

## TABLE DES MATIERES

### INTERVENTIONS ET EVALUATIONS

L'association buprénorphine-naloxone est efficace en traitement de substitution aussi longtemps que la prescription est maintenue. Page 1

Le suivi des soins en médecine de premier recours et dans les services spécialisés est associé à de meilleurs résultats au niveau de la consommation de substances. Page 2

Les patients qui reçoivent des opiacés pour le traitement de la douleur chronique sont suivis de manière inadéquate. Page 2

Quelle est la précision d'une mesure de la « dernière » consommation d'alcool se basant sur ce que les personnes rapportent avoir consommé? Page 3

Est-ce qu'un courrier envoyé par la poste après une visite aux urgences diminue la consommation d'alcool à risque? Page 3

Le traitement par buprénorphine n'est pas associé à des troubles significatifs de la capacité de conduire. Page 4

### IMPACT SUR LA SANTE

La consommation « modérée » est un facteur de risque pour le cancer du sein. Page 4

Association entre le glaucome à angle ouvert et la consommation de cocaïne. Page 5

Consommation d'alcool abusive liée au cancer colorectal. Page 5

La consommation abusive d'alcool est un facteur de risque pour le cancer de l'estomac. Page 5

Y a-t-il une association chez les femmes entre « bien vieillir » et avoir une consommation d'alcool modérée? Page 6

Une consommation d'alcool à risque pour la santé est associée à de mauvaises habitudes alimentaires. Page 6

### VIH ET VHC

Approche multidisciplinaire du traitement de l'hépatite C chez des patients alcoolodépendants non sevrés ou dont le sevrage date de moins de 6 mois. Page 7

Une nouvelle pièce apportée au puzzle de la réduction des risques? Une thérapie antirétrovirale sous surveillance directe pour les personnes dépendantes aux opiacés atteinte de VIH. Page 7

Facteurs associés à la prise d'un traitement pour abus de substances parmi des patients HIV/SIDA qui consomment de l'alcool et d'autres drogues. Page 7

# Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

NOVEMBRE — DÉCEMBRE 2011

## INTERVENTIONS ET EVALUATIONS

### L'association buprénorphine-naloxone est efficace en traitement de substitution aussi longtemps que la prescription est maintenue.

Cet essai clinique randomisé multi-centrique en 2 phases examine l'efficacité du traitement par association buprénorphine-naloxone (BUP/NX) auprès de 653 patients présentant une dépendance aux opiacés, avec ou sans programme de conseil psycho-social intensif. Le fait d'être "mauvais répondeur"\* à un traitement bref en phase 1 (2 semaines de stabilisation BUP/NX suivies de 2 semaines de sevrage et de 8 semaines de suivi après arrêt de la médication) déterminait la poursuite du traitement à plus long terme, en phase 2 (12 semaines de stabilisation BUP/NX suivies de 4 semaines de sevrage et 8 de semaines de suivi). À chaque phase, les patients étaient randomisés, soit en "accompagnement médical standard" simple (AMS, 15-20 minutes d'entretien avec un médecin agréé pour la prescription de BUP/NX), soit en AMS complété par un programme de conseil psychosocial intensif visant la dépendance aux opiacés (45-60 minutes d'entretien avec un professionnel de santé mentale formé).

- Seuls 6,6% des patients étaient effectivement abstinents de tout opiacé après un traitement bref par BUP/NX, sans amélioration notable avec un conseil psycho-social intensif.
- 49% des patients étaient abstinents d'opiacés après un traitement BUP/NX prolongé, mais 8 semaines après le sevrage, ce taux diminuait à 8,6%, toujours sans bénéfice significatif du conseil psycho-social intensif.

\*Prises d'opiacés autodéclarées > 4 jours par mois, 2 tests urinaires consécutifs positifs pour les opiacés, traitement complémentaire des troubles liés aux substances (autres que auto-support), ou >1 échantillon d'urines manquant.

### Le suivi des soins en médecine de premier recours et dans les services spécialisés est associé à de meilleurs résultats au niveau de la consommation de substances.

Cette étude a analysé les données de deux essais randomisés menés dans un programme privé de soins intégrés (de type "managed-care"): la première étude comparait le traitement en hôpital de jour pour abus de substance avec un suivi ambulatoire traditionnel; la seconde étudiait un système de soins intégrant

Commentaires: cette étude montre que l'association BUP/NX est efficace dans le traitement de la dépendance aux opiacés dès lors que la prescription est maintenue et qu'un sevrage progressif, indépendamment de sa durée, échoue chez la plupart des patients. De même que pour le traitement de l'hypertension ou du diabète, aussi longtemps que la médication est prise, elle agit, mais le trouble réapparaît lorsqu'elle est interrompue. La nature chronique de la dépendance aux opiacés s'oppose au dogme de l'abstinence comme seul but de toute prise en charge, et s'oppose en particulier aux exigences des compagnies d'assurance-maladie qui, dans certaines juridictions, limitent leur prise en charge à une durée prédéterminée. Cette étude suggère également qu'une prise en charge psychosociale n'apporte aucun bénéfice. Peut-être viendra le temps où l'on parlera plutôt (en anglais) de *counseling-assisted pharmacotherapy* plutôt que de *medication-assisted treatment*. Ce serait une juste reconnaissance du fait que c'est la médication - et non le sevrage et les conseils - qui est le traitement de première ligne de la dépendance aux opiacés.

