

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

JUILLET-AOÛT 2015

TABLE DES MATIERES

INTERVENTIONS & EVALUATIONS

Référencer à un traitement addictologique (le « RT » dans le « SBIRT ») ne conduit pas au traitement addictologique. Page 1

Pas d'impact des interventions brèves visant la consommation d'alcool à risque effectuées par les pharmaciens. Page 1

Le modèle « Dépister la consommation à risque d'alcool, faire une intervention brève et adresser à un traitement spécialisés » a-t-il un meilleur rapport coût-efficacité dans les départements des urgences ou en médecine de premier recours? Page 2.

Dépistage de l'alcool et intervention brève informatisés prometteurs parmi les femmes enceintes. Page 3

IMPACT SUR LA SANTE

La poursuite de la prescription de méthadone en prison augmente les réadmissions en traitement et diminue la consommation d'opioïde et de drogues injectables après la détention. Page 3

Le « nomadisme médical » parcourt de longues distances et franchit les frontières entre Etats pour la délivrance d'ordonnances qui se chevauchent contre les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention. Page 4

Les formules de dissuasion des abus: n'ont-ils pas de brèches? Page 4

Pourquoi les effets nocifs de la consommation d'alcool sont plus importants chez les personnes avec un status socioéconomique bas? Page 5

VIH ET VHC

Le traitement par agoniste opioïde améliore le respect du traitement antirétroviral chez les individus porteurs du VIH et consommateurs de drogues injectables. Page 5

Les patients porteurs du VIH prenant de la méthadone ont davantage tendance à respecter le traitement antirétroviral quand la dose de méthadone est augmentée. Page 6

L'intervention brève réduirait la consommation d'alcool chez certaines femmes infectées par le VIH et ayant une consommation d'alcool à risque. Page 6

Le VHC explique en partie l'augmentation de la mortalité chez les individus porteurs du VIH et s'adonnant à la consommation de drogues injectables comme facteur de transmission du VIH. Page 7

INTERVENTIONS & EVALUATIONS

Référencer à un traitement addictologique (le « RT » dans « SBIRT ») ne conduit pas au traitement addictologique.

Il est largement admis que bien que l'intervention brève ; même si elle ne baisse pas la cause des patients présentant des problèmes de substances (abus ou dépendance), peut aider à les orienter vers un traitement spécialisé. Les chercheurs ont réalisés une revue systématique et une méta-analyse dans le but d'évaluer l'efficacité d'une intervention brève pour l'alcool visant à augmenter l'entrée en soins spécialisés. La plupart des 13 études randomisées contrôlées dans 5 pays (suivi ambulatoire de médecine générale et admission aux urgences) ont étudiés l'association entre un bref conseil ou un entretien motivationnel et leur efficacité pour orienter vers un traitement spécialisé; 8 études ont spécifié que l'intervention pouvait référer à un traitement alcoolologique.

- Le fait que les patients aient bénéficié d'un traitement alcoolologique n'était pas associé à des résultats favorables concernant la consommation d'alcool (étudié dans 2 études seulement).
- Une seule et unique étude a mis en évidence une association positive entre l'entrée en traitement alcoolologique et intervention. L'intervention était une lettre envoyée au patient demandant de prendre rendez-vous.
- Dix études avaient des données suffisantes pour être méta-analysées. Une étude a été exclue en raison d'un risque élevé de biais. Il n'y avait pas d'effet de l'intervention brève sur l'entrée en traitement alcoolologique (risque relatif, 1.08, intervalle de confiance (95%) : 0.91-1.29).

Pas d'impact des interventions brèves visant la consommation d'alcool à risque effectuées par des pharmaciens.

