

## TABLE DES MATIÈRES

### INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

La dissémination de la pratique du dépistage d'alcool et de l'intervention brève amènent moins de réduction du mésusage d'alcool escompté : une mise en garde. Page 1

L'acamprosate n'était pas efficace dans le traitement de la dépendance à l'alcool en médecine de premier recours. Page 1

Chez les buveurs d'alcool excessifs, la consommation décroît après une visite de soin de santé sans intervention brève. Page 2

Efficacité et faisabilité de la naltrexone retard associée à un soutien médical structuré en médecine de premier recours: résultats après 15 mois d'étude. Page 3

Méta-analyse: les interventions comportementales favorisent une diminution de la consommation chez les consommateurs d'alcool à risque non dépendants en médecine de premier recours. Page 3

Revue systématique: la combinaison de soutien psychosocial à une consultation de routine d'un traitement par les agonistes d'opioïde n'offre pas des bénéfices supplémentaires. Page 4

Une intervention brève pour les patients admis dans un service d'urgence pour une intoxication aiguë à l'alcool (IAA) peut diminuer le taux de réadmission pour une IAA. Page 4

### IMPACT SUR LA SANTÉ

Est-ce qu'une consommation « modérée » d'alcool est associée avec une augmentation du risque de fibrillation auriculaire chez les patients avec pathologie cardiovasculaire? Page 5

### VIH ET VHC

L'incidence d'infections par le VIH est réduite de 54% chez les toxicodépendants injecteurs traités par agoniste opiacé. Page 5

La naltrexone sous forme injectable à libération prolongée n'est pas associée à une élévation des enzymes hépatiques chez les patients infectés par le VHC, VIH. Page 6

La consommation d'alcool n'affecte par la réponse des lymphocytes T-CD4 après l'instauration d'une thérapie antirétrovirale. Page 6

L'activation comportementale pourrait réduire les comportements sexuels à risque d'infection à VIH chez les hommes consommateurs de méthamphétamine ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Page 7

# Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

NOVEMBRE — DÉCEMBRE 2012

## INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

### La dissémination de la pratique du dépistage d'alcool et de l'intervention brève amènent moins de réduction du mésusage d'alcool escompté : une mise en garde.

Des essais cliniques contrôlés ont montré l'efficacité du dépistage et de l'intervention brève (DIB), mais la dissémination de cette pratique s'est avérée difficile. Des chercheurs des Pays-Bas ont conduit un essai randomisé sur l'implémentation du DIB auprès de 70 cabinets de médecine générale incluant 6318 patients, dont 712 avaient une consommation à risque d'alcool, sans dépendance.\* Les cabinets du groupe « intervention » ont reçu une formation au dépistage et à l'intervention brève, des fiches de rappel, des recommandations pour la pratique, un retour d'informations, une facilitation des liens avec un programme de traitement local des addictions, des visites de proximité par un animateur, une lettre d'information et des flyers pour les patients, et un retour d'information personnalisé pour les patients. Les cabinets du groupe contrôle ont reçu des recommandations pour la pratique et des lettres destinées aux patients uniquement.

- A deux ans, les patients dans les cabinets du groupe « intervention » étaient significativement moins susceptibles d'être abstinents ou d'avoir une consommation à faible risque (score au test de dépistage AUDIT <8) (36% contre 47 respectivement). Ils étaient également significativement plus susceptibles d'avoir une consommation à risque (scores d'AUDIT 8–15) (59% contre 47%, respectivement).

\*Ayant un score de 8-19 au Test « Alcohol Use Disorders Identification » (AUDIT)

Commentaires : malgré une efficacité démontrée par des essais contrôlés, peu de cabinets de cliniciens ont mis en pratique le dépistage et l'intervention brève (DIB). De ce fait, de gros efforts de promotion auprès des praticiens ont été effectués. Cette étude incitant à la pratique de la DIB (de manière bien plus importante que ce qui serait vraisemblablement faisable à grande échelle) a montré que les patients dans les cabinets qui étaient exposés à de tels efforts avaient en réalité augmenté, et non pas diminué, leurs risques liés à l'alcool. Il semblerait que faire fonctionner le DIB dans le monde réel reste illusoire, et que les résultats découlant de tels efforts pourraient ne pas être bénins.

Diane Baechler  
(traduction française)  
Richard Saitz MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence : Hilbink M, Voerman G, van Beurden I, et al. A randomized controlled trial of a tailored primary care program to reverse excessive alcohol consumption. *J Am Board Fam Med.* 2012;25(5):712–722.

### L'acamprosate n'était pas efficace dans le traitement de la dépendance à l'alcool en médecine de premier recours.

L'acamprosate soutient l'abstinence chez les patients alcoolo-dépendants; cependant, la plupart des études publiées ont été conduites dans des milieux spécialisés. Ainsi, l'efficacité de l'acamprosate en médecine de premier recours n'est pas établie. Dans cette étude randomisée sur 12 semaines, 100 patients alcoolo-dépendants récemment sevrés dans deux groupes de cabinets de médecine de famille ont reçu soit 666 mg d'acamprosate 3 fois par jour ou un placebo.

Les participants avaient entre 21 et 65 ans ; 62% étaient des hommes et 91% étaient de race blanche. Chaque bras recevait une intervention brève de 5 sessions (30 minutes la première et

20 minutes à chacune des sessions suivantes) délivrées par le médecin de premier recours selon le descriptif consigné dans un livre.

Les résultats mesurés étaient la proportion de jours d'abstinence et la proportion de jours de consommation excessive définie à  $\geq 5$  boissons alcoolisées par jour pour les hommes et  $\geq 4$  boissons alcoolisées par jour pour les femmes. Ces données de consommation d'alcool étaient évaluées à partir d'une méthode validée d'évaluation rétrospective de la consommation d'alcool selon un calendrier aux semaines 0, 2, 6 et 12 après l'inclusion dans l'étude.

(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

## L'acamprosate n'était pas efficace ... (suite page 1)

- L'adhésion au traitement médicamenteux était élevée.
- Les deux bras de l'étude rapportaient 21% de jours d'abstinence à la semaine 0 et approximativement 55% de jours d'abstinence aux semaines 2, 6 et 12. De manière similaire, les deux bras de l'étude ne différaient pas dans la proportion de jours de consommation excessive au cours du suivi.
- Les participants avec un objectif initial d'abstinence avaient de meilleurs résultats sur les deux mesures de consommation d'alcool par rapport à ceux qui avaient un objectif initial de réduction de la consommation. Il n'y avait pas de différence entre les bras d'étude en termes d'abstinence.
- Les diarrhées étaient l'effet secondaire principal observé dans le groupe acamprosate.

Commentaires : l'acamprosate n'était pas efficace parce qu'elle était prescrite dans ces cabinets de médecine familiale. La découverte de l'absence de différence significative n'est probablement pas due à une insuffisance de pouvoir statistique parce que le pourcentage de jours d'abstinence dans chaque étude était approximativement identique. Parce que 90% des participants ont été recrutés à travers des publici-

## Chez les buveurs d'alcool excessifs, la consommation décroît après une visite de soin de santé sans intervention brève.

Dans de nombreuses études cas-témoins menées sur l'intervention brève (IB) sur la consommation excessive d'alcool, les effets observés et préalablement attribués à « une fenêtre d'opportunité » pour l'enseignement sont remis en question par la diminution de consommation d