

## TABLE DES MATIERES

### INTERVENTIONS & EVALUATIONS

Des résultats préliminaires suggèrent une efficacité limitée des interventions brèves dans le cadre de consommations d'alcool à risque au sein du système de soins des anciens combattants américains. Page 1

Le cannabis pourrait-il être utilisé comme un traitement dans les problématiques alcooliques ? Page 1

Acamprosate et naltrexone: efficacité similaire pour prévenir la rechute. Page 2

Une intervention de rappel par téléphone augmente l'efficacité de l'intervention brève alcool chez les patients en traumatologie. Page 3

L'efficacité de l'intervention brève d'une seule session concernant le mésusage d'alcool et de drogue auprès de jeunes adultes Sud-Africains. Page 3

Les marqueurs biologiques ne sont pas sensibles pour la détection de la consommation excessive d'alcool. Page 4

Le dosage sanguin de phosphatidylethanol offre une utilisation limitée comme marqueur biologique de la consommation d'alcool chez les patients avec une maladie chronique du foie. Page 4

Même après une formation, beaucoup de médecin de premier recours sont réticents à prescrire la buprénorphine. Page 5

### IMPACT SUR LA SANTE

Est-ce que la consommation de marijuana est sûre? Le directeur de l'Institut National sur l'Abus de Droque aux USA (NIDA) aborde les effets néfastes sur la santé. Page 5

La consommation de faible quantité d'alcool est associée à un risque réduit d'accident vasculaire cérébral (AVC) alors qu'une consommation abusive peut le majorer. Page 6

### VIH ET VHC

Le dépistage systématique en fonction de l'année de naissance ne permettra d'identifier qu'une minorité d'individus atteints d'hépatite C dans les prisons. Page 6

Parmi les individus présentant des troubles liés à la consommation d'opiacés, le traitement de buprénorphine et de méthadone entraîne une diminution du risque du VIH lié aux injections. Page 6

# Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

JUILLET-AOÛT 2014

## INTERVENTIONS & EVALUATIONS

### Des résultats préliminaires suggèrent une efficacité limitée des interventions brèves dans le cadre de consommations d'alcool à risque au sein du système de soins des anciens combattants américains.

En 2007, le système de santé du Département américain des anciens combattants a implanté des interventions brèves (IB) dans le cadre de consommation d'alcool à risque. Un indicateur national de performance et un rappel dans le dossier médical électronique ont été mis en place. Parmi les vétérans avec une consommation d'alcool à risque (score AUDIT-C de  $\geq 5$ ) dépistés dans les six premiers mois de l'implémentation et ayant bénéficié d'un dépistage de suivi à 9-15 mois, l'étude a examiné si les personnes dont une IB était documentée avaient plus de chance de parer à leur consommation à risque que les personnes sans IB.

- Parmi les 22'214 patients dépistés au baseline, 6'210 (28%) ont complété l'AUDIT-C.
- Parmi ces derniers (6'210) 9 à 15 mois plus tard, 1'751 (28%) avaient une IB documentée dans leur dossier.
- Les patients qui ont reçu une IB étaient plus âgés; plus susceptibles d'être exemptés d'une quote-part de vétérans (un marqueur de revenu inférieur ou d'invalidité plus « service-connected »); et avaient une plus forte prévalence de tabagisme et de troubles psychiques, et des co-morbidités physiques importantes.
- Ceux pour qui une IB était documentée étaient également plus susceptibles d'avoir une consommation d'alcool problématique (43% contre 35%) et un score AUDIT-C élevé, voire très élevé ( $\geq 8$ ; 44% contre 34%).
- Dans l'ensemble, 2'922 (47%) patients ont paré à leur consommation d'alcool à risque. Aucune différence n'a été détectée en termes de résolution parmi les groupes, ni dans la prévalence non ajustée, ni dans celle ajustée.
- La sévérité de la consommation d'alcool ne

semble pas avoir eu un impact sur l'effet de la IB en termes de résolution de la consommation à risque.

Commentaires: moins d'un tiers des patients dépistés ont eu un AUDIT-C de suivi, ce qui suggère que les cliniciens ont donné une priorité limitée à la gestion de la consommation d'alcool à risque au fil du temps. L'accès à une IB n'était pas usuel et la sélection des patients les plus graves a de toute évidence limité son effet. Les dossiers médicaux ne permettent pas de distinguer si l'intervention offerte par les cliniciens répondait à un standard minimal. L'implémentation ne comprenait pas de formation des cliniciens ni de contrôles de qualité, et des conseils limités ne devraient pas avoir d'impact positif. Enfin, cette première évaluation avait seulement une probabilité de 62% de détecter un véritable effet. On se retrouve en attente de publication avec une évaluation plus importante et de puissance statistique adéquate. Pour le moment, cette étude est un défi de taille; des efforts importants d'implémentation seront nécessaires pour que l'IB réalise ses promesses en contexte réel.