Les pharmaciens peuvent jouer un rôle important dans les interventions de promotion de la santé, y compris pour le dépistage et l'intervention brève visant la consommation d'alcool à risque. Des chercheurs ont mené un essai randomisé comparatif avec suivi à 3 mois dans 16 pharmacies communautaires au Royaume-Uni. Les participants étaient 407 adultes, clients de

Commentaires : Les cliniciens savent que conseiller les patients afin qu'ils débute un traitement addictologique mène rarement à une entrée en traitement. C'est un défi majeur pour une intervention brève chez des patients non intéressés par un traitement addictologique que d'amener un patient de l'étape du dépistage à une entrée en soins. Maintenant nous avons les données scientifiques qui montrent que le bout « RT » (composant de l'intervention « SBIRT » : Screening Brief Intervention and Referral to Treatment) ne fonctionne pas pour les patients avec des problèmes d'alcool. Il est possible, bien qu'improbable, que des stratégies « RT » améliorées pour favoriser l'entrée en soins addictologiques amènent des solutions. En médecine générale, des meilleurs moyens sont nécessaires pour la gestion de patients dépistés pour des problèmes d'alcool pouvant bénéficier d'un traitement addictologique.

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

Référence: Glass JE, Hamilton AM, Powell BJ, et al. Specialty substance use disorder services following brief alcohol intervention: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*. 2015;110(9):1404-1415.

pharmacie, avec un score AUDIT de 8-19, randomisés pour recevoir une intervention brève de 10 minutes ou une brochure informative (groupe contrôle). L'intervention était effectuée par les pharmaciens, qui ont reçu une demi-journée de formation. Le follow-up était de 80% à 3 mois.

(suite en page 2)

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles est un projet du Boston Medical Center, produit en coopération avec l'Ecole 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

Pas d'impact des interventions brèves... (suite page 1)

- Le score AUDIT, outcome principal de l'étude, ne différait pas entre les deux groupes (différence entre groupe intervention et contrôle (-0.57 points, 95% CI (-1.59; 0.45)) et n'a pas changé au cours des trois mois de l'étude. La proportion de participants avec un AUDIT ≥ 8 à 3 mois ne différait pas non plus entre les deux groupes (avec le groupe contrôle comme référence, odds ratio, 0.87 [95% CI 0.50; 1.51])
- Outcome secondaires :
 - Malgré une diminution au cours du temps sur la sous-échelle « consommation » de l'AUDIT, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes.
 - Il n'y avait pas de différence sur la sous-échelle « problèmes » de l'AUDIT entre les groupes.
 - Il y avait une différence entre les groupes sur la sous-échelle « dépendance » de l'AUDIT (différence de -0.51 points) mais cette différence était en faveur du groupe contrôle.
- Comparé au groupe contrôle, la qualité de vie était moins bonne dans le groupe intervention à trois mois.

Commentaires : Cette étude de bonne qualité a testé l'efficacité d'une intervention brève nécessitant une formation minimale de la part des pharmaciens. L'étude n'a pas mis en évidence une efficacité de l'intervention et a même mis en évidence que le groupe intervention évoluait moins bien que le groupe contrôle (outcome secondaires). Les études futures devraient évaluer la faisabilité et l'efficacité d'interventions plus complexes et plus intensives.

Dr Nicolas Bertholet
(version originale anglaise et traduction française)

Référence: Dhital R, Norman I, Whittlesea C, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions delivered by community pharmacists: randomized controlled trial. *Addiction*. 2015 [Epub ahead of print]. doi: 10.1111/add.12994.

Le modèle « Dépister la consommation à risque d'alcool, faire une intervention brève et adresser à un traitement spécialisé » a-t-il un meilleur rapport coût-efficacité dans les départements des urgences ou en médecine de premier recours ?

Bien qu'il reste des préoccupations quant à la manière de l'implémenter efficacement, le modèle « dépister la consommation à risque d'alcool, faire une intervention brève et adresser à un traitement spécialisé » (Alcohol Screening, Brief Intervention, And Referral To Treatment, SBIRT, en anglais) est recommandé par de nombreuses organisations américaines, y compris l'Administration des services d'abus de substances et de santé mentale (SAMSHA). Les auteurs de cette étude ont utilisé les données de 9835 participants aux programmes SAMSHA ayant un dépistage positif de consommation d'alcool à risque pour modéliser le rapport coût-efficacité du modèle SBIRT délivrés dans les départements des urgences ou en médecine de premier recours. Les auteurs ont construit un modèle d'arbre analytique de décision et utilisé des méthodes standards et différentes sources de données pour estimer les coûts et l'efficacité.

