personnes présentant une addiction aux opiacés fument du tabac. Le taux de tabagisme reste élevé parmi les personnes qui sont en désintoxication. On ne sait pas si l'arrêt du tabagisme pendant une désintoxication a un impact sur les "cravings" [envies], les symptômes de manque ou la consommation de substances. Des doses minimales de naltrexone (0.125 mg–0.25 mg) données simultanément à des patients sous méthadone dans le cadre d'une désintoxication ont été associées à une diminution des symptômes de manque et des cravings. En utilisant les données d'une étude clinique randomisée administrant des petites doses de naltrexone pendant la période de désintoxication, des chercheurs ont conduit une étude observationnelle des cravings, de l'achèvement du traitement et de la consommation de substances. 174 sujets ont été inclus et catégorisés comme 'fumeurs sous traitement',

'non fumeurs' et 'fumeurs non autorisés à fumer'. Aucun soutien à l'arrêt du tabac, qu'il s'agisse de conseil ou de médicaments, n'a été offert dans le cadre du traitement.

- Les fumeurs en traitement ont des scores de cravings d'opiacés plus importants – contrairement aux scores de symptômes de manque – que les non fumeurs ou les fumeurs n'ayant pas le droit de fumer.
- Les fumeurs en traitement ont des scores de craving de nicotine plus haut que les fumeurs n'ayant pas le droit de fumer.
- Les fumeurs en traitement ont plus tendance à ne pas terminer la cure de désintoxication (59% versus 79%) et fument plus de cigarettes la semaine après le traitement (20 par jour versus 13) que les fumeurs n'ayant pas le droit de fumer.

Fumer pendant une désintoxication... (suite page 2)

- Parmi les fumeurs en traitement, ceux traités avec des doses minimales de naltrexone ont des scores de symptômes de manque et de craving plus bas que ceux sous placebo.

Commentaires: ces résultats préliminaires mettent en évidence que l'arrêt du tabac pendant une cure de désintoxication aux opiacés peut améliorer la dépendance aux opiacés et à la nicotine en réduisant les cravings. Par ailleurs, parmi les personnes qui fument pendant la désintoxication, une dose minimale de naltrexone peut atténuer les désavantages du tabagisme pendant le traitement. Des études cliniques randomisées sur l'arrêt du tabagisme et des petites doses de naltrexone sont justifiées pour détermi-

ner s'ils peuvent avoir un impact sur la dépendance aux opiacés et à la nicotine.

Sophie Paroz
(traduction française)
Alexander Y. Walley, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Mannelli P, Wu LT, Peindl KS, Gorelick DA. Smoking and Opioid Detoxification: Behavioral Changes and Response to Treatment. *Nicotine Tob Res.* Apr 9, 2013 [Epub ahead of print]. PMID: 23572466.

Tendances dans les soins ambulatoires pour personnes avec abus de substances.

La mesure dans laquelle la thérapie comportementale et la pharmacothérapie sont utilisées dans les soins ambulatoires aux États-Unis pour traiter les personnes atteintes d'abus de substances n'est pas connue. Dans ce bref rapport, les chercheurs ont étudié les données de 2 grandes enquêtes transversales représentatives au niveau national de médecins ayant identifié durant les visites ambulatoires, de 2001 à 2009, l'alcool et/ou troubles liés à l'usage de drogue (abus, de dépendance, d'intoxication ou de sevrage) comme raison de la visite. La thérapie comportementale a été définie comme la transmission de conseils en santé mentale, outils de gestion du stress, ou psychothérapie durant la visite. La pharmacothérapie a été définie comme la prescription de naltrexone, disulfirame, acamprosate, méthadone, buprénorphine durant la visite. * Le plan de sondage complexe a permis de faire des estimations pour les États-Unis.

- Les visites ambulatoires pour les troubles liés à l'usage de drogue ont augmenté de 10,6 millions en 2001-2003 à 18 millions en 2007-2009 ; de ceux-ci, les visites pour l'usage d'opiacés ont augmenté de 772.000 à 4,4 millions.
- La thérapie comportementale a été pratiquée dans environ 60 % des visites et n'a pas changé au fil du temps
- La pharmacothérapie a été prescrite lors de 643'000 visites (6 % du total) en 2001-2003 et 3,9 millions de visites (22 % du total) en 2007-2009, avec la méthadone et la buprénorphine représentant 76% des médicaments prescrits.
- L'absence de traitement pour des troubles liés à l'usage de drogue a été constaté dans 36 % des visites et n'a pas beaucoup changé au fil du temps.

* Dans une communication personnelle (14/06/2013), le Dr Frank note : «La méthadone enregistrée dans notre étude représente probablement 1) méthadone sur la liste des médicaments du patient mais pas prescrite par le médecin traitant, ou 2) centres de traitement à la méthadone ». La méthadone n'est pas approuvée pour le traitement de la dépendance aux opiacés par les cabinets de médecins mais uniquement par le biais des programmes de traitement pour les opiacés.

Commentaires: cette étude indique une augmentation nationale du nombre de visites de soins ambulatoires pour les troubles liés à l'usage de drogues de 2001 à 2009. Il n'est pas clair si cela est dû à une augmentation de la prévalence de la population sous-jacente des troubles liés à l'usage de drogue, une meilleure reconnaissance et codage par les prestataires de soins, ou une plus grande demande de soins. Certes, les données de la pharmacothérapie suggèrent la tendance importante à la hausse pour les troubles liés à l'utilisation d'opiacés qui peut être due à prescription accrue de buprénorphine, ce qui est encourageant. Bien que la pertinence de la gestion ne puisse être discernée à partir de ces données, le nombre de personnes qui n'ont pas reçu de traitement suggère une opportunité pour améliorer les soins.