Sophie Paroz  
(traduction française)  
Peter D. Friedmann, MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence: Williams EC, Rubinsky AD, Chavez LJ, et al. An early evaluation of implementation of brief intervention for unhealthy alcohol use in the US Veterans Health Administration. *Addiction*. 2014;109(9):1472-1481.

### Le cannabis pourrait-il être utilisé comme un traitement dans les problématiques alcooliques ?

Contrairement au tabac et à l'héroïne, il n'y a actuellement pas de traitement agoniste pour l'alcool. Chick et Nutt ont récemment défini 7 critères pour évaluer une thérapie de substitua-

tion pour l'alcool\*, et, dans une revue de littérature, Subbaraman a évalué si le cannabis pouvait répondre à ces critères:

(suite en page 2)

*Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles* est un projet du Boston Medical Center, produit en coopération avec l'École de Médecine et de Santé Publique de l'Université de Boston. Ce projet a été soutenu initialement par the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (la branche alcool et alcoolisme de l'Institut National de la Santé aux Etats-Unis) et est maintenant soutenu par the National Institute on Drug Abuse (NIDA). Le contenu est de la responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement la position officielle de NIDA ou de l'Institut National de la Santé aux Etats-Unis.

## Comité de rédaction

### Rédacteur en chef

Richard Saitz, MD, MPH, FASAM, FACP  
Professor of Community Health Sciences and Medicine  
Chair, Department of Community Health Sciences  
Boston University Schools of Public Health & Medicine

### Rédacteur en chef adjoint

David A. Fiellin, MD  
Professor of Medicine and Public Health  
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  
Professor of Medicine and Clinical and Translational Science  
Director, General Internal Medicine Fellowship Program  
Director, RAND-University of Pittsburgh Scholars Program  
Division of General Internal Medicine  
University of Pittsburgh Schools of Medicine

Hillary Kunins, MD, MPH, MS  
New York City Department of Health and Mental Hygiene,  
and Professor of Clinical Medicine,  
Psychiatry & Behavioral Sciences  
Albert Einstein College of Medicine

Jessica S. Merlin, MD, MBA  
Assistant Professor  
Department of Medicine  
Division of Infectious Diseases  
Division of Gerontology, Geriatrics, and Palliative Care  
University of Alabama at Birmingham

Darius A. Rastegar, MD  
Assistant Professor of Medicine  
Johns Hopkins School of Medicine

Jeffrey H. Samet, MD, MA, MPH  
Professor of Medicine & Community Health Sciences  
Boston University Schools of Medicine & Public Health

Jeanette M. Tetrault, MD  
Assistant Professor of Medicine (General Medicine)  
Yale University School of Medicine

Alexander Y. Walley, MD, MSc  
Assistant Professor of Medicine  
Boston University School of Medicine  
Medical Director, Narcotic Addiction Clinic  
Boston Public Health Commission

### Responsable de la publication

Katherine Calver, MA  
Boston Medical Center

### Traduction française

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

## Le cannabis pourrait-il être utilisé... (suite de la page 1)

1. Réduction des dégâts liés à l'alcool: certaines données suggèrent que le cannabis pourrait réduire la consommation d'alcool ainsi que ses méfaits connexes.
2. Ne nuit pas, ou est moins dangereux que l'alcool sur la santé: les preuves disponibles désignent le cannabis comme plus sûr que l'alcool, toutefois, le cannabis nuit à la santé.
3. L'abus de la substance doit être moins fréquent que pour l'alcool: les études épidémiologiques montrent une baisse du taux de dépendance au cannabis par rapport à l'alcool; cependant, il y a un risque accru de dépendance au cannabis chez les personnes ayant des problématiques alcoolique.
4. Est adéquat en temps que substitution pour l'alcool et non consommé en même temps. Les études montrent que le cannabis peut être utilisé tant comme une forme de substitution que comme un complément de consommation.
5. Est plus sûr en terme de surdosage que l'alcool: la marge de sécurité pour le cannabis est dix fois supérieure à celle de l'alcool.
6. Ne potentialise pas les effets de l'alcool: certaines études concluent que le cannabis potentialise les effets.
7. Avantages importants en termes d'économie de santé: il existe certaines preuves que le cannabis peut avoir des avantages en terme d'économie de santé d'un point de vue global; mais aucune étude n'a comparé ces effets sur l'économie de santé au niveau individuel.