- Dans les départements des urgences, un SBIRT coûtait 12.81 \$, était lié à une diminution des coûts sociaux de 544.55 \$, et augmentait l'utilité par 0.013.
- En médecine de premier recours, un SBIRT coûtait 21.44 \$, était lié à une diminution des coûts sociaux de 239.39 \$, et augmentait l'utilité par 0.008.

- Dans les analyses de sensibilité probabilistes, le modèle SBIRT avait le meilleur rapport coût-efficacité dans les départements des urgences, sauf dans le cas où le financeur ne veut pas payer plus de 1500 \$ par utilité entière gagnée.

Commentaires : Cette analyse suggère que les coûts sociaux diminuent et l'utilité en termes de santé augmente dans les départements des urgences et en médecine de premier recours. Cependant, l'auteur de ces commentaires n'était pas sûr de savoir comment interpréter la comparaison entre départements des urgences et médecine de premier recours dans l'optique d'une prise de décisions cliniques ou d'allocation de ressources. Bien que de nombreux patients ayant une consommation d'alcool à risque soient vus autant dans les départements des urgences qu'en médecine de premier recours, de nombreux autres patients sont uniquement dans un de ces deux environnements pendant de longs moments. D'un point de vue de l'allocation des ressources, une analyse plus utile aurait été de comparer le modèle SBIRT aux soins habituels (pas de SBIRT), séparément dans les deux environnements. De plus, les résultats de cette étude partent du principe que le modèle SBIRT

Le modèle « Dépister la consommation... (suite de la page 2)

est efficace dans les deux environnements, mais les revues systématiques actuelles montrent des preuves scientifiques d'efficacité en médecine de premier recours (du moins pour la consommation à risque), mais des résultats plus mitigés dans les départements des urgences.

Jacques Gaume
(traduction française)

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

Référence: Barbosa C, Cowell A, Bray J, Aldridge A. The cost-effectiveness of alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in emergency and outpatient medical settings. *J Subst Abuse Treat.* 2015;53:1–8.

Dépistage de l'alcool et intervention brève informatisés prometteurs parmi les femmes enceintes.

Les tablettes électroniques offrent un potentiel d'amélioration de l'implémentation du dépistage de l'alcool et d'une intervention brève (DIB) dans des contextes cliniques chargés tels que le sont les cliniques prénatales. Des chercheurs ont mené une petite étude pilote randomisée afin d'évaluer un DIB de l'alcool par ordinateur auprès de femmes enceintes de 28 semaines ou moins dépistées positivement à l'alcool.* Les femmes admissibles dans l'étude étaient assignées aléatoirement à : 1) une intervention adaptée pour l'alcool de 20 minutes, très interactive, via une tablette électronique, suivie de 3 courriers adaptés durant le reste de leur grossesse ; ou 2) une intervention de contrôle de 20 minutes moyennement interactive ciblée sur l'alimentation infantile. Les résultats se basaient sur la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention, 90 jours d'abstinence et une naissance saine (combinaison d'une « naissance vivante », un poids de naissance normal, pas de soin intensif néonatal nécessaire).

- Parmi les 524 femmes enceintes testées, 48 ont été recrutées et randomisées (84% d'afro-américaines, 54% âgées entre 18 et 25 ans, 25% avec un diagnostic d'abus d'alcool ou de dépendance selon le DSM-IV).
- Les femmes du groupe de l'intervention étaient satisfaites de l'utilité, de la facilité d'emploi et du respect de l'intervention (scores 4.7-5.0 sur une échelle de Likert à 5 points).
- Comparés au groupe contrôle, les membres du groupe de l'intervention ont rapporté plus d'abstinence à 90 jours (90% contre 74%) et un taux plus haut de naissances saines (83% contre 61%), mais aucune des différences n'était statistiquement significative.

Commentaires : Cette intervention s'est trouvée être très bien acceptée par les femmes enceintes et a le potentiel de dépasser certaines des barrières du DIB de l'alcool dans des contextes prénataux. Toutefois comme l'auteur le discute, cette étude ne disposait pas de la puissance statistique pour prouver l'efficacité. Une évaluation plus complète de l'impact de l'intervention sur la consommation prénatale d'alcool et l'issue des grossesses nécessite une étude plus large bénéficiant d'une puissance statistique adéquate.