Dr Alexandre Azemar
(traduction française)
Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Frank JW, Ayanian JZ, Linder JA. Management of substance use disorders in ambulatory care in the United States, 2001–2009. *Arch Intern Med.* 2012;172(22):1759–1760.

IMPACT SUR LA SANTE

Troubles dus à l'utilisation d'alcool: plus de mortalité qu'estimé précédemment.

Les troubles dus à l'utilisation d'alcool (AUDs) - comprenant la dépendance et l'utilisation abusive d'alcool - concernent plus de 12% des hommes et 5% des femmes aux États Unis. Une revue des AUDs et de la mortalité pour toutes causes de 1998 indiquait un risque accru de mortalité de 1.8 pour les hommes et de 3.8 pour les femmes, mais de nombreuses études sont apparues depuis. Cette méta-analyse d'études portant jusqu'au août 2012 cherchait à mettre à jour ces résultats.

- 81 études comprenant l'observation de 221'683 décès parmi

853'722 personnes concernées par un AUDs.

- Le risque relatif global de mort était de 2.98 pour les hommes et 4.64 pour les femmes
- Parmi les échantillons de personnes en traitement avec un diagnostic de AUDs, le risque relatif de mort était de 3,38 pour les hommes et 4.57 pour les femmes
- Parmi les personnes âgées de 40 ans ou moins, le risque relatif de mort était augmenté de 9 fois pour les hommes et de 13 fois pour les femmes.

(suite en page 4)

Troubles dus à l'utilisation d'alcool ... (suite de la page 3)

Commentaires : la mortalité toutes causes confondues des troubles dus à l'utilisation d'alcool est plus importante qu'estimé précédemment. Le risque plus élevé parmi les échantillons de personnes en traitement est probablement le résultat d'une sévérité plus marquée des AUDs avec plus de comorbidité, alors que le risque plus élevé parmi les jeunes est vraisemblablement le résultat d'un taux de mortalité moins élevé pour ce groupe d'âge spécifique dans la population générale. Il n'est pas certain pour l'instant qu'une identification et une intervention précoces puissent réduire le nombre de ces décès.

Dresse Suzanne Gilliland-Romang
(traduction française)
Peter D. Friedmann, MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence: Roerecke M, Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. April 30, 2013 [Epub ahead of print]. doi: 10.1111/add.12231.

Le binge drinking chez les jeunes adultes en bonne santé augmente le risque de maladies cardio-vasculaires.

Le binge drinking est défini généralement par la consommation d'au moins 4 à 5 boissons standards (13 grammes d'alcool pur dans une boisson standard) sur une période de 2 heures. Chez les adultes le binge drinking est associé à une augmentation du risque cardio-vasculaire qui peut s'expliquer en partie par l'effet de l'alcool sur les dysfonctions endothéliales. Le binge drinking est répandu chez les jeunes adultes en bonne santé, et la moitié des étudiants qui consomment de l'alcool rapportent des épisodes de binge drinking.

L'objectif de cette étude était de déterminer si les jeunes adultes qui pratiquent le binge drinking présentent des dysfonctions macrovasculaires et microvasculaires et un risque cardiovasculaire augmenté comparés à ceux qui ne consomment pas.

36 jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans, dont 17 étaient non consommateurs et 19 rapportaient des épisodes de binge drinking, ont été inclus. Les auteurs ont investigué au niveau de l'artère brachiale d'une part les modifications macrovasculaires, via la dilatation médiée par le flux (FMD) endothélium-dépendante et via la dilatation médiée par la nitroglycérine endothélium-indépendante et d'autre part les modifications microvasculaires par la réactivité des résistances artérielles (issues de biopsies adipeuses fessières).

- Dans le groupe des binge drinkers le nombre d'épisodes de binge drinking durant le mois précédent était de 6 ± 1 . Le

comportement de binge drinking s'étalait sur une période de 4 ± 0.6 années en moyenne.

- La FMD était plus basse de 8% (± 0.7) et la dilatation médiée par la nitroglycérine était plus basse de 20% (± 0.2) chez les binge drinkers comparés au groupe témoin.
- 2/3 des mesures de la réactivité des résistances artérielles n'étaient pas significativement différentes dans les 2 groupes. Cependant la constriction induite par l'endothéline 1 (impliquée dans la pré-constriction) était significativement rehaussée dans le groupe des binge drinkers ($p=0.032$).

Commentaires : cette étude confirme que le binge drinking entraîne des dommages microvasculaires et macrovasculaires dans un groupe d'adultes jeunes en bonne santé, ce qui suggère une augmentation du risque cardio-vasculaire chez ces personnes. Compte-tenu du design transversal et de l'échantillon de petite taille, ces résultats devront être confirmés par d'autres études.

Dresse Gwenaëlle Galbrun
(traduction française)
Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Goslawski M, Piano MR, Bian JT, et al. Binge Drinking Impairs Vascular Function in Young Adults. *J Am Coll Cardiol*. April 23, 2013 [Epub ahead of print]. doi: 10.1016/j.jacc.2013.03.049.

Le football américain et la lutte sont associés avec l'utilisation non médicale des opioïdes chez les adolescents.

La prescription d'opiacés et leur utilisation non médicale chez les adolescents a augmenté aux USA au cours des 15 dernières années. Les blessures associés aux sports, peuvent conduire à une utilisation des opiacés avec et sans prescription. Les données de l'enquête annuelle « Monitoring the Future Cross-sectional survey of US » sur des étudiants de 8^{ème} et 10^{ème} année en 2010 et 2011 a analysé la relation entre la participation aux sports et l'utilisation non médicale d'opioïdes prescrits (UNMOP).

- 5,5% des 13'636 participants ont apporté une UNMOP lors des 12 derniers mois. Les participants aux sports de compétition n'ont pas présenté une augmentation significative de ce taux (odds ratio ajusté [ORA], 1,17)
- La participation au football américain (ORA, 1,50) et à la lutte (ORA, 1,49) a été associée à un taux élevé d'UNMOP. D'autres sports n'ont pas été associés à des taux élevés, y compris hoc-

key sur glace (ORA, 0,88) et le football (ORA, 1,04).

- L'hydrocodone (combiné avec acetaminophène [paracétamol]) et l'oxycodone ont été les opiacés les plus utilisés sans prescription médicale.
- D'autres facteurs associés avec l'UNMOP incluaient une résidence non urbaine, le sexe féminin, le type caucasien, ayant déjà été suspendu de l'école et en 10^{ème} année (comparé avec la 8^{ème} année).

Commentaires : cette étude suggère que la participation à certains sports est associée à l'utilisation des opiacés sans prescription médicale. Les auteurs citent des recherches antérieures qui montrent que les joueurs de football américain et les lutteurs ont les taux les plus élevés de blessures parmi les athlètes de lycée, ce qui explique les taux les plus élevés d'UNMOP dans ces deux

sports. Tandis qu'une grande partie de cette utilisation est probablement liée à l'automédication de la douleur provoquée par les blessures, l'UNMOP suggère qu'une minorité des jeunes concernés puisse développer des sérieux problèmes, incluant la dépendance ou l'overdose.

Dr Ghazi Kardous
(traduction française)

Augmentation des cas signalés d'arythmies cardiaques associées à la méthadone.

La méthadone est bien trop souvent en cause dans les décès causés par les opiacés, en augmentation marquée depuis les années 1990. La méthadone allonge l'intervalle QT corrigé (QTc) chez certains patients, ce qui augmente le risque de torsades de pointe — une arythmie cardiaque qui peut être fatale. Dans cette étude, les chercheurs ont utilisé des données émanant du U.S. Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System (FAERS, système de rapport des effets adverses de la Food and Drug Administration américaine) pour décrire les manifestations d'arythmie cardiaque liées à la méthadone de 1997 à 2011. Ils ont évalué si le nombre de cas signalés avait augmenté après la publication en 2002 d'un rapport décrivant les relations entre la méthadone et les torsades de pointe, et si le risque d'arythmie augmentait avec l'usage concomitant de méthadone et d'autres médicaments.

- Sur 11'015 manifestations adverses liées à la méthadone entre 1997 et 2011, 1'646 (15%) ont été l'arrêt cardiaque ou l'arythmie ventriculaire, et 379 (3%) les torsades de pointe ou l'allongement du QTc.
- La mort s'est ensuivie pour 42% des arrêts cardiaques ou de l'arythmie ventriculaire, et pour 11% des torsades de pointe ou de l'allongement du QTc.
- Le nombre de rapports de torsades de pointe et d'allongement du QTc associés à la méthadone a été presque multiplié par douze entre avant et après la publication de 2002.

Relation entre la consommation d'alcool et le risque de mourir de cancer.

Dans cette étude, les chercheurs ont effectué une méta-analyse de 18 études de cohortes prospectives, analysant presque 50'000 cas de décès. Il s'agissait de relier la consommation d'alcool à la mortalité par cancer, tous cancers confondus. Les auteurs rapportent les faits suivant :

- En comparaison avec des sujets abstinents ou consommateurs occasionnels d'alcool, la consommation moyenne de ≥ 50 g d'alcool par jour (environ 4 consommations standard U.S.) est associée avec une augmentation du risque de mourir de cancer de 32% environ.
- Il n'y avait pas d'augmentation significative du risque estimé de mourir de cancer pour des sujets qualifiés de « consommateurs d'alcool modérés » (définis dans cette étude comme les personnes qui consomment 12.6 à 49.9 g d'alcool par jour).
- Il y avait une réduction légère mais statistiquement significative de la mortalité due au cancer parmi les « consommateurs d'alcool légers » (définis dans cette étude comme les personnes qui boivent ≤ 12.5 g d'alcool par jour). En tenant compte de la source de la cohorte, de l'aire géographique, et des facteurs potentiels en relation, les personnes avec une consom-

Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Référence: Veliz PT, Boyd C, McCabe SE. Playing through pain: sports participation and nonmedical use of opioid medications among adolescents. *Am J Pub Health.* 2013;103(5):e28–30.

- Les antirétroviraux lamivudine, ritonavir et zidovudine étaient les trois médicaments concomitants les plus couramment employés lors de torsades de pointe et d'allongement du QTc associés à la méthadone.

Commentaires : ces données soulignent que l'administration de méthadone peut avoir un effet néfaste, l'arythmie cardiaque. Le rapport de 2002 peut avoir influencé l'augmentation au cours du temps du nombre de cas déclarés, mais on peut aussi invoquer l'augmentation des prescriptions de méthadone. La possibilité d'un risque accru parmi les patients porteurs du VIH recevant des antirétroviraux est intéressante, mais peut simplement refléter une plus grande probabilité que des patients infectés par le VIH reçoivent une prescription de méthadone. Je conviens avec les auteurs que les médecins devraient être mieux formés aux dangers des traitements opiacés à action prolongée.

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

Référence : Kao D, Bartelson BB, Khatri V, et coll. Trends in reporting methadone-associated cardiac arrhythmia, 1997–2011. *Ann Intern Med.* 2013;158:735–740.

mation légère d'alcool avaient un risque relatif de mourir de cancer de 0.91 pour les hommes, et de 0.94 pour les femmes.

Commentaires : la diminution de la mortalité par tous les cancers pour les personnes avec une consommation d'alcool légère est un peu surprenante, mais il est possible que la cause de la mort ait parfois été mal identifiée (p.ex. attribution d'une mort cardiovasculaire à un cancer concomitant) ou qu'il y ait eu une autre source de confusion. D'autre part, dans cette grande méta-analyse, la seule augmentation significative du risque de mortalité par cancer a été trouvée parmi les personnes consommant ≥ 50 g d'alcool par jour. Ceci suggère que le risque global de mort par cancer associé à la consommation d'alcool pourrait concerner avant tout les personnes ayant une forte consommation d'alcool.

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

Référence: Jin M, Cai S, Guo J, et al. Alcohol drinking and all cancer mortality: a meta-analysis. *Ann Oncol.* 2013;24(3):807–816.

Revue systématique de l'usage d'opioïdes comme antalgiques: le potentiel addictif demeure incertain.

L'épidémiologie de dépendance aux opiacés prescrits aux États-Unis a attiré l'attention sur les risques de dépendance liée à l'usage d'opioïdes dans les traitements comme antalgique en-dehors du domaine de la cancérologie. Cette revue systématique a examiné 135 études. Les données ont été extraites de 17 études qui rendent compte de l'incidence ou de la prévalence de la dépendance aux opioïdes chez les patients qui ont suivi un traitement aux opiacés contre la douleur aiguë ou chronique. La plupart des études ont inclus des patients adultes souffrant de douleur chronique d'origine non cancéreuse; deux études ont également inclus des patients souffrant de douleur d'origine cancéreuse.

- Les études étaient très hétérogènes et de qualité modeste.
- Seule une étude incluait des patients avec des antécédents de dépendance aux substances.
- L'incidence variait entre 0 et 24% (médiane 0.5%).
- La prévalence variait entre 0 et 31% (médiane 4.5%).

Commentaires : Les auteurs concluent que « les données de recherches disponibles suggèrent que les analgésiques opioïdes contre la douleur chronique ne sont pas associés à un risque de

dépendance iatrogène,» mais soulignent les limites des recherches publiées à ce sujet. Une critique appuyée (McAuliffe, 2013) souligne que «les études de très faible qualité méthodologique sapent la valeur scientifique et médicale d'une revue systématique ». Malheureusement pour les cliniciens, la littérature existante est incapable d'évaluer l'incidence de la dépendance aux opiacés iatrogènes parmi les patients qui reçoivent un traitement antalgique. Des travaux spécifiquement dédiés à ce domaine de recherche sont clairement nécessaires.

Dr Olivier Simon
(traduction française)
Peter D. Friedmann, MD, MPH
(version originale anglaise)

Références: Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review. *Addiction*. 2013;108(4):688–698.
McAuliffe WE. A critique of Minozzi et al.'s pain relief and dependence systematic review. *Addiction*. 2013;108(6):1162–1169.

L'hémorragie sous-arachnoïdienne après prise de cocaïne est associée avec re-rupture anévrysmale et décès.

La prise de cocaïne a pu être mise en lien avec la survenue d'hémorragie sous-arachnoïdienne par rupture d'anévrisme (HSAa). Cette étude rétrospective de tous les patients admis avec HSAa dans les services médicaux de Johns Hopkins sur ces 20 dernières années visait à examiner l'impact de la prise récente de cocaïne sur la présentation initiale, les complications et le devenir des patients. Sur les 1134 patients admis avec HSAa, 142 (13%) avaient eu une exposition récente à la cocaïne (mise en évidence par analyses toxicologiques urinaires ou une prise de cocaïne auto-rapportée dans les 72 heures précédant l'admission). Comparativement aux patients qui n'avaient pas de prise récente connue de cocaïne :

Les personnes avec prise de cocaïne étaient plus jeunes (âge moyen 49 ans vs 53)

L'incidence de re-rupture d'anévrisme était plus élevée chez les personnes avec prise de cocaïne (8% vs 3%)

La mortalité hospitalière était trois fois plus élevée chez les utilisateurs de cocaïne (analyse multivariable) et le taux de mortalité restait plus élevé y compris après exclusion dans les deux cohortes des patients chez qui une re-rupture d'anévrisme était observée (25% vs 16%).

Commentaires: la prise de cocaïne est associée avec une mortalité hospitalière plus élevée après HSAa, probablement en partie à cause du taux élevé de re-rupture anévrysmale. Les patients présentant une HSAa ayant récemment pris de la cocaïne pourraient nécessiter un monitoring plus serré. Les efforts visant à réduire le risque de re-rupture anévrysmale, comme le contrôle de la tension artérielle ou même les traitements anti fibrinolytiques, méritent d'être évalués plus précisément.

Dr Nicolas Bertholet
(traduction française)
Nadia Fairbairn, MD †, and Richard Saitz, MD, MPH
(version originale anglaise)

†Contributing Editorial Intern and Resident in Internal Medicine, University of British Columbia, Vancouver, Canada.

Référence: Chang TR, Kowalski RG, Caserta F, et al. Impact of acute cocaine use on aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke*. 2013;44(7):1825–1829.

VIH ET VHC

Les personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C présentent des mesures de fibrose hépatique égales à celles de personnes uniquement atteintes d'hépatite C qui ont près de dix ans de plus.

Les personnes porteuses de l'infection à VIH sont exposées à un risque accru pour toutes sortes de pathologies, et ce à des âges inférieurs aux personnes exemptes de VIH. Des chercheurs ont analysé des données émanant d'une cohorte d'individus qui consommaient ou avaient consommé des drogues par voie intraveineuse à Baltimore, pour établir si le VIH abaissait l'âge auquel apparaissent les pathologies hépatiques liées au virus de l'hépatite C (VHC). L'étude portait sur 1176 participants qui présentaient des anticorps positifs au VHC et au moins une évaluation valable de fibrose hépatique par élastométrie impulsionnelle.

- Dans l'ensemble, 13,9 % des participants présentaient une cirrhose lors de l'évaluation initiale de référence et 10,6 % une fibrose cliniquement significative. La fibrose hépatique était en rapport avec l'avancée en âge, l'infection à VIH, la race noire, une consommation quotidienne d'alcool à un moment quelconque, l'hépatite B chronique, un indice de masse corporelle important et un niveau élevé de charge virale de VHC. Dans l'analyse multivariable, la fibrose du foie restait significativement liée pour tous ces facteurs, sauf la race.

Les personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C... (suite de la page 6)

- Parmi les individus porteurs du VIH, un faible taux des CD4 et une charge virale de VIH plus élevée étaient associés à une fibrose hépatique.
- Les participants porteurs du VIH présentaient des mesures de fibrose du foie égales à celles des personnes exemptes de VIH qui avaient en moyenne 9,2 ans de plus.

Commentaires : cette étude indique que l'évolution vers la fibrose est plus rapide chez les personnes qui consomment ou ont consommé des drogues par voie intraveineuse et sont co-infectées par le VIH et l'hépatite C. Autre constatation nouvelle : la charge virale de VHC était aussi liée à une fibrose. Parmi les caractéristiques liées à la fibrose qui peuvent être abordées avec les patients figurent la consommation d'alcool, la prophylaxie de

l'hépatite B et une prise excessive de poids. L'association entre l'âge et la progression pathologique témoigne probablement de la durée de l'infection. Maintenant que les porteurs du VIH survivent plus longtemps et qu'il existe des traitements plus efficaces contre le VHC, la nécessité d'élargir la délivrance des traitements devient plus pressante.

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

Référence : Kirk GD, Mehta SH, Astemborski J, et coll. HIV, age, and the severity of hepatitis C virus-related liver disease: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2013;158(9):658–666.

Chez les patients avec usage excessif d'alcool, la réponse au traitement de l'hépatite C est semblable à celle observée chez les abstinentes.

La prise en charge de l'infection par le virus de l'hépatite C (HCV) chez les patients avec usage excessif d'alcool est souvent délicate. Dans un échantillon de patients avec hépatite C chronique (définie par la présence de HCV RNA détectable sur une période de 6 mois au moins), des chercheurs français ont réalisé une étude cas-témoin rétrospective* afin de comparer l'accès au traitement antiviral et la réponse au traitement chez les patients avec et sans usage excessif d'alcool (≥ 60 g par jour sur une période d'une année au moins vs moins de 40 g par jour, sans période d'usage excessif antérieur). Soixante-neuf participants avec usage excessif d'alcool ont été inclus et matchés aux témoins. Sur ces 69, 31 ont reçu le traitement.

- Le pourcentage de patients avec indication au traitement selon les recommandations de pratique françaises était semblable chez les cas et les témoins (75%)*
- La proportion de patient ayant accès au traitement était plus faible chez ceux avec usage excessif d'alcool (45% vs 71% chez ceux sans usage excessif)
- Parmi les patients avec usage excessif d'alcool, la raison principale de ne pas traiter malgré l'indication était l'absence d'abstinence. Les facteurs associés à l'accès au traitement étaient: le stade de fibrose, le fait d'avoir un emploi et une consommation d'alcool inférieure ou égale à 170g par jour
- Parmi ceux ayant reçu le traitement antiviral, une réponse virologique prolongée a été obtenue chez 32% des patients avec usage excessif d'alcool contre 26% des témoins.

- Parmi les patients avec usage excessif d'alcool, la réponse au traitement était la même, que les patients aient été abstinent ou non pour une période de 6 mois avant le début du traitement.

*Afin de comparer l'accès au traitement, les cas et les témoins étaient matchés en fonction du stade de fibrose, du génotype et, lorsque c'était possible, en fonction du sexe et de l'âge. Afin de comparer la réponse au traitement, les cas et les témoins étaient matchés en fonction du type de traitement antiviral, du génotype et lorsque c'était possible en fonction du stade de fibrose, du sexe et de l'âge.

**Génotype viral 2 ou 3 ou fibrose en pont.

Commentaires : cette étude cas-témoin suggère que, lorsque le traitement antiviral pour le virus de l'hépatite C est donné au sein d'une équipe multidisciplinaire incluant des spécialistes de l'addiction, celui-ci est faisable et permet d'obtenir une réponse au traitement satisfaisante. Ces données appellent à la réalisation d'études d'efficacité du traitement antiviral intégré chez les patients avec hépatite C et usage excessif d'alcool

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

Référence: Costentin CE, Trabut JB, Mallet V, et al. Management of hepatitis C infection in heavy drinkers. *Alcohol Alcohol.* 2013;48(3):337–342.

ECLAIRAGE

Protection de la confidentialité dans la recherche impliquant des personnes avec problème d'abus de substances.

Comme déjà évoqué dans d'autres numéros de cette lettre d'information, la recherche qui implique des personnes présentant des problèmes d'abus de substances soulève de nombreuses considérations éthiques.^{1,2,3} Évaluer les risques potentiels présentés par les interventions de l'étude, déterminer la capacité et obtenir le consentement éclairé ne sont que quelques-unes des questions éthiques qui se posent. Protéger la confidentialité des sujets de recherche et des données les concernant est un autre impératif.

En vertu du « Code of Federal Regulations 45 CFR 46.111 – Criteria for IRB Approval of Research », le septième critère exige

« des dispositions adéquates pour protéger la vie privée des sujets et pour assurer la confidentialité des données » dans la recherche qui porte sur des êtres humains. Ainsi, tandis que tous les chercheurs doivent garantir la confidentialité aux sujets de leurs études, la protection des données prend une importance particulière dans la recherche menée dans le domaine des abus de substances. Il faut en effet tenir compte de la vulnérabilité intrinsèque des personnes susceptibles d'être recrutées et du fait que les données collectées sont probablement sensibles. Il faut être très vigilant pour éviter toute violation de la confidentialité de ces informations et leur usage dans le cadre de procédures judiciaires.

(suite en page 8)

Selon les « National Institutes of Health » (NIH), les *informations sensibles* « incluent (mais ne sont pas limitées à) les informations relatives aux comportements, préférences ou pratiques sexuels ; les informations concernant la consommation d'alcool, de drogues ou d'autres substances addictives ; les informations à propos d'agissements illégaux ; les informations qui, si elles étaient divulguées, pourraient être dommageables à la situation financière, à l'employabilité ou à la réputation d'une personne dans la communauté ou pourraient conduire à une stigmatisation ou une discrimination sociale ; les informations relatives au bien-être psychologique ou à la santé mentale d'un individu ; les informations génétiques ou les échantillons de tissus. »⁵

Même s'il faut reconnaître que le CFR 42, partie 2 – confidentialité des dossiers de patients avec abus d'alcool ou de drogues – est une réglementation qui donne des indications sur la protection des renseignements cliniques, il ne dit rien des mesures de prudence particulières à observer pour protéger les données sensibles recueillies dans le cadre d'une étude. La barre est placée beaucoup plus haut lorsqu'il est question de la manière de mener une recherche, car les informations recueillies n'ont généralement pas pour objectif premier de proposer des soins et des traitements aux patients. Le but de ces données est plutôt de répondre à une question de recherche et de contribuer à des connaissances généralisables. Cet article décrit les caractéristiques qui présentent un intérêt particulier pour la protection des personnes qui participent à des études sur les troubles liés à la consommation de substances.

Données de recherche anonymes et données identifiables

Les études scientifiques impliquent souvent la collecte d'informations sensibles qui vont au-delà des informations qui seraient recueillies dans un contexte clinique et intégrées au dossier médical du patient. Il incombe aux chercheurs d'assurer la meilleure protection possible de ces données, surtout lorsqu'elles peuvent permettre l'identification des sujets. Une compréhension parfaite de la différence entre données de recherches anonymes et données de recherche identifiables est indispensable pour mettre au point les stratégies les plus appropriées pour protéger la confidentialité des sujets qui participent à des études.

Les données de recherche identifiables contiennent des caractéristiques d'identification ou un code qui renvoie à des caractéristiques d'identification, même lorsque le code est stocké séparément. Selon les NIH, les *caractéristiques d'identification* d'un sujet comprennent « le nom, l'adresse, le numéro de sécurité sociale ou tout autre numéro permettant d'identifier une personne, les empreintes digitales, empreintes vocales, photos, informations génétiques ou échantillons de tissus ou tout autre élément ou combinaison d'informations concernant un participant à une étude, données dont on peut raisonnablement penser qu'elles pourraient, directement ou indirectement, par référence à d'autres informations, conduire à l'identification du sujet de recherche concerné. »⁷ À l'opposé, anonyme signifie qu'il n'y a pas de caractéristiques d'identification et qu'il n'existe aucun lien avec des caractéristiques d'identification. Autrement dit, dès l'instant où un chercheur peut relier les données de l'étude à l'identité d'un participant individuel, ces données sont identifiables. Ainsi, des données codées reliées à une liste maîtresse qui contient des caractéristiques d'identification ne sont pas considérées comme anonymes et nécessitent des mesures de confidentialité particulières.

Stratégies d'amélioration de la protection

1. Mener des études anonymes

Dans la mesure du possible, les chercheurs devraient éviter de collecter des identifiants directs tels que nom, numéro de dossier médical, numéro de sécurité sociale, date de naissance, etc. Il est probable que mener une étude de manière anonyme n'est vraiment réalisable que dans des recherches qui n'impliquent qu'une seule visite et ne nécessitent pas d'activités de suivi – qu'il s'agisse de visites d'étude supplémentaires ou de la consultation régulière du dossier médical du sujet. Mais la récolte de données de recherche anonymes est certainement la meilleure manière de protéger la confidentialité des participants. Bien que la plupart des études qui nécessitent plus d'un contact avec le participant ne pourront pas être réalisées de manière anonyme, certaines d'entre elles peuvent être menées de la sorte en utilisant un code ou un mot de passe généré par le participant, ce qui permet d'établir des liens entre les données collectées au cours des entretiens sans possibilité d'identifier le participant. L'inconvénient est que si le participant oublie le code ou n'est pas en mesure de le régénérer facilement, il n'y a plus aucune possibilité de faire des liens entre les données.

Une autre option à envisager lorsqu'on mène une étude de nature plus ethnographique / qualitative consiste à demander aux sujets de s'attribuer un pseudonyme qui, en fin de compte, rend également leurs données anonymes.⁸ C'est le choix le plus approprié pour des recherches avec suivi, mais dans lesquelles il n'est pas nécessaire de connaître les caractéristiques d'identification personnelle (telles que nom ou date de naissance) et où il n'y a pas à établir des liens avec d'autres données (via MRN ou SSN) pour répondre à la question de l'étude. Dans ces cas, les chercheurs n'ont jamais connaissance de l'identité des sujets, même s'ils travaillent directement avec eux, ce qui leur permet de préserver plus facilement la confidentialité.

2. Détruire le lien avec les caractéristiques d'identification le plus rapidement possible

Lorsque des identifiants sont nécessaires, par exemple pour établir des liens entre les réponses données par les sujets dans les questionnaires et les informations qui figurent dans le dossier médical, une sécurité consiste à mener l'étude de manière à ce que les données soient anonymisées le plus rapidement possible après leur collecte. Cela suppose qu'il n'y a pas de liens avec les caractéristiques d'identification et, partant, aucune possibilité de récolter des données supplémentaires. Lorsqu'ils envisagent cette option, les chercheurs expriment leurs préoccupations à propos du fait qu'ils ne pourront pas confirmer ou corriger certains aspects des données et/ou ajouter de nouvelles données à leurs analyses lorsqu'une erreur est détectée ou que des hypothèses supplémentaires émergent. Même si ces questions sont légitimes, on peut diminuer ce risque en accordant une attention particulière au développement d'outils de récolte de données très complets et en mettant en place des mesures de contrôle qualité lors de la saisie des données. Au moment de décider s'ils vont ou non anonymiser les données, et à quel moment, les chercheurs devraient prendre en considération le rapport bénéfice/risque de l'étude. Cela leur permettrait d'équilibrer

le besoin de protéger la confidentialité avec les besoins scientifiques et d'analyses et la valeur de la contribution de l'étude aux connaissances généralisables.

3. Prendre des précautions pour prévenir le non-respect de la confidentialité

Dans bien des cas, il n'est tout simplement pas possible de conduire une recherche sans recueillir des identifiants sur les participants à l'étude. Lorsque la collecte de caractéristiques d'identification est indispensable, les chercheurs devraient réfléchir aux points suivants :

- Utiliser des mots de passe pour protéger toutes les données électroniques et sécuriser les dossiers papier dans des locaux fermés à clé.
- Limiter le nombre de personnes ayant accès aux caractéristiques d'identification et aux codes maître, qu'il s'agisse de données électroniques ou de dossiers papier.
- Ne pas stocker les fichiers de code maître qui contiennent des identifiants au même endroit que les données de l'étude.
- S'assurer que les dossiers papier de la recherche et les documents (par ex. des enquêtes, questionnaires, etc.) soient codés, qu'ils ne contiennent pas de caractéristiques d'identification et qu'ils soient stockés séparément des fichiers de code maître qui contiennent des identifiants.
- Ne jamais transporter des informations identifiables et des dossiers de recherche dans le même porte-documents ou la même mallette lorsqu'on se déplace entre les différents sites de l'étude ou que l'on se rend à des visites d'étude.
- Si l'on envoie des lettres ou des cartes postales aux participants de l'étude, éviter que des éléments concernant l'étude puissent être vus par des personnes vivant à l'adresse du destinataire. S'il s'agit de contacts téléphoniques, veiller à ne pas révéler des détails relatifs à la participation à l'étude lorsque le sujet n'est pas disponible ou qu'on laisse un message sur une boîte vocale.

4. Protéger les données de recherche des procédures judiciaires.

Etant donné que la recherche concernant les problèmes d'abus de substance implique souvent la récolte d'informations qui vont au-delà de celles normalement consignées dans un contexte clinique, il est recommandé de prendre des mesures supplémentaires pour protéger les informations de recherche identifiables de toute divulgation forcée, ce qui est possible par le biais du Certificat de confidentialité (COC) émis par les NIH.⁹ Tous les types de recherche – indépendamment de la source de financement et du statut – qui récoltent des données sur des sujets sensibles peuvent en faire la demande. Même rétroactivement au début de l'étude, un COC permet à n'importe quel membre de l'équipe de recherche ayant accès aux dossiers de recherche de refuser de divulguer des informations permettant d'identifier des participants à l'étude, et ce tant dans des procédures civiles, que pénales, administratives, législatives ou autre, que ce soit au niveau fédéral, de l'Etat ou au niveau local. En protégeant les chercheurs et les institutions de la contrainte de divulguer des informations qui permettraient d'identifier des participants à l'étude, les COC aident à attein-

dre les objectifs de l'étude et à favoriser la participation à des études en contribuant à garantir aux participants la confidentialité et la protection de la vie privée.

Conclusion

La protection de la confidentialité des sujets est essentielle dans toutes les études de recherche, mais est particulièrement importante lorsqu'on recrute des gens pour une étude en relation avec les problèmes d'abus de substances. Il est nécessaire de comprendre la différence entre des données anonymes et des données identifiables pour que les chercheurs puissent mettre en œuvre un plan d'action approprié pour protéger les données de recherche des participants. Certaines des meilleures pratiques en matière de protection de la confidentialité des données sensibles ont été explicitées plus haut. Elles incluent la collecte de données de recherche anonymes, ou leur anonymisation dans les meilleurs délais, la prise de précautions pour éviter la violation de la confidentialité et l'obtention d'un Certificat de confidentialité pour se prémunir d'une assignation à fournir des informations personnelles concernant un participant. Des dispositifs de protection réfléchis et bien mis en œuvre constituent un impératif éthique.

Ruth Borloz
(Traduction française)

Sylvia Baedorf Kassis, MPH

Clinical Research Manager, Center for Human Genetic Research and Division of Neurocritical Care and Emergency Neurology, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA

Références

1. Baedorf Kassis S, Roth MT. Obtaining Informed Consent for Research from People with Alcohol and Other Drug Dependence. *AOD Health*. Mar–Apr. 2012. Available at: http://www.bu.edu/aodhealth/issues/issue_mar12/feature32012.html
2. Roth MT. Paying Participants to Take part in Addiction Research: Ethical Considerations. *AOD Health*. Nov–Dec. 2012. Available at: http://www.bu.edu/aodhealth/issues/issue_nov12/feature112012.html
3. Baedorf Kassis S. Ethical Considerations in Research Using the Drug of Addiction as Treatment: What Can Researchers Learn from Heroin Prescription Studies? *AOD Health*. Sept–Oct. 2012. Available at: http://www.bu.edu/aodhealth/issues/issue_sept12/feature92012.html
4. US Department of Health and Human Services: Code of Federal Regulations no. 45 CFR 46.111. Available at: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/45cfr46.html#46.111>
5. National Institutes of Health. Definitions: "sensitive information." Available at: <http://grants2.nih.gov/grants/policy/coc/faqs.htm#365>
6. US Department of Health and Human Services: Code of Federal Regulations no. 42 part 2. Available at: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2002-title42-vol1/xml/CFR-2002-title42-vol1-part2.xml>

7. National Institutes of Health. Definitions: "identifying characteristics." Available at: <http://grants2.nih.gov/grants/policy/coc/faqs.htm.#369>
8. Richards HM, Schwartz LJ. Ethics of qualitative research: Are there special issues for health services research? *Family Practice* 2002;19(2):135-139.
9. National Institutes of Health Office of Extramural Research: Certificates of Confidentiality Kiosk. Available at: <http://grants.nih.gov/grants/policy/coc/>

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles est une lettre d'information gratuite diffusée en version anglaise par Boston Medical Center, soutenue initialement par the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (la branche alcool et alcoolisme de l'Institut National de la Santé aux Etats-Unis) et actuellement par the National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cette lettre d'information est produite en coopération avec l'Ecole de Médecine et de Santé Publique de l'Université de Boston.

La version originale de la lettre d'information est disponible sur le site internet www.aodhealth.org.

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

Visitez
www.alcoologie.ch
pour consulter la lettre
d'information en ligne,
et vous y inscrire
gratuitement !

Les journaux les plus régulièrement
consultés pour la lettre d'information
sont :

Addiction
Addictive Behaviors
AIDS
Alcohol
Alcohol & Alcoholism
Alcoologie et Addictologie
Alcoholism: Clinical & Experimental Research
American Journal of Drug & Alcohol Abuse
American Journal of Epidemiology
American Journal of Medicine
American Journal of Preventive Medicine
American Journal of Psychiatry
American Journal of Public Health
American Journal on Addictions
Annals of Internal Medicine
Archives of General Psychiatry
Archives of Internal Medicine
British Medical Journal
Drug & Alcohol Dependence
Epidemiology
European Addiction Research
European Journal of Public Health
European Psychiatry
Journal of Addiction Medicine
Journal of Addictive Diseases
Journal of AIDS
Journal of Behavioral Health Services & Research
Journal of General Internal Medicine
Journal of Studies on Alcohol
Journal of Substance Abuse Treatment
Journal of the American Medical Association
Lancet
New England Journal of Medicine
Preventive Medicine
Psychiatric Services
Substance Abuse
Substance Use & Misuse

Pour d'autres journaux évalués
périodiquement consultez :
www.aodhealth.org

**Pour plus d'information
contactez :**

Alcool, autres drogues et santé :
connaissances scientifiques actuelles
Service d'alcoologie
CHUV-Lausanne
info.alcoologie@chuv.ch