En somme, le cannabis semble être moins nocif que l'alcool et est plus sûr en cas de surdosage.

## Acamprosate et naltrexone: efficacité similaire pour prévenir la rechute.

La plupart des personnes souffrant d'un trouble lié à la consommation d'alcool ne reçoivent pas de traitement, et très peu reçoivent un traitement médicamenteux. Il a été recherché de manière systématique dans la littérature toutes les études randomisées, en double aveugle, concernant la médication chez les adultes alcool-dépendants (les études randomisées sur les conséquences pour la santé et les effets indésirables ont été incluses); 123 études avec 22'803 participants ont été incluses dans ce rapport et 95 meta-analyses.

- L'acamprosate et la naltrexone réduisent tous deux le taux de rechute quelque soit le niveau de consommation (nombre de patients traités pour ou souffrant de l'effet secondaire, 12 et 20, respectivement).
- La naltrexone réduit les consommations importantes.
- Les acamprosates ayant un risque de biais faible (meilleure méthodologie) n'ont pas

Les preuves sont plus mitigées pour les autres critères.

\* Le terme "substitution" est utilisé dans les articles, mais le cannabis ne peut pas pharmacologiquement agir en tant que simple substitut pour l'alcool.

Commentaires: la quasi-totalité des éléments de preuve à l'appui de ces conclusions proviennent d'études rétrospectives, et le risque de biais de sélection est élevé. En outre, la plupart n'étaient pas axées sur les personnes ayant des problèmes d'alcool. Davantage d'investigations concernant les méfaits sur le long terme, les problèmes et les conséquences économiques de l'utilisation de cannabis sont nécessaires, mais le status actuel du cannabis rend toute étude systématique improbable. Néanmoins, les preuves sont insuffisantes pour soutenir une recommandation du cannabis comme traitement pour ou même comme une stratégie de réduction des risques pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool, en particulier à la lumière de ses effets indésirables connus sur la santé.

Dr Thibault Charpentier  
(traduction française)  
Nicolas Bertholet, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Références: Chick J, Nutt DJ. Substitution therapy for alcoholism: time for a reappraisal? *J Psychopharmacol.* 2012;26(2):205-12.  
Subbaraman MS. Can cannabis be considered a substitute medication for alcohol? *Alcohol Alcohol.* 2014;49(3):292-298.

montré l'efficacité de la médication.

- Le topiramate et le nalmefene réduisent plusieurs indicateurs de consommation.
- Des effets positifs pour la santé n'ont été démontrée avec aucun de ces médicaments.
- La naltrexone a été associée avec les effets secondaires suivants : malaise, nausées et vomissements (nombre de patients traités pour ou souffrant de l'effet secondaire, 16, 9, et 24, respectivement).
- L'acamprosate a été associé avec les effets secondaires suivants : anxiété, diarrhées, et vomissements (nombre de patients traités pour ou souffrant de l'effet secondaire 7, 11 et 42, respectivement).
- Le topiramate a été associé avec les effets secondaires suivants : troubles cognitifs, paresthésies et dysgueusie (nombre de patients traités pour ou souffrant de l'effet secondaire, 12, 4 et 7, respectivement).

(suite en page 3)

## Acamprosate et naltrexone: ... (suite de la page 2)

- Le nalmefene a été associé avec les effets secondaires suivants : malaise, céphalées, insomnie, nausées et vomissements (nombre de patients traités pour ou souffrant de l'effet secondaire, 7, 26, 10, 7 et 17, respectivement).

Commentaires: il y a quelques aspects à considérer lorsque l'on interprète cette publication. Premièrement, le disulfiram n'avait pas montré d'efficacité, mais les études placebo-contrôle n'étaient pas optimales pour tester l'efficacité d'une médication qui requiert que les patients sachent qu'ils sont entraînés à la prendre. Des études de supervision de la prise orale de disulfiram ont démontré une efficacité.

Deuxièmement, la plupart des études négligent la prise en charge psycho-sociale, qui conduirait probablement à de meilleurs résultats de traitement, pensant que ce type d'intervention est difficile à faire en médecine de premier recours.

## Une intervention de rappel par téléphone augmente l'efficacité de l'intervention brève alcool chez les patients en traumatologie.