* Questionnaire T-ACE positif (≥ 2 réponses positives aux questions suivantes: « Tolérance : Combien de verres devez-vous prendre pour ressentir l'effet de l'alcool ? Agacement : Avez-vous déjà été agacé parce que des personnes ont critiqué votre consommation d'alcool ? Réduction : Avez-vous déjà pensé que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ? Révélateur : Vous est-il déjà arrivé de prendre un verre au réveil pour vous calmer les nerfs ou vous remettre d'une gueule de bois ?) plus : boire de l'alcool chaque semaine ou plus souvent depuis 4 semaines de grossesse, OU ≥ 4 boissons alcoolisées au moins chaque mois durant l'année avant la grossesse.

Caroline Graap
(traduction française)
Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Ondersma SJ, Beatty JR, Svikis DS, et al. Computer-delivered screening and brief intervention for alcohol use in pregnancy: a pilot randomized trial. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(7):1219–1226.

IMPACT SUR LA SANTE

La poursuite de la prescription de méthadone en prison augmente les réadmissions en traitements et diminue la consommation d'opioïde et de drogues injectables après la détention.

Aux Etats-Unis, la plupart des établissements pénitentiaires interrompent le traitement agoniste aux opioïdes lors de l'incarcération des personnes présentant des troubles liés à la consommation d'opioïdes. Une étude randomisée aléatoire a été réalisée sur 283 détenus de Rhode Island qui désiraient poursuivre la prescription de méthadone durant leur détention. Ces derniers ont été répartis aléatoirement en deux groupes: le premier poursuivant la prescription de méthadone et le second subissant un sevrage aux conditions usuelles. La principale variable dépendante de l'étude est le réengagement dans un traitement d'entretien à la méthadone après la fin de la période de détention. Les autres variables incluaient les auto-déclarations rapportées relatives à la consommation d'opioïde, l'utilisation de drogues injectables, la réincarcération et les effets indésirables. Comme le schéma de réduction

de méthadone lors des sevrages forcés dans les établissements pénitentiaires de Rhode Island s'étend sur plusieurs semaines, certains patients qui se trouvaient dans le groupe de « sevrage forcé » recevaient toujours de la méthadone au moment de leur libération.

- 96% des patients substitués à la méthadone pendant l'incarcération sont retournés dans un centre spécialisé de prescription de méthadone dans le mois suivant leur libération, contre 78% de ceux qui ont été sevrés lors de leur entrée en détention. 100% de ceux recevant de la méthadone au moment de leur remise en liberté sont retournés dans un centre spécialisé dans le mois suivant leur libération, contre 48% de ceux n'ayant pas reçu de méthadone.

La poursuite de la prescription... (suite de la page 3)

- Les participants appartenant au groupe « maintien de la méthadone » étaient moins susceptibles de consommer des opioïdes (8% contre 18%) et d'utiliser des drogues injectables (17% contre 32%) comparativement à ceux du groupe de sevrage forcé.
- Aucune différence significative n'a été constatée entre les deux groupes concernant la réincarcération ou de graves effets indésirables.

Commentaires des auteurs du résumé: Cette étude a permis de mettre en évidence que la poursuite d'un traitement agoniste par méthadone au cours de la période de détention augmente la probabilité de réengagement dans un traitement à la méthadone après la libération, et diminue la consommation des opiacés et des drogues injectables.

Commentaire du traducteur : Les auteurs de l'étude rappellent par ailleurs

que l'arrêt intempestif en détention de la méthadone, qui figure sur la liste des médicaments essentiel de l'OMS, pose aux Etats-Unis un problème de droit constitutionnel majeur. La plupart des pays poursuivent les traitements agonistes opioïdes en détention, et cette recommandation figure dans le « WHO guideline » édité en 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43948/1/9789241547543_eng.pdf)

Dr Olivier Simon
(traduction française)
Jamie K. Lim, BSc† and Alexander Y. Walley, MD, MSc
† MD candidate, Boston University School of Medicine
(version originale anglaise)

Référence: Rich JD, McKenzie M, Larney S, et al. Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *Lancet*. 2015;386(9991):350–359.

Le “nomadisme médical” parcourt de longues distances et franchit les frontières entre Etats pour la délivrance d'ordonnances qui se chevauchent contre les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention.