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

Référence: Weiss RD, Potter JS, Fiellin DA, et al. Adjunctive counseling during brief and extended buprenorphine-naloxone treatment for prescription opioid dependence: a 2-phase randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(12):1238-1246.

soins médicaux généraux et spécialisés dans les addictions.

Les participants ont été suivis à 1, 5, 7 et 9 ans dans les deux études. L'échantillon a inclus 991 sujets (dont 56% ont participé aux deux études) qui ont effectué au moins un entretien de suivi et qui ont participé au programme pendant au minimum 5,4 ans.

(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

Donna M. Vaillancourt  
Boston Medical Center

### Traduction française

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

## Le suivi des soins en médecine de premier recours ... (suite page 1)

L'association entre la rémission et la fréquentation des services de soins (suivi annuel en médecine de premier recours, consultations en psychiatrie et en addictologie) a été examinée en utilisant des modèles de régression logistique multivariée non-linéaire à effets mixtes.

- Les caractéristiques de référence associées à la rémission incluaient le fait d'être une femme (odds ratio [OR], 1.44), d'être plus âgé (OR, 1.02), d'avoir achevé un traitement en addictologie par le passé (OR, 2.72) et de vivre maritalement ou en couple (OR, 1.38).
- Un suivi annuel en médecine de premier recours était également associé positivement avec la rémission (OR, 1.39), tout comme l'était la continuité des soins (OR, 2.34), définie de la manière suivante :
  - se rendre à une visite par année au minimum chez le médecin de premier recours,
  - achever un traitement en addictologie ou poursuivre un tel traitement,
  - suivre un traitement alcoologique ou toxicologique lorsque le score ASI (Addiction Severity Index) était

supérieur à zéro lors de la dernière évaluation, et

- avoir recours aux services de psychiatrie lorsque le score ASI sur le plan psychiatrique était supérieur à zéro lors de la dernière évaluation.

Commentaires : cette étude appuie la vision de l'abus de substance comme une maladie chronique dont le meilleur traitement se fait par des soins sur le long terme. Elle souligne l'association entre la poursuite des soins de premier recours et de meilleurs résultats pour cette population. Il serait intéressant de voir si les patients recevant des soins intégrés, comme ceux de cette étude, présentent de meilleurs résultats en terme de rémission que les patients recevant des soins non-intégrés.

Chloé Quinto  
(traduction française)  
Darius A. Rastegar, MD  
(version originale française)

Référence: Chi FW, Parthasarathy S, Mertens JR, et al. Continuing care and long-term substance use outcomes in managed care: early evidence for a primary care-based model. *Psychiatr Serv.* 2011;62(10):1194-1200.

## Les patients qui reçoivent des opiacés pour le traitement de la douleur chronique sont suivis de manière inadéquate.

Environ 10% des patients au bénéfice de soins de premiers recours et souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses (CNCP en anglais) ont un trouble lié à l'usage de substances (SUD en anglais). Les directives en matière de traitement recommandent que les patients avec un SUD qui sont traités avec des opiacés doivent bénéficier d'un traitement et d'un suivi plus intensifs. Cette étude basée sur 5'814 patients auxquels on a prescrit, en 2008, des opiacés pendant 90 jours consécutifs ou plus, a comparé l'adhésion des prescripteurs aux lignes de conduite en matière de traitement pour les patients avec un diagnostic SUD d'une part et ceux sans SUD au cours de l'année précédente.

- 20% des patients auxquels on a prescrit des opiacés présentaient un SUD.
- Les patients présentant un SUD étaient plus susceptibles d'avoir une consultation en santé mentale (30% contre 17%) et d'être soumis à un dépistage toxicologique dans les urines (47% contre 18%).
- Il n'y avait pas de différence entre les groupes au niveau
  - du suivi en soins de premiers recours  $\geq 4$  fois par an (63% contre 61%),

- de la consommation d'opiacés à longue durée d'action (27% contre 26%),
  - de la consommation d'antidépresseurs pour ceux qui souffraient de dépression (88% contre 86%), ou
  - de la participation à une thérapie physique (31% contre 29%).
- Seuls 35% des patients avec un SUD ont bénéficié d'un traitement contre l'abus de substance.

Commentaires: cette étude montre que l'application des directives en matière de traitements recommandés chez les patients auxquels on prescrit des opiacés pour des CNCP est sous-optimale. Moins de la moitié des patients avec un SUD qui ont reçu des opiacés pour cause de CNCP ont subi un dépistage toxicologique des urines et il faut relever le recours limité aux traitements d'abus de substance. De plus grandes restrictions sur l'utilisation des opiacés sont inévitables si les pratiques cliniques ne s'améliorent pas. L'épidémie d'abus d'opiacés sur ordonnance fait que certains exigent un moratoire sur l'utilisation d'opiacés dans les cas de CNCP. Les médecins devraient souscrire à l'élan national vers une amélioration

(suite en page 3)

## Les patients qui reçoivent des opiacés... (suite de la page 2)

.de l'éducation et de la prise en charge des patients qui bénéficient d'opiacés sur ordonnance.

Thomas Siegrist  
(traduction française)

Peter D. Friedmann, MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence: Morasco BJ, Duckart JP, Dobscha SK. Adherence to clinical guidelines for opioid therapy for chronic pain in patients with substance use disorder. *J Gen Intern Med.* 2011;26(9):965–971.

## Quelle est la précision d'une mesure de la "dernière" consommation d'alcool se basant sur ce que les personnes rapportent avoir consommé?