Pour déterminer la manière la plus efficace de délivrer une intervention brève aux patients de traumatologie ayant une consommation d'alcool à risque, les auteurs de cette étude clinique sur 3 sites ont attribué au hasard 596 patients blessés et admis en traumatologie à recevoir une brève session de conseil (BSC, *brief advice* en anglais, n=200), une intervention brève motivationnelle (IBM, n=203) ou une IBM additionnée d'une intervention de rappel par téléphone (IBMIR, N=193). L'intervention de rappel par téléphone durait en moyenne 28 minutes et était effectuée 30 jours après l'IBM en donnant un feedback personnalisé se basant sur l'intervention initiale. Les taux de suivi étaient de 80% à 3 mois, 79% à 6 mois et 75% à 12 mois.

- Comparé à ceux de la BSC et de l'IBM, les patients du groupe IBMIR avaient réduit :
  - leur consommation hebdomadaire de 1,2 boisson standard à 3 mois et de 1,4 à 6 mois ;
  - le nombre de boissons standard par jour de 1,5 à 3 mois et de 1,3 à 6 mois ;
  - le pourcentage de jours de consommation excessive (4 boissons en une occasion pour les hommes et 3 pour les femmes) de 6% à 6 mois ;
  - le nombre maximum de boissons en un jour de 1,4 à 3 mois et 1,7 à 12 mois.

## L'efficacité de l'intervention brève d'une seule session concernant le mésusage d'alcool et de drogue auprès de jeunes adultes Sud-Africains.

La plupart des études sur l'efficacité des interventions brèves motivationnelles concernant le mésusage d'alcool et de drogues chez les jeunes adultes ont été menées auprès d'étudiants. Les chercheurs ont recruté des patients âgés de 18-24 ans à faible revenu dans une clinique de soins de santé primaire en Afrique du Sud avec un instrument comportant un seul item sur la consommation d'alcool et de drogue.

Les patients positifs ont été randomisés pour une seule séance d'intervention brève motivationnelle avec une infirmière-praticienne (n = 190 ; 56 % de femmes, 48 % de noirs, 52 % métis ; usage à risque\* à 54 % pour l'alcool, 22 % pour le cannabis et 11 % pour les autres drogues), ou pour les soins habituels (n = 173 ; 47 % de femmes, 50 % de noirs, 50 % de métis ; usage à risque à 49 % pour l'alcool, 19 % pour le cannabis et 15 % pour les autres drogues).

Finalement, ces médicaments ont des effets secondaires, sans pour autant affecter les résultats autres que la consommation. Les médicaments utilisés dans le contexte de consommation d'alcool ont une efficacité modérée pour réduire la consommation des personnes avec des troubles liés à la consommation d'alcool de degré modéré à sévère.

Dresse Isabelle Vuille-Penseyres  
(traduction française)  
Richard Saitz, MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence: Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings. a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014;311:1889-1900.

- L'intervention n'avait pas d'effet sur les problèmes liés à l'alcool.

Commentaires : une intervention brève motivationnelle avec intervention de rappel par téléphone à 30 jours était plus efficace que l'IBM seule ou une brève session de conseil pour réduire la consommation à risque chez les patients de traumatologie. Les différences entre BSC et IBM étaient petites et suggèrent qu'une intervention de rappel pourrait fonctionner même après une intervention minimale au moment de la blessure. Dans les milieux où des appels de suivi après un traumatisme ne se font pas en routine, les cliniciens voyant les patients en suivi après un traumatisme seraient idéalement positionnés pour réaliser ces appels.

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

Référence: Field C, Walters S, Marti CN, et al. A multisite randomized controlled trial of brief intervention to reduce drinking in the trauma care setting: how brief is brief? *Ann Surg*. 2014;259(5):873-879.

- À 3 mois, le groupe intervention et le groupe soins usuels n'avaient pas une prévalence différente de consommation à risque d'alcool (33 % contre 32 %) et de drogues (18 % contre 19 %) ou de consommation abusive d'alcool\*\* (51 % contre 55 %).
- À 3 mois, le groupe d'intervention présentait une plus grande diminution de son score moyen à l'ASSIST pour l'alcool (de 13 à 8) par rapport au groupe soins habituels (11,5 à 9,1), mais les deux groupes ont diminué à des scores ( $\leq 10$ ) qui ne nécessitent pas d'intervention.

\* Défini comme un score ASSIST de  $\geq 11$  pour l'alcool ou un score ASSIST de  $\geq 4$  pour les drogues.

\*\* Défini comme  $\geq 3$  boissons en une occasion pour les femmes et  $\geq 6$  boissons en une occasion pour les hommes.