Le “nomadisme médical” (obtention, auprès de différents prescripteurs et pharmacies, d'ordonnances qui se chevauchent) est un moyen d'obtenir des stimulants prescrits contre les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (TDAH), à des fins non médicales. Les programmes de surveillance des ordonnances (PSO) contribuent à lutter contre ce comportement, mais ils sont gérés par chaque Etat et ne fournissent généralement pas d'informations sur les ordonnances délivrées dans d'autres Etats. Des chercheurs ont utilisé une vaste base de données sur les ordonnances (couvrant 65% des ventes en pharmacie) pour identifier les personnes qui se font délivrer des médicaments contre le TDAH (certains stimulants et de la clonidine) par plusieurs pharmacies.

- Au total, 4,4 millions d'individus se sont fait délivrer une ordonnance d'au moins 1 TDAH sur une durée d'un an.
- Le “nomadisme,” décrit comme la délivrance d'ordonnances de TDAH se chevauchant auprès de plus d'un prescripteur et plus de 2 pharmacies, touchait 15.996 sujets (0,45%). Le “nomadisme intense » (≥ 5 épisodes de nomadisme sur 18 mois) touchait 2.134 sujets (0,05%).
- Bien que 4% seulement des non-nomades se sont fait délivrer des ordonnances de TDAH dans plus d'un Etat, ce comportement s'observait chez 28% des « nomades » et 43% des « nomades intensifs ». Les nomades faisaient en moyenne 150 km pour aller chercher des médicaments sur ordonnance, les

nomades intensifs faisaient 535 km et les non-nomades 320 mètres.

- Les nomades et nomades intensifs avaient davantage tendance à payer en espèces au moins une ordonnance de TDAH (27%) que les non-nomades (14%).

Commentaires: Cette étude donne un aperçu sur les extrémités auxquelles un petit sous-groupe de population se livre pour obtenir des médicaments anti-TDAH pour utilisation détournée. Les PSO étatiques doivent échanger leurs informations à travers les frontières inter-étatiques, et les pharmacies doivent se méfier des individus qui voyagent loin et traversent les frontières entre Etats pour se faire délivrer des médicaments sur ordonnance. Une autre solution possible serait de fournir aux prescripteurs des informations à partir de vastes bases de données comme celle-ci.

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

Référence: Cepeda MS, Fife D, Berwaerts J, et al. Doctor shopping for medications used in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: shoppers often pay cash and cross state lines. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2015;41(3):226–229.

Les formules de dissuasion des abus: n'ont-ils pas des brèches ?

Une formule de dissuasion des abus (FDA) à base de chlorhydrate d'oxycodone (CHO) à libération prolongée (vendu sous le nom d'Oxycontin) a été introduite en 2010 pour réduire l'usage de cette molécule à des fins non-médicales. Son introduction coïncidait à une forte diminution des taux d'utilisation non-médicale. Celle-ci a finalement atteint un plateau. L'analyse actuelle des données de l'enquête du programme des patients-informateurs a regardé le taux résiduel de l'usage de CHO reformulée à des fins non-médicales. Les patients en traitement, avec un diagnostic de mésusage d'opioïdes et principalement un abus d'opioïdes sur ordonnance ou d'héroïne, ont été inclus dans l'étu-

de (N=10'784) ; 2% de l'échantillon (N=244) ont été interviewés pour ajouter du contexte et élargir l'enquête structurée.

- La formule de dissuasion des abus de CHO, à libération prolongée, a été associée à une diminution significative durant le dernier mois de l'usage non-médical de CHO: passant de 45% avant son introduction à 26% après son introduction. Cette réduction a été associée à une augmentation de l'utilisation d'autres opioïdes, principalement l'héroïne.
- Jusqu'à 4 ans après la reformulation, 25 à 30% des participants ont encore continué l'utilisation de CHO à libération prolongée durant le dernier mois à des fins non-médicales.

- Parmi les 88 participants interviewés qui recommandaient l'usage non-médical de CHO en pré- et post-formule, 3 phénomènes sont ressortis pour expliquer le mésusage résiduel : 1) la transition de l'administration de CHO d'une forme injectée ou inhalée en une forme orale ; 2) les efforts pour déjouer le mécanisme de la formule de dissuasion des abus et poursuivre le CHO injecté ou inhalé ; 3) l'utilisation exclusive de la formule de dissuasion des abus par voie orale sans être affectée par la reformulation.