Beaucoup d'études s'appuient sur des questionnaires demandant aux personnes de rapporter leur propre consommation d'alcool. Cette façon d'évaluer la consommation pourrait biaiser les estimations. Afin de tester la précision de ce que les gens rapportent pour leur dernière consommation, des chercheurs ont mené une étude de terrain. Des personnes de 18 à 25 ans devaient rapporter leur consommation d'alcool 1 à 2 jours après avoir été observés par des pairs dans le milieu festif. La relation entre la consommation observée et rapportée a été évaluée en utilisant des modèles multiniveaux (129 observations pour 48 individus)

- De manière générale, les participants rapportaient une consommation inférieure de 9% à celle observée.
- La relation entre la consommation déclarée et observée était non-linéaire :
  - Les individus consommant >8 boissons alcoolisées sous-estimaient leur consommation de façon plus importante avec l'augmentation de la consommation (par exemple, ceux consommant 12 boissons sous-estimaient leur consommation de 10.3% (1.3 boissons alcoolisées), alors que ceux consommant 20 boissons sous-estimaient leur consommation de 17.6% (3.5 boissons).

- Les individus consommant des quantités moins importantes (c'est-à-dire  $\leq 4$  boissons ou 5-8 boissons) estimaient correctement leur consommation.
- Le type de lieu n'influçait pas la précision de la mesure.

Commentaires : cette étude questionne la précision des mesures de consommation d'alcool basées sur les déclarations des participants dans les enquêtes populationnelles. Ce particulièrement parce que l'estimation de la dernière consommation est plus facile à faire que celle de la « consommation habituelle », qui demande que les individus non seulement se souviennent avec précision de leurs consommations, mais aussi qu'ils estiment une moyenne « habituelle ». En conséquence, il est probable que la sous-estimation des quantités se retrouve aussi dans les enquêtes populationnelles, chez des individus consommant des quantités importantes, et probablement à plus large échelle.

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

Référence: Northcote J, Livingston M. Accuracy of self-reported drinking: observational verification of 'last occasion' drink estimates of young adults. *Alcohol Alcohol.* 2011;46(6):709–713.

## Est-ce qu'un courrier envoyé par la poste après une visite aux urgences diminue la consommation d'alcool à risque?

La prise en charge, dans un département d'urgence (DU), des patients ayant une consommation d'alcool à risque peut être difficile, entre autres en raison de contraintes liées au temps. Pour tester une méthode d'intervention plus efficace, les chercheurs ont identifié dans le département des urgences 304 personnes ayant une consommation d'alcool à risque\* et âgés de  $\geq 14$  ans. Les sujets ont été randomisés en deux groupes : le premier recevait un courrier postal personnalisé sept jours après avoir quitté le service des urgences et l'autre recevait les soins habituels (aucun contact après la sortie). Les participants étaient jeunes (moyenne d'âge à 29 ans) ; 74% d'entre eux étaient des hommes et rapportaient une consommation moyenne de 16 verres par semaine et 4 jours de consommation massive par mois. La consommation d'alcool a été réévaluée six semaines après la sortie des urgences et le rapport coût-efficacité de la procédure a été calculé. 80% des participants ont terminé le suivi.

- 71% des personnes concernées se rappelaient avoir reçu le feedback envoyé par courrier postal.
- Parmi les patients qui se sont présentés aux urgences à cause de problèmes liés à l'alcool (23% de l'échantillon total), le groupe intervention avait une consommation significativement moins élevée à six semaines que le groupe ayant reçu les soins habituels (12 boissons alcoolisées par semaine versus 24 boissons par semaine respectivement).
- Chez les femmes, le groupe intervention avait significativement moins de jours de consommation massive par mois que le groupe recevant les soins habituels (1.6 jours versus 4.5 jours respectivement).

- L'ajustement du coût de l'intervention était de 0.48\$ AUD (équivalent en dollar américain 0.49\$) par verre standard\*\*\* de moins par semaine chez les participants qui se sont présentés aux urgences à cause de l'alcool. Le rapport coût-efficacité pour l'ensemble de l'échantillon n'a pas été calculé.

\*Un score de  $\geq 8$  dans le test d'identification des maladies alcooliques  
\*\*Défini comme  $\geq 5$  boissons alcoolisées par jour pour les femmes et  $\geq 7$  boissons alcoolisées par jour pour les hommes.  
\*\*\*En Australie, un verre standard = 10g d'alcool

Commentaires : ces résultats montrent que l'envoi d'un courrier de feedback personnalisé après une visite aux urgences peut permettre une réduction de la consommation à risque à court terme. Cet effet n'a cependant été démontré que chez une minorité de l'échantillon et les résultats à long terme sont inconnus. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour mesurer les conséquences à long terme et évaluer comment le courrier envoyé par la poste peut être intégré dans la prise en charge aux urgences et dans le suivi en médecine de premier recours.

Dr Leda Cilacian Ray  
(traduction française)

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

Référence: Havard A, Shakeshaft AP, Conigrave KM, et al. Randomized controlled trial of mailed personalized feedback for problem drinkers in the emergency department: the short-term impact. *Alcohol Clin Exp Res.* October 20, 2011 [E-pub ahead of print]. doi: 0.1111/j.1530-0277.2011.01632.x.