(suite en page 4)

## L'efficacité de l'intervention brève... (suite de la page 3)

Commentaires : malgré ses objectifs louables, cette étude ne montre finalement pas d'effet de l'intervention à 3 mois. L'importance de la baisse légèrement plus grande du score ASSIST pour l'alcool parmi les participants ayant reçu l'intervention est incertaine, puisque les deux groupes ont diminué leurs scores à un niveau considéré comme à faible risque. Une étude plus vaste avec un groupe d'évaluation minimal, des séances d'intervention supplémentaires, des résultats biologiques et un suivi plus long pourrait répondre à la question.

Diane Baechler  
(traduction française)  
Kevin L. Kraemer, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence: Mertens, JR, Ward CL, Bresick GF, et al. Effectiveness of nurse-practitioner-delivered brief motivational intervention for young adult alcohol and drug use in primary care in South Africa: a randomized clinical trial. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(4):430-438.

## Les marqueurs biologiques ne sont pas sensibles pour la détection de la consommation excessive d'alcool.

La transferrine déficiente en carbohydrate (CDT), la gamma-glutamyltransférase (GGT) et l'alcootest (air expiré) sont des biomarqueurs candidats pour la détection de la consommation excessive d'alcool. Des chercheurs ont utilisé les caractéristiques fonctionnelles des CDT, GGT et de l'alcootest afin de détecter la consommation excessive d'alcool\* pendant un follow-up de 6 mois parmi 402 patients souffrant d'une dépendance à l'alcool et d'une consommation excessive. La mesure de la consommation rapportée par le patient était faite selon la méthode du calendrier (Timeline follow-back).

- La CDT a démontré la meilleure sensibilité, valeur prédictive positive et négative que la CGT ou l'alcootest. Toutefois 34-59% des cas, (selon le seuil choisi) ne sont pas identifiés.
  - Pour la CDT, le seuil optimal pour la détection de toute consommation excessive\* était 1.5% (sensibilité 51%, spécificité 90%)
  - Le seuil pour la détection d'une consommation excessive récurrente\*\* était de 1.3% (sensibilité 76%, spécificité 70%)
  - Le seuil pour la détection d'une consommation excessive persistante\*\*\* était de 1.4% (sensibilité 81%, spécificité 70%)
- Pour la GGT le seuil optimal pour la détection de toute consommation excessive était 24 IU/l (sensibilité 72%, spécificité 49%)
  - Le seuil pour la détection d'une consommation excessive récurrente était de 27 IU/l (sensibilité 76%, spécificité 54%)
  - Le seuil pour la détection d'une consommation excessive persistante était de 40 IU/l (sensibilité 55%, spécificité 70%).
- Pour l'alcootest (avec tout résultat >0 considéré comme positif), la sensibilité variait entre 20 et 31% et la spécificité entre 91 et 94%.

\*4 boissons alcoolisées ou plus par occasion ou >7 par semaine pour les femmes, ou 5 boissons alcoolisées ou plus par occasion ou >14 par semaine pour les hommes

\*\*5 boissons alcoolisées ou plus par jour pendant au moins 5 jours au cours des 30 derniers jours

\*\*\*5 boissons alcoolisées ou plus par jour au moins pendant 7 jours consécutifs au cours des 30 derniers jours

Commentaires: ces marqueurs biologiques ne disposent pas d'une précision diagnostique suffisante (sensibilité, en particulier) pour qu'ils soient utilisés en l'absence de mesures auto-rapportées chez des patients souffrant d'une dépendance à l'alcool. Dans cette étude, même si la consommation était auto-rapportée, son évolution était très détaillée, et comprenait des garanties de confidentialité rarement disponibles en pratique clinique. Une anamnèse approfondie est probablement plus utile quand il s'agit de la consommation d'alcool que les tests de laboratoire, tant en recherche qu'en clinique.

Dresse Eleni Charitonidi  
(traduction française)  
Alexander Y. Walley, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence: Bertholet N, Winter MR, Cheng DM, et al. How accurate are blood (or breath) tests for identifying self-reported heavy drinking among people with alcohol dependence? *Alcohol Alcohol*. 2014;49:423-429.

## Le dosage sanguin de phosphatidylethanol offre une utilisation limitée comme marqueur biologique de la consommation d'alcool chez les patients avec une maladie chronique du foie.