Commentaires : Bien que les formules de dissuasion des abus prescrits à base d'opioïdes ont le potentiel de réduire l'utilisation non-médicale de CHO, leur efficacité n'est pas absolue et quelques conséquences non attendues peuvent émerger comme la migration vers l'utilisation d'héroïne. Les efforts pour lutter

contre l'épidémie de prescription d'opioïdes aux États-Unis ne devraient pas se focaliser uniquement sur la création de formules qui peuvent diminuer le mésusage sans qu'il ne l'élimine. Ces efforts devraient au contraire assurer la prescription appropriée d'analgésiques opioïdes et cibler une approche de santé publique plus complète.

Dre Semanur Cengelli Hänni,
(traduction française)
Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Cicero TJ and Ellis MS. Abuse-deterrent formulations and the prescription opioid abuse epidemic in the United States: lessons learned from OxyContin. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):424-430.

Pourquoi les effets nocifs de la consommation d'alcool sont plus importants chez les personnes avec un status socioéconomique bas?

Cette revue systématique a investigué la relation entre le status socioéconomique (SSE) et le risque de mortalité ou de morbidité dans un nombre des conditions attribués à l'alcool. Cette revue résume des données de 31 études cas-contrôle ou de cohortes (publiées en anglais) concernant une mesure globale des effets de SSE bas (différemment défini) pour le risque de cancers liés à l'alcool, de maladies hépatiques, d'hypertension, d'AVC, d'épilepsie, d'arythmies cardiaques et de pancréatites.

- Les participants ayant un SSE de la sphère bas avaient un risque plus grand que ceux avec un SSE élevé de développer un cancer ORL et un AVC.
- Il y avait une tendance à un risque plus faible de cancer du sein chez les femmes ayant un SSE bas, mais les différences n'étaient pas significatives après ajustement pour les facteurs confondants connus.
- Les données étaient insuffisantes pour préciser les effets de SSE sur d'autres maladies attribuables à l'alcool.

Commentaires: Les théories pour expliquer pourquoi les personnes avec un SSE bas peuvent ressentir plus d'effets nocifs liés à la consommation d'alcool comprennent: 1) différents modes de consommation, avec des taux plus élevés de consommation exces-

sive épisodique chez les personnes ayant un faible statut socioéconomique; 2) le regroupement d'habitudes de vie associées à une mauvaise santé; et 3) une réduction de l'accès aux soins. Dans certaines études, même si la consommation d'alcool totale déclarée chez les personnes à faible et haute SSE peut être similaire, ces derniers peuvent être plus susceptibles de boire des quantités «modérée» d'alcool sur une base régulière, alors que les personnes à faible SSE sont plus susceptibles d'avoir quelques jours de forte consommation par semaine. Il peut aussi y avoir des différences selon le type de boisson alcoolisée consommée, ce qui n'a pas été pris en compte dans cette étude.

Dr Ghazi Kardous
(traduction française)
R. Curtis Ellison, MD
(version originale anglaise)

Référence: Jones L, Bates G, McCoy E, Bellis MA. Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15:400.

VIH ET VHC

Le traitement par agoniste opioïde améliore le respect du traitement antirétroviral chez les individus porteurs du VIH et consommateurs de drogues injectables.

L'utilisation de drogues injectables (UDI) est l'un des principaux risques d'infection par le VIH. Le traitement antirétroviral (TARV) diminue la morbidité et la mortalité par le VIH et la transmission du virus, mais exige l'observance du traitement journalier pour toute la vie. Le traitement par agoniste opioïde (TAO) avec la méthadone ou la buprénorphine peut contribuer à améliorer le respect du traitement anti-VIH. Des chercheurs ont utilisé une base de données sur population de base en Colombie Britannique, au Canada, pour étudier le rapport entre le TAO et l'observance du TARV dans une cohorte d'individus porteurs du VIH avec antécédents d'UDI.

- Sur les 12'349 participants de la cohorte, 2'928 (24%) avait des antécédents d'UDI; 1'852 étaient inclus dans l'étude avec 39'375 mois-personnes de suivi.
- Le TAO s'associait à un quotient de probabilité (OR) non ajusté de 1,54 pour $\geq 95\%$ de respect du renouvellement du traitement ARV. L'OR ajusté était de 1,96.