## Le traitement par buprénorphine n'est pas associé à des troubles significatifs de la capacité de conduire.

Des chercheurs en Allemagne ont évalué l'impact du traitement de buprénorphine (BUP), destiné à la dépendance aux opiacés, sur le fonctionnement cognitif et psychomoteur, en utilisant des tests conçus pour prédire la capacité de conduire. Les scores des tests dans les domaines de l'attention, du temps de réaction sous pression, de l'orientation visuelle, de la coordination motrice et de la vigilance chez 30 sujets ayant reçu du BUP pendant au moins 6 mois (et dans des doses stables pendant  $\geq 12$  jours [moyenne: 7,7mg/jour; étendue: 1,2-16,0 mg/jour]) ont été comparés avec ceux de 90 volontaires en bonne santé. Les sujets prenant des antihistaminiques, des benzodiazépines, des barbituriques ou de hautes doses d'antidépresseurs prescrits ont été exclus. Le dépistage initial par prise d'urine pour les substances illicites dans le groupe BUP\* n'a mis en évidence aucune autre substance chez 11 sujets, alors qu'il était positif chez 10 sujets pour les cannabinoïdes, chez 6 pour les opiacés, chez 3 pour les amphétamines, chez 4 pour les benzodiazépines et chez 1 pour la cocaïne. Les résultats dans le groupe contrôle ont été ajustés pour obtenir des valeurs équivalentes dans les tests de performance sous l'influence de 0.05% d'alcool.

- Le groupe contrôle a réussi une moyenne de 4,8 tests, en comparaison de 4,6 dans le groupe BUP (pas significatif).
- 81% des sujets contrôles ont réussi les 5 tests, comparé à 63% dans le groupe BUP (pas significatif).
- Dans une évaluation séparée de la performance chez les 11

sujets avec un test d'urine négatif pour les substances illicites, les résultats n'étaient pas significativement différents de ceux de l'ensemble du groupe BUP (n=30) ou du groupe contrôle.

\*Le groupe contrôle n'a pas été dépisté.

Commentaires: le fonctionnement cognitif et psychomoteur chez les sujets ayant reçu du BUP pour la dépendance aux opiacés n'était pas significativement plus mauvais que celui du groupe contrôle en bonne santé dans cette étude, sachant que les résultats du groupe contrôle ont été ajustés pour estimer l'influence d'une prise modérée d'alcool. Bien que ces résultats soient rassurants en ce qui concerne la capacité de conduire chez des personnes recevant du BUP, les sujets en ont reçu une dose modeste dans cette étude. L'effet de plus hautes doses sur le fonctionnement cognitif et psychomoteur n'est pas connu. L'influence d'autres substances sur la capacité à conduire devrait également être prise en considération.

Kathrin Deléderray      Darius A. Rastegar, MD  
(traduction française)      (version originale anglaise)

Référence: Shmygalev S, Damm M, Weckbecker K, et al. The impact of long-term maintenance treatment with buprenorphine on complex psychomotor and cognitive function. *Drug Alcohol Depend.* 2011;117(2-3):190-197.

## IMPACT SUR LA SANTE

### La consommation "modérée" est un facteur de risque pour le cancer du sein.

L'alcool est classé agent carcinogène par l'OMS et le US Department of Health and Human Services, et représente un facteur de risque connu pour le cancer du sein. Cependant le niveau de consommation associé à un cancer du sein n'a pas été bien défini. Dans une étude de cohorte prospective de 105'986 femmes âgées de 30 à 55 ans à leur entrée dans l'étude, dont la consommation d'alcool a été évaluée de manière répétée sur une période de  $\leq 28$  ans, 7'690 cas de cancer du sein invasif ont été diagnostiqués (>95% ont été confirmés par des examens de pathologie).

Dans des analyses ajustées,

- une consommation de 3-6 boissons par semaine était associée à une augmentation de 15% du risque de cancer du sein invasif par rapport à l'abstinence (333 versus 281 cas par 100'000 personnes-années, respectivement). Le risque était 51% plus élevé à >2 boissons par jour et augmentait de 10% pour chaque 10g d'alcool consommés en plus par jour.
- 10% de tous les cancers du sein étaient imputables à l'alcool, dont 60% à <2 boissons par jour. Bien que le risque semblait augmenté pour les cancers postménopausiques, boire avant et après 40 ans était associé à ce risque de la même manière. Des épisodes de consommation massive n'augmentaient que de manière marginale le risque préexistant dû à la consommation moyenne.
- Dans cette étude, une boisson était définie comme un verre de vin de 4 oz (11g d'alcool).

Commentaires: une consommation "modérée" devrait faire référence à une consommation "faible risque". Il apparaît que de faibles

quantités d'alcool augmentent le risque de cancer du sein, vraisemblablement par le biais d'effets sur les œstrogènes. Bien que l'augmentation puisse être considérée comme faible, elle est identique à la diminution de la mortalité due à la mammographie, la pierre angulaire de la prévention du cancer du sein. On peut lire dans un éditorial joint : "Il n'y a pas de données qui assurent que l'abandon de l'alcool réduira le risque de cancer du sein", et les auteurs recommandent de soupeser les risques avec "les effets bénéfiques [de l'usage faible à modéré] sur les risques cardiovasculaires". Je trouve ces remarques étranges. Habituellement, la preuve que l'évitement d'un carcinogène réduit le risque de cancer n'est pas requise. Et avant de recommander un traitement chimiopréventif, on exige des preuves, par l'intermédiaire d'études randomisées, que les bénéfices sont plus importants que les risques. Une agence d'approbation des médicaments comme la Food and Drug Administration n'approuverait pas un agent carcinogène par jour (même en petites quantités) pour la prévention des maladies cardiaques. Les données sur les risques liés à l'alcool devraient être évaluées en fonction des bénéfices que les individus perçoivent (par ex. le plaisir) et non des bénéfices préventifs de maladies potentielles.