Le phosphatidylethanol (PEth) dosé dans le sang est un métabolite de l'alcool qui peut être utile comme marqueur biologique de la consommation d'alcool. Pour cette étude, les chercheurs ont recruté 222 participants avec une maladie chronique du foie (âge moyen 52 ans; 56% d'homme; 54% avec une cirrhose) et ont mesuré les taux sanguins de phosphatidylethanol par la spectrométrie de masse et leur consommation d'alcool par une méthode validée auto-rapportée de calendrier. La sensibilité et la spécificité des seuils limites du PEth ont été calculées pour détecter n'importe quelle consommation d'alcool et une consommation d'alcool moyenne de  $\geq 4$  unités standards (US) par jour.

- Dans les 30 derniers jours, 42% des participants n'a pas rapporté de consommation d'alcool ; 42% a rapporté une consommation moyenne de moins de 4 US par jour et 16% une consommation

moyenne de  $\geq 4$  US par jour.

- Pour le dépistage de toute consommation, le seuil limite du PEth était de 8 ng/ml avait une sensibilité de 73% et une spécificité de 77% alors que pour un seuil limite du PEth de 20 ng/ml avait une sensibilité de 73% et une spécificité de 96%.
- Pour le dépistage d'une consommation  $\geq 4$ US/jour, le seuil limite de PEth de 20 ng/ml avait une sensibilité de 97% et une spécificité de 66% alors que pour un seuil limite de PEth présentait une sensibilité de 91% et une spécificité de 77%.

Commentaires : le PEth a une performance raisonnable dans la détection de toute consommation d'alcool et d'une consommation d'alcool de  $\geq 4$ US/jour parmi les personnes avec une maladie chronique du foie. Toutefois, les seuils plus bas classent mal les

## Le dosage sanguin de phosphatidylethanol... (suite de la page 4)

personnes qui consomment de l'alcool ou ceux qui sont abstinents. Les seuils plus élevés classent mal les personnes qui consomment en moyenne <4US/j et les personnes présentant une consommation plus importante. Le rôle que peut jouer le PEth en clinique dans la détection d'une rechute parmi les patients avec une maladie hépatique chronique reste incertain.

Dresse Angéline Adam  
(traduction française)

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

Référence: Stewart SH, Koch DG, Willner IR, et al. Validation of blood phosphatidylethanol as an alcohol consumption biomarker in patients with chronic liver disease. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(6):1706–1711.

## Même après une formation, beaucoup de médecins de premier recours sont réticents à prescrire la buprénorphine.

La buprénorphine s'est montrée efficace pour traiter les consommations problématiques d'opioïdes, même quand celle-ci était prescrite par des médecins de premier recours sans service psycho-social additionnel. En 2009, le "Rural Opioid Management Project" a été créé pour former les médecins à prescrire de la buprénorphine en milieu rural dans l'état de Washington qui a un taux de mortalité élevé secondairement à la consommation d'opioïdes et peu de médecins habilités. Parmi les 120 médecins qui ont suivi la formation, 92 ont été interrogés au moins 7 mois après leur formation et 78 ont été inclus dans cette étude.

- Parmi les 78 médecins, 50 (64%) ont obtenu le diplôme nécessaire (DEA) pour prescrire la buprénorphine, mais seulement 22 (28%) avaient, depuis, prescrit cette médication.
- Les médecins de famille étaient plus susceptibles que les autres spécialistes à prescrire la buprénorphine (33% versus 7%). Avoir un autre médecin habilité dans son cabinet était associé à une prescription de buprénorphine.
- Les obstacles perçus à la prescription de buprénorphine étaient: un manque de soutien social et psychologique, des contraintes de temps, un manque de confiance, une résistance

des autres médecins du cabinet et un manque de soutien institutionnel.

Commentaires: cette étude montre que simplement former les prescripteurs n'est pas suffisant pour surmonter les obstacles et augmenter l'accessibilité au traitement de buprénorphine. Les médecins ont besoin d'un soutien institutionnel et d'encouragements. En outre, l'attente généralisée que tous les patients recevant de la buprénorphine doivent aussi recevoir un soutien psycho-social en plus des conseils habituels des médecins, représente une autre barrière au traitement. Inclure des expériences de prescription de buprénorphine dans des programmes de formation résidentiels pourraient aussi aider.

Dr Didier Berdoz  
(traduction française)  
Darius A. Rastegar, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Hutchinson E, Catlin M, Andrilla CH, et al. Barriers to primary care physicians prescribing buprenorphine. *Ann Fam Med*. 2014;12:128–133.

## IMPACT SUR LA SANTE

### Est-ce que la consommation de marijuana est sûre? Le directeur de l'Institut National sur l'Abus de Drogue aux USA (NIDA) aborde les effets néfastes sur la santé.