Commentaires: Cette étude confirme les observations antérieures de l'effet positif du TAO sur l'observance du TARV. D'autres études ont montré qu'associer le TAO à un suivi médical facilite l'un et l'autre. Il devrait être possible d'améliorer les résultats de

(suite en page 6)

Le traitement par agoniste opioïde... (suite de la page 5)

la lutte contre le VIH (et les troubles liés à la toxicomanie) en intégrant le TAO dans le traitement du VIH ; ce devrait être la norme de soin.

Cécile Reynes

(traduction française)

Darius A. Rastegar, MD

(version originale anglaise)

Référence: Nosyk B, Min JE, Colley G, et al. The causal effect of opioid substitution treatment on HAART medication refill adherence. *AIDS*. 2015;29(8):965–973.

Les patients porteurs du VIH prenant de la méthadone ont davantage tendance à respecter le traitement antirétroviral quand la dose de méthadone est augmentée.

Le traitement d'entretien à la méthadone s'accompagne d'une meilleure observance du traitement antirétroviral (TARV) chez les individus porteurs du VIH avec troubles liés à l'usage d'opioïdes. Des chercheurs ont suivi une cohorte de 297 sujets porteurs du VIH recevant un traitement d'entretien de méthadone pour étudier la relation dose-réponse entre la dose de méthadone et l'observance du TARV. Le principal facteur d'exposition était la méthadone à forte dose (≥ 100 mg) et le principal résultat était l'observance optimale du TARV ($\geq 95\%$). Les taux d'observance du TARV étaient basés sur les données de renouvellement pharmaceutique.

- Les patients recevant ≥ 100 mg/jour de méthadone présentaient des taux plus élevés d'observance optimale du TARV (quotient de probabilité ajusté [aOR] de 1,38), comparés à ceux qui en prenaient moins.
- En stratifiant les données d'après la dose de méthadone, on observait un rapport entre l'élévation des doses et la proportion de sujets avec observance optimale (aOR de 1,06 par augmentation de 20 mg/jour).

Commentaires: Cette étude met en évidence un rapport dose-réponse entre la dose de méthadone et l'observance du traitement de TARV chez les patients recevant de la méthadone. Pour améliorer l'issue des soins chez les individus porteurs du VIH présentant des troubles liés aux opioïdes, les prestataires doivent s'assurer que les doses de méthadone sont adéquates et efficaces.

Cécile Reynes

(traduction française)

Jamie K. Lim, BSc† and Alexander Y. Walley, MD, MSc
† MD candidate, Boston University School of Medicine
(version originale anglaise)

Référence: Lappalainen L, Nolan S, Dobrer S, et al. Dose-response relationship between methadone dose and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive persons who use illicit opioids. *Addiction*. 2015;110(8):1330–1339.

L'intervention brève réduirait la consommation d'alcool chez certaines femmes infectées par le VIH et ayant une consommation d'alcool à risque.

Une consommation d'alcool à risque est présente chez un quart des femmes infectées par le VIH, et est associée à l'adhésion à la thérapie antirétrovirale sous-optimale (TARV) et aux comportements sexuels à haut risque. Les chercheurs ont recruté 148 femmes avec une consommation d'alcool à risque* d'une clinique de soins primaires pour le VIH. Les participantes ont été randomisées pour recevoir soit 2 sessions d'intervention brève alcool (IB) à 1 mois d'intervalle, soit les soins cliniques habituels.

- Au cours des 90 jours précédents, le groupe IB avait une moyenne de 34 jours de consommation, 25 jours de consommation excessive épisodique, et une moyenne de 10 verres par jour de consommation active. Les chiffres pour le groupe contrôle étaient similaires.
- L'IB a été associée à une diminution du nombre de jours de consommation, mais uniquement chez les femmes dont le nombre de jours de consommation se situait entre le 28 et le 90e percentile. Des résultats similaires ont été observés concernant le nombre de jours de consommation excessive. L'IB a également été associée à une diminution de rapports sexuels vaginaux non protégés, par rapport au groupe contrôle.
- Le groupe IB n'a pas expérimenté une réduction du nombre moyen de verres par jour de consommation active, ni dans les résultats secondaires incluant les enzymes hépatiques, l'adhésion à la TARV, la suppression virologique, ou la présence aux entretiens.