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

Référence: Chen WY, Rosner B, Hankinson SE, et al. Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA.* 2011;306(17):1884-1890.

## Association entre le glaucome à angle ouvert et la consommation de cocaïne.

Il a été démontré dans les études avec des animaux que la cocaïne changeait la dynamique des fluides intraoculaires. Les chercheurs ont effectué une étude de comparaison transversale utilisant les codes diagnostiques et les historiques d'ordonnances de la base de données du ministère national des anciens combattants afin de déterminer si les personnes connues pour des abus ou une dépendance à la cocaïne présentaient un risque augmenté de glaucome à angle ouvert par rapport à une population comparable sans consommation de cocaïne.

Parmi 5'373'205 anciens combattants qui ont eu des consultations ambulatoires en 2009, 82'900 (1,5%) avaient un glaucome à angle ouvert et 177'929 (3,3%) consommaient ou étaient dépendants à la cocaïne. Les analyses ajustées selon l'âge, la race/appartenance ethnique, le sexe et l'utilisation d'autres drogues ont été limitées à des sujets avec des informations complètes.

- Parmi les patients atteints d'un glaucome primaire à angle ouvert (GPAO) l'âge moyen de ceux qui ont eu des abus ou une dépendance à la cocaïne était de 54 ans, tandis que l'âge moyen de ceux qui n'en ont pas eu était de 73 ans.

- Les hommes connus pour des abus ou une dépendance à la cocaïne avaient un risque plus élevé d'avoir un diagnostic de glaucome à angle ouvert (odds ratio ajusté [AOR], 1,45). Aucune association n'a été détectée chez les femmes (AOR, 0,98).

Commentaires: ces résultats démontrent que la cocaïne est un facteur de risque du glaucome chez les hommes. On ne sait pas pourquoi cette association est présente chez les hommes et pas chez les femmes. Une étude plus approfondie est justifiée afin de confirmer cette association et de déterminer si le glaucome associé à la cocaïne peut être réversible.

Dr Gérard Calzada  
(traduction française)

Alexander Y. Walley, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence: French DD, Margo CE, Harman LE. Substance use disorder and the risk of open-angle glaucoma. *J Glaucoma*. 2011;20(7):452-457.

## Consommation d'alcool abusive liée au cancer colorectal.

Les chercheurs ont conduit une méta-analyse sur des études cas-contrôle et des études de cohorte afin d'analyser la relation de type dose-réponse entre la consommation d'alcool et le cancer colorectal. Les différentes catégories de consommation d'alcool ont été définies de la manière suivante: légère ( $\leq 1$  boisson standard par jour), modérée ( $> 1$  à  $< 4$  boissons par jour) et forte ( $\geq 4$  boissons par jour). Les résultats ont été ajustés en fonction du sexe, du site du cancer colorectal et du lieu de l'étude. Dans cette méta-analyse, on a inclus vingt-deux études asiatiques, deux australiennes, treize européennes et vingt-quatre des USA. Les non-buveurs et les buveurs occasionnels ont été utilisés comme catégorie de référence.

- Des niveaux plus élevés de consommation d'alcool étaient associés à une augmentation du risque de cancer colorectal: bien qu'il n'y ait pas d'augmentation des risques pour une consommation légère d'alcool, on a constaté une augmentation de 21% pour une consommation modérée (12.5 - 49.9 g d'alcool par jour) et de 52% pour une consommation forte (plus de 50 g par jour).

\*Dans cette analyse, une boisson standard correspond à 12.5 g d'éthanol afin d'ajuster pour les unités différentes utilisées dans les études.

Commentaires: selon cette étude, la consommation d'alcool, surtout si elle est importante, est associée à un risque augmenté de cancer colorectal. L'intervalle supérieur de la consommation "modérée" se situe bien en dessus des recommandations usuelles pour une consommation à risque; il n'y a pas eu d'analyses selon des catégories de consommation plus étroitement définies (par exemple 1-2 ou 2-3 boissons par jour); les résultats n'ont pas été ajustés en fonction du type d'alcool consommé et du mode de consommation. Des études sont nécessaires pour déterminer s'il y a une relation entre un seuil de la consommation d'alcool et le cancer colorectal et pour examiner l'influence, sur ce risque, selon le type d'alcool consommé et le mode de consommation (régulière versus alcoolisations épisodiques aiguës).

Dr Anca Simion  
(traduction française)

R. Curtis Ellison, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Fedirko V, Tramacere I, Bagnardi V, et al. Consommation d'alcool et risque de cancer colorectal: une meta-analysis des études publiés. *Ann Oncol*. 2011;22(9):1958-1972.

## La consommation abusive d'alcool est un facteur de risque pour le cancer de l'estomac.

Le rôle étiologique de l'alcool dans le cancer de l'estomac n'est pas certain: bien qu'il soit suspecté d'être un facteur de risque, il semble également que l'alcool diminue les infections dues au *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Des chercheurs ont utilisé des données de l'étude « European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition » (EPIC) afin d'évaluer l'association entre la consommation d'alcool de base et le risque de développer un cancer de l'estomac. Des personnes qui buvaient de très petites quantités\* (0.1 - 4.9g ou moins d'une demi boisson standard\*\* par jour) ont été comparées à d'autres qui buvaient plus (de 5 à  $\geq 60$ g par jour). Parmi les 478'459 participants qui ont contribué pour plus de 4 millions d'années-personnes, il y a eu 444 cas de cancer de l'estomac. En prenant des modèles de Cox,

- une consommation d'alcool de  $\geq 60$ g par jour était associée au cancer de l'estomac (hazard ratio [HR], 1.7), mais seulement avec les cancers de l'antre et ceux de type intestinal.
- après ajustement pour le type de boisson, une consommation de bière (mais pas le vin ou les alcools forts) de  $\geq 30$ g par jour était associée au cancer de l'estomac (HR, 1.8).
- l'association entre alcool et cancer de l'estomac était indépendante du tabagisme et des infections à *H. pylori*, et était plus évidente chez les hommes que chez les femmes.

\* les non-buveurs n'ont pas été utilisés comme groupe de référence en raison du fait que 56% de ceux qui ont rapporté une absence de consommation d'alcool à l'inclusion étaient d'anciens consommateurs.

\*\*boisson standard = 13,5 g d'alcool dans cette étude.

(suite en page 6)

Commentaires: cette étude de cohorte prospective suggère qu'il y a un risque élevé de cancer de l'estomac de type intestinal et de l'antré en lien avec une consommation d'alcool abusive. Les analyses effectuées n'ont toutefois pas pu établir pourquoi ces cancers étaient uniquement associés à la consommation de bière, ni s'il existait un seuil d'exposition ou s'il s'agissait plutôt d'une association linéaire. Néanmoins, les résultats font craindre que 2-3 portions standard de bière par jour pourraient augmenter le risque de cancer de l'estomac, particulièrement chez les hommes.

Dr Aikaterini Gkouveri  
(traduction française)

Daniel Fuster, MD, PhD† & Richard Saitz, MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence : Duell EJ, Travier N, Lujan-Barroso L, et al. Alcohol consumption and gastric cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort. *Am J Clin Nutr.* 2011;94(5):1266–1275.

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

## Y a-t-il une association chez les femmes entre « bien vieillir » et avoir une consommation d'alcool modérée ?

À ce jour, l'impact de la consommation d'alcool modérée sur la santé physique et mentale à un âge avancé n'est pas connu. Des chercheurs américains ont étudié prospectivement la relation entre une consommation d'alcool modérée vers 50-60 ans et le vieillissement dit « réussi »\* (« successful aging ») auprès de 13'894 participantes issues de la cohorte des infirmières américaines (« Nurses' Health Study »). L'échantillon incluait les femmes de 70 ans et plus dont l'état de santé avait été enregistré tout au long de l'étude. Les femmes présentant une consommation d'alcool excessive (>45g d'alcool par jour) ont été exclues de l'étude. Les résultats étaient les suivants :

- Seulement 11% (1'491) des femmes répondaient aux critères d'un « vieillissement réussi ».
- En comparaison avec les femmes non buveuses,
  - les femmes qui avaient une consommation d'alcool modérée, plus particulièrement celles qui consommaient du vin et buvaient régulièrement, avaient plus de chance de « bien vieillir ». Le bénéfice maximal (une augmentation de 28%) s'observait pour une consommation d'alcool entre 15,1 et 30g d'alcool\*\* par jour.
  - les femmes consommant de l'alcool 1 à 2 jours par semaine n'augmentaient que légèrement leurs chances d'atteindre les critères d'un « vieillissement réussi », alors que celles qui en consommaient au moins 5 jours par semaine avaient presque 50% plus de chance de « bien vieillir ».

\*Le « vieillissement réussi » était défini par l'absence, après 70 ans, d'une maladie chronique (par exemple maladie coronarienne, cancer, accident vasculaire cérébral, diabète), de troubles cognitifs majeurs, d'handicaps moteurs et de problèmes mentaux.

\*\* Dans cette étude, une boisson alcoolisée correspondait à 13.2g d'alcool pour une bouteille de bière, 10.8g d'alcool pour un verre de vin et 15.1g pour un verre d'alcool fort.

Commentaires: la définition du « vieillissement réussi » dans cette étude pose question dans le sens qu'elle ne permet pas d'inclure le large pourcentage de personnes qui peuvent être considérées comme ayant « bien vieilli » au regard de la contribution substantielle qu'elles ont apportée à la société. Néanmoins, cette étude offre des premiers résultats mettant en évidence qu'une consommation d'alcool modérée vers 50-60 ans pourrait être associée à une augmentation des chances de « bien vieillir » après 70 ans. Toutefois, comme pour toute étude observationnelle, le caractère causal de la relation entre consommation d'alcool modérée d'alcool et un « vieillissement réussi » ne peut être déterminé à partir de ces résultats.

Alicia Seneviratne R. Curtis Ellison, MD  
(traduction française) (version originale anglaise)

Référence: Sun Q, Townsend MK, Okereke OI, et al. Alcohol consumption at midlife and successful ageing in women: a prospective cohort analysis in the nurses' health study. *PLoS Med.* 2011;8(9):e1001090.

## Une consommation d'alcool à risque pour la santé est associée à de mauvaises habitudes alimentaires.

Dans cette étude, les chercheurs ont mené un sondage téléphonique auprès de 12'037 adultes âgés de 18-64 ans et habitant Madrid ou environs (Espagne) afin d'investiguer l'association entre la consommation d'alcool et les choix alimentaires. Les participants ont rempli des questionnaires détaillés sur leur consommation d'alcool sur 30 jours et leur consommation alimentaire sur 24 heures. La consommation d'alcool a été classée comme suit : non buveur, ancien buveur, buveur modéré avec ou sans consommation massive épisodique et buveur excessif avec ou sans consommation massive épisodique \*. La consommation déclarée a été comparée à l'adhésion aux recommandations pour une alimentation saine.

- 10% des participants ont rapporté une consommation massive épisodique et 4% ont rapporté une consommation excessive.
- Les buveurs modérés avec consommation massive épisodique

étaient plus susceptibles que les non buveurs de consommer >1 portion de viande par jour (odds ratio [OR] 1,25).

- Les buveurs excessifs sans consommation massive épisodique étaient plus susceptibles que les non buveurs de consommer < 2 portions de produits laitiers par jour (OR 1,54), > 2 portions de viande, poisson et/ou œuf par jour (OR 1,46) et de sauter des repas (OR 1,76).
- Les buveurs excessifs avec consommation massive épisodique étaient plus susceptibles que les non buveurs de consommer < 3 portions de fruits et légumes par jour (OR 1,71), < 2 portions de produits laitiers par jour (OR 1,47), > 1 portion de viande par jour (OR 1,47), > 2 portions de viande, poisson et/ou œuf par jour (OR 1,57) et de sauter des repas (OR

(suite en page 7)

- Les participants qui préféraient la bière ou les spiritueux étaient moins susceptibles que ceux qui n'avaient pas de préférence quant au type de boisson d'adhérer aux recommandations pour une alimentation saine.
- Les participants qui buvaient de l'alcool pendant les repas (24% de l'échantillon) étaient moins susceptibles d'adhérer aux recommandations pour une alimentation saine.

\* Dans cette étude, une consommation modérée était définie comme < 40g d'alcool par jour pour les hommes et < 24g par jour pour les femmes; une consommation excessive a été définie comme ≥ 40g d'alcool par jour pour les hommes et ≥ 24 g par jour pour les femmes ; enfin, une consommation épisodique massive a été définie comme ≥ 80 g d'alcool par occasion pour les hommes et ≥ 60 g par occasion pour les femmes dans les 30 derniers jours.

Commentaires: ces résultats suggèrent que les adultes avec

consommation d'alcool à risque pour la santé sont moins susceptibles d'adhérer aux recommandations pour une alimentation saine. Bien que cette étude ait eu lieu en Espagne et que la généralisation à d'autres pays n'est pas établie, les cliniciens devraient garder à l'esprit que les patients qui présentent une consommation d'alcool à risque doivent également recevoir des informations sur les habitudes alimentaires saines.

Dr Antonios Gerostathos      Kevin L. Kraemer, MD, MSc  
(traduction française)      (version originale anglaise)

Référence: Valencia-Martin JL, Galan I, Rodriguez-Artalejo F. The association between alcohol consumption patterns and adherence to food consumption guidelines. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011;35(11):2075–2081.

## VIH ET VHC

### Approche multidisciplinaire du traitement de l'hépatite C chez des patients alcoolodépendants non sevrés ou dont le sevrage date de moins de 6 mois.

Selon les directives actuelles, il est recommandé de respecter 6 mois d'abstinence avant de traiter une hépatite C chronique (interféron et ribavirine). Les patients qui boivent excessivement ont de gros risques de développer une maladie associée au VHC et, par conséquent, peuvent tirer plus de bénéfices du traitement. Cette étude observationnelle prospective a examiné les résultats du traitement du VHC chez 73 patients alcoolodépendants non sevrés ou ayant une abstinence de moins de 6 mois. Les participants ont été inscrits dans un programme multidisciplinaire de 24 à 48 semaines, avec une prise en charge par des hépatologues et des spécialistes en addictions. L'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool étaient fortement conseillés, mais non exigés.

- Au début du traitement, 62% des participants ont rapporté une consommation à haut risque,\* avec une consommation moyenne de 50 boissons par semaine (intervalle interquartile, 30-98 unités par semaine).
- Pendant le traitement, 30% des participants sont restés abstinents sans interruption, 34% ont consommé des quantités à « faible risque » et 36% ont consommé des quantités à risque élevé. Cinquante-trois pour cent des patients ont été abstinents pendant au moins 3 mois.
- La réponse virale prolongée (RVP) a été observée chez 48% des patients, ce qui ne différait pas significativement des résultats constatés chez les sujets témoins appariés ayant une

consommation d'alcool à faible risque. Parmi les patients qui ont bu des quantités à haut risque pendant l'étude, 33% ont été atteints d'une RVP.

- Le degré de consommation de drogues, ainsi que la durée de l'abstinence pendant le traitement, annonçaient la RVP de façon significative dans les modèles multivariés.

\*Dans cette étude, la consommation à haut risque était définie comme étant celle qui dépassait la quantité à faible risque, à savoir ≤ 21 unités (10g d'éthanol) par semaine pour les hommes, ≤ 14 par semaine pour les femmes et ≤ 4 par occasion.

Commentaires: cette étude a démontré que les patients alcoolodépendants peuvent être soignés pour l'hépatite C avec succès dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire. Bien que l'abstinence pendant le traitement ait été associée à de meilleurs résultats, un tiers des patients qui ont maintenu une forte consommation pendant le traitement a eu des résultats virologiques satisfaisants.

Dr Eirini Papanastasiou      Judith Tsui, MD, MPH  
(traduction française)      (version originale anglaise)

Référence: Le Lan C, Guillygomarc'h A, Danielou H, et al. A multi-disciplinary approach to treating hepatitis C with interferon and ribavirin in alcohol-dependent patients with ongoing abuse. *J Hepatol.* 2012;56(2):334–340.

### Une nouvelle pièce apportée au puzzle de la réduction des risques ? Une thérapie antirétrovirale sous surveillance directe pour les personnes dépendantes aux opiacés atteintes de VIH.

L'adhésion à la thérapie antirétrovirale améliore les résultats du traitement et diminue la résistance aux médicaments antirétroviraux chez les patients atteints de VIH. L'usage de drogues illicites menace cependant l'observance du traitement antirétroviral. L'impact des mesures prises pour promouvoir l'adhésion au traitement antirétroviral chez les patients atteints de VIH, présentant une dépendance aux opiacés et recevant un traitement d'entretien avec méthadone (TEM), mais qui continuent à consommer des drogues illicites, n'a pas été systématiquement évalué jusqu'ici. Cet essai clinique randomisé d'une durée de 24 semaines a comparé la thérapie antirétrovirale sous surveillance directe (DOTS) avec le traitement habituel chez 77 patients atteints de VIH, dépendants aux

opiacés et au bénéfice d'un TEM.

- La durée moyenne du TEM était de 10 ans et la dose moyenne de 125 mg. La consommation active de drogues est restée fréquente pendant toute la durée de l'essai avec 74% des participants consommant de la cocaïne, 67% des opiacés et 42% consommant aussi bien de la cocaïne que des opiacés.
- Parmi les patients randomisés dans le groupe 'traitement habituel', l'observance était compromise chez les sujets consommant activement des opiacés par rapport à ceux qui n'en faisaient pas usage (63% vs 75%, p=0.04) et chez ceux qui consommaient plusieurs substances par rapport à ceux qui ne consommaient pas de drogue (60% vs 73%, p=0.01).

## Une nouvelle pièce apportée au puzzle... (suite page 6)

Commentaires : en dépit de la taille réduite de l'échantillon et bien que l'étude se soit limitée à un seul centre de traitement à la méthadone, ces résultats portent à croire que la DOTS atténue les effets néfastes de la consommation active de drogue sur l'adhésion au traitement chez les patients atteints de VIH présentant une dépendance aux opiacés. La DOTS devrait donc être considérée comme une contribution à la réduction des risques pour cette population.

Ruth Borloz  
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Nahvi S, Litwin AH, Heo M, et al. Directly observed antiretroviral therapy eliminates adverse effects of active drug use on adherence. *Drug Alcohol Depend.* 2012;120(1-3):174-180.

## Facteurs associés à la prise d'un traitement pour abus de substances parmi des patients HIV/SIDA qui consomment de l'alcool et d'autres drogues.

Le recours à l'alcool et autres drogues (AAD) est répandu dans la population générale, mais nettement plus important chez les patients HIV/SIDA, pour lesquels il est associé à une non-adhésion au traitement, à des issues défavorables et à des comportements à risque de transmission HIV/SIDA. Cette analyse explore les facteurs associés à la prise d'un traitement pour abus de substances, telle que rapportée par le patient, dans une cohorte d'individus HIV/SIDA ayant des problèmes liés à l'AAD allant de la consommation à risque jusqu'à la dépendance (N=369). Le modèle d'Anderson a permis d'identifier les variables indépendantes potentiellement associées à la prise d'un traitement pour abus de substances.

- 12% de l'échantillon remplissaient les critères d'une dépendance actuelle à l'alcool et 43% ceux d'une toxicodépendance.
- Les facteurs suivants étaient inversement liés à la prise d'un traitement pour abus de substance :
  - Dépendance à l'alcool (odd ratio ajusté [AOR] 0.36)
  - Orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle (AOR, 0.46)
  - Environnement social consommateurs AAD (AOR, 0.62)
- Les facteurs suivants étaient directement associés à la prise d'un traitement pour abus de substance :
  - Hépatite C (AOR, 3.37)
  - Histoire d'abus physique ou sexuel (AOR, 2.12)

- Environnement social encourageant la sobriété (AOR, 1.92)
- Le fait d'être sans domicile fixe (AOR, 2.40)
- Dépendance à la drogue (AOR, 2.64)
- Symptômes dépressifs (AOR, 1.52)

Commentaires: cette étude a identifié plusieurs facteurs associés à un traitement pour abus de substances, parmi lesquels l'orientation sexuelle, un passé d'abus physique ou sexuel, la dépression, le fait d'être sans domicile fixe, ainsi que des caractéristiques de l'environnement social. Malgré le fait que le traitement était auto-rapporté par le patient et que ces associations ne reflètent aucun lien de causalité, ces résultats peuvent permettre de développer des stratégies pour motiver ces populations à entamer un traitement pour abus de substance et à recourir aux ressources proposées par les donneurs de soins.

Cristiana Fortini  
(traduction française)  
Jeanette M. Tetrault, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Orwat J, Saitz R, Tompkins CP, et al. Substance abuse treatment utilization among adults living with HIV/AIDS and alcohol or drug problems. *J Subst Abuse Treat.* 2011;41(3):233-242.

**Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles est une lettre d'information gratuite diffusée en version anglaise par Boston Medical Center, soutenue par the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (la branche alcool et alcoolisme de l'Institut National de la Santé aux Etats-Unis). Cette lettre d'information est produite en coopération avec l'Ecole de Médecine et de Santé Publique de l'Université de Boston. La version originale de la lettre d'information est disponible sur le site internet [www.aodhealth.org](http://www.aodhealth.org). Sont également disponibles sur ce site en version anglaise des présentations à télécharger, ainsi qu'une formation gratuite au dépistage et à l'intervention brève.**

Visitez  
[www.alcoologie.ch](http://www.alcoologie.ch)  
pour 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)