Aux États-Unis, la marijuana est la substance « illicite » (son statut juridique varie selon l'État) la plus répandue avec un usage courant rapporté par environ 12% de la population âgée de plus de 12 ans. Les changements de lois dans certains États ont créé un paysage complexe où certains états ont décriminalisé la possession, certains ont toléré la marijuana à des fins médicales et d'autres (Colorado et Washington) ont légalisé la marijuana à des fins récréatives. Une des conséquences de ces changements est que, plus que jamais, les Américains se demandent s'il y a des risques liés à la consommation de marijuana. Dans cet article, le Dr Nora Volkow (directeur de l'Institut National sur l'Abus de Drogue aux USA, « National Institute on Drug Abuse ») et ses collègues décrivent les effets néfastes sur la santé de la consommation de marijuana et le niveau d'évidence scientifique soutenant son impact sur la santé.

- L'utilisation à court terme a comme effet potentiel: d'altérer la mémoire à court terme et la coordination motrice et, à hautes doses, d'entraîner une paranoïa et une psychose (1).
- L'utilisation de la marijuana à long terme entraîne une dépendance dans 9% des cas globalement, dans 17% des cas lorsque l'utilisation débute à l'adolescence, et dans 25-50% des cas lorsque l'usage est quotidien. (1)(2) Le lien avec l'utilisation d'autres drogues est encore controversé.

- Les autres effets à long terme sont: (2) l'abaissement de la qualité de vie, le développement altéré du cerveau, (1)(2) de mauvais résultats scolaires, (2) des troubles cognitifs, (1)(2) l'altération de la capacité de conduire, (1) des symptômes de bronchite chronique, (1) et un risque accru de troubles psychotiques chez les personnes prédisposées.

(1) niveau d'évidence élevé à moyen

(2) effet fortement associée à la consommation de marijuana initiale à l'adolescence.

Commentaires: la disponibilité et l'acceptabilité sociale de la marijuana, ainsi que ses propriétés pharmacologiques, ont abouti à une augmentation de la prévalence de son utilisation. Cette exposition n'est pas sans risque pour la santé, en particulier lors d'une utilisation à long terme et lorsque l'utilisation débute à l'adolescence.

Dresse Laure Jaton  
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault MD  
(version originale anglaise)

Référence: Volkow ND, Presse RD, Compton WM, Weiss SR. Effets néfastes sur la santé de la consommation de marijuana. *N Engl J Med*. 2014; 370 (23): 2219-2227.

## La consommation de faible quantité d'alcool est associée à un risque réduit d'accident vasculaire cérébral (AVC) alors qu'une consommation abusive peut le majorer.

Une consommation de faible quantité d'alcool est associée à un risque réduit d'AVC alors qu'une consommation abusive peut le majorer. Dans une méta-analyse – basée sur 27 études prospectives rapportant les données de 1'425'513 individus – les auteurs ont estimé les consommations moyennes reportées par les sujets. Ils ont défini <15g/j comme une consommation « faible », 15-30g/j comme « modérée » et des quantités plus importantes comme « abusive ». Les données sur les modes de consommations ou le type d'alcools consommés n'étaient pas disponibles. Les analyses ont mentionné que :

- Pour tous les AVC, il existait une réduction de 15% du risque associé à une consommation faible d'alcool, (risque relatif (RR), 0,85), aucun effet pour une consommation modérée, et une augmentation du risque avec une consommation abusive. (RR, 1,20)
- Pour les AVC ischémiques et pour la mortalité liée aux AVC, il y avait un risque diminué avec une consommation faible (RR, 0,81 et 0,67 respectivement), mais il n'existe aucun effet signi-

ficatif avec une consommation modérée ou abusive.

- Pour les AVC hémorragiques, le risque relatif pour les participants qui rapportaient une consommation abusive était plus important que pour les abstinents, mais les différences n'étaient pas statistiquement significatives.

Commentaires : cette méta-analyse a trouvé une association ayant une forme de courbe en J entre la consommation d'alcool et la mortalité par AVC avec une baisse de risque globale parmi les participants qui rapportaient une consommation de 0 à 20g d'alcool par jour et une possible augmentation du risque parmi ceux ayant une consommation abusive.

Dresse Suzanne Gilliland  
(traduction française)

R. Curtis Ellison, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Zhang C, Qin YY, Chen Q, et al. Alcohol intake and risk of stroke: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Cardiol.* 2014;174(3):669–677.