* Définie par une moyenne de ≥ 8 boissons en une semaine ou ≥ 4 bois-

sons en une occasion présent au moins deux fois au cours des 6 derniers mois, ou un score de TWEAK de ≥ 2 (outil à 5 items: Tolérance, Inquiétude, Prise de conscience, Amnésie, Diminution).

Commentaires: Cette intervention n'a pas été efficace pour les participantes qui buvaient le plus, pour celles qui buvaient le moins, ou pour les résultats cliniques (par exemple la suppression virologique), malgré le fait qu'elle a été adaptée à partir d'une intervention précédemment publiée et incluait un contenu spécifique aux femmes infectées par le VIH, l'adhérence, et le risque sexuel. L'intervention brève semble toutefois réduire le nombre de rapports sexuels non protégés. Cette étude est limitée, comme beaucoup le sont, par le recours à l'auto-évaluation pour déterminer la consommation d'alcool – Les participantes ayant reçu l'IB peuvent avoir été plus susceptibles que celles du groupe contrôle de rapporter une réduction de la consommation d'alcool. Il est clair que nous avons besoin d'en savoir plus sur la meilleure façon d'aborder la consommation d'alcool nocive pour la santé chez les femmes infectées par le VIH.

Sarah Imboden

(traduction française)

Jessica S. Merlin, MD, MBA
(version originale anglaise)

Référence: Chander G, Hutton HE, Lau B, et al. Brief intervention decreases drinking frequency in HIV-infected, heavy drinking women: results of a randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015 [Epub ahead of print]. PMID: 25967270.

Le VHC explique en partie l'augmentation de la mortalité chez les individus porteurs du VIH et s'adonnant à la consommation de drogues injectables comme facteur de transmission du VIH.

Les patients infectés par le VIH avec utilisation de drogues injectables (UDI) comme facteur de transmission présentent une mortalité plus élevée même s'ils ont accès à un traitement antirétroviral (TARV). Cette étude vise à établir si dans cette population, l'association entre l'UDI comme facteur de transmission et la mortalité s'expliquait par une prévalence accrue de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC). Les auteurs ont analysé les données émanant de 16 centres dans le cadre du programme Collaboration de cohortes sur le traitement antirétroviral, collaboration internationale d'études en cohortes sur des sujets porteurs du VIH commençant un TARV. Sur 32'703 patients, 3'374 ont déclaré une UDI, 4'630 présentaient des signes d'infection par le VHC et 1'116 ont décédé.

- Le risque de mortalité augmentait chez les patients déclarant une UDI comme facteur de transmission comparé aux non-UDI (quotient de risque ajusté de [aHR] de 2,71), et parmi les patients porteurs du VHC comparés à ceux qui ne l'étaient pas (aHR de 2,65).
- L'effet de l'UDI s'atténuait en fonction de la correction intégrant le VHC (aHR de 1,57), alors que l'inverse (atténuation de l'effet du VHC par l'UDI) était moins prononcé (aHR de 2,04).

- La mortalité touchant le SNC et le système respiratoire était moins atténuée et les morts violentes n'étaient pas atténuées par la correction en fonction du VHC.

Commentaires: L'infection à VHC explique en partie le rapport existant entre les antécédents de risque de transmission par UDI et la mortalité dans une étude sur une importante cohorte d'individus porteurs du VIH commençant un TARV. Cette étude n'inclut ni mesures de l'UDI active ni mesures de mortalité spécifiquement liée à un surdosage. Ce débat arrive au moment opportun où le secteur des thérapies anti-VHC cible des antiviraux plus efficaces, onéreux et à action directe qui peuvent avoir des répercussions sur la différence de mortalité observée.

Cécile Reynes
(traduction française)
Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: May MT, Justice AC, Birnie K, et al. Injection drug use and hepatitis C as risk factors for mortality in HIV-infected individuals: the Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;69(3):348–354.

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 États-Unis) et actuellement par the National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cette lettre d'information est produite en coopération avec l'École 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