## VIH ET VHC

### Le dépistage systématique en fonction de l'année de naissance ne permettra d'identifier qu'une minorité d'individus atteints d'hépatite C dans les prisons.

L'hépatite C (VHC) se transmet principalement par la consommation de drogues injectables et affecte majoritairement les gens au sein du système de justice pénal. Outre le dépistage des individus à haut risque, le CDC (Center for Disease Control aux USA, a recommandé le dépistage systématique de toute personne née entre 1945 et 1965; cette recommandation s'appuie sur l'enquête National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), qui a observé que 82% des porteurs du VHC aux États-Unis appartenaient à cette cohorte d'années de naissance. Toutefois, l'enquête NHANES ne concernait pas les détenus. Les chercheurs ont utilisé des données provenant du Pennsylvania Department of Corrections, qui offre le dépistage du VHC (avec option de refus) à tous les nouveaux arrivants depuis 2003, pour déterminer la prévalence d'anticorps anti-VHC dans la population carcérale.

- Dans l'ensemble, la prévalence d'anticorps anti-VHC était de 18%, la prévalence maximum se situant chez ceux qui étaient nés entre 1950 et 1954 (45%). L'incidence était plus élevée chez les femmes (31%) que chez les hommes (17%).
- Le dépistage limité à la cohorte de naissances 1945–1965 identi-

fiait 44% d'hommes détenus et 29% de femmes détenues atteints du VHC.

Commentaires: cette étude montre que le VHC est fortement prévalent en milieu carcéral et suggère qu'un test de dépistage doit être proposé à tous les nouveaux arrivants. Avec de nouveaux traitements plus efficaces, une démarche de dépistage et de traitement dans les centres pénitentiaires aurait probablement des effets importants sur la prévalence et le fardeau de cette maladie, mais les coûts actuels des traitements contre le VHC constituent un obstacle majeur.

Cécile Reynes  
(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Larney S, Mahowald MK, Schaff N, et al. Epidemiology of Hepatitis C Virus in Pennsylvania state prisons, 2004–2012: Limitations of 1945–1965 birth cohort screenings in correctional settings. *Am J Pub Health.* 2014;104(6):e69–74.

### Parmi les individus présentant des troubles liés à la consommation d'opiacés, le traitement de buprénorphine et de méthadone entraîne une diminution du risque du VIH lié aux injections.

Le traitement de méthadone et de buprénorphine peut diminuer le risque de contamination par le VIH chez les consommateurs de substances injectables, mais peu d'études ont comparé directement l'efficacité de ces deux médicaments sur les risques liés à l'injection et au comportement sexuel. Des chercheurs ont mené une analyse secondaire de données émanant d'un essai randomisé de 24 semaines qui évaluait les différences d'hépatotoxicité entre la buprénorphine et la méthadone chez 731 adultes souffrant de dépendance

aux opiacés. Dans le cadre de cette étude, on a fait appel à l'Enquête sur les comportements à risque de VIH pour évaluer les comportements sexuels et pratiques d'injection des participants pour déterminer les différences entre les individus traités à la méthadone et ceux traités à la buprénorphine. La randomisation était de 2:1 en faveur de la buprénorphine en raison des taux d'abandon plus élevés dans ce groupe.

Suite en page 7

## Parmi les individus présentant des troubles ... (suite de la page 6)

- Dans l'ensemble, les risques liés au comportement sexuel baissaient légèrement ou restaient les mêmes dans le temps pour les groupes sous méthadone et sous buprénorphine. Cependant, les hommes prenant la buprénorphine présentaient une légère augmentation (de 41 à 47% à 24 semaines) de la composante risques du comportement sexuel, alors que les hommes sous méthadone présentaient une légère baisse de cette composante risques (de 46% à 44% à 24 semaines).

Commentaires: cette étude indique que la buprénorphine comme la méthadone abaissent le risque de transmission du VIH essentiellement par la diminution de l'usage de substances injectables. Il convient de mettre en place des stratégies visant les risques causés par le comporte-

ment sexuel chez les patients traités avec les deux médicaments. Les cliniciens devraient dépister les comportements à risque de transmission du VIH chez leurs patients dépendants aux opiacés et promouvoir un traitement de méthadone ou de buprénorphine chez les personnes à risque.

Cécile Reynes  
(traduction française)  
Jessica S. Merlin, MD, MBA  
(version originale anglaise)

Référence: Woody G, Bruce D, Korthuis PT, et al. HIV risk reduction with buprenorphine-naloxone or methadone: findings from a randomized trial. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014;66(3):288-293.

**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](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 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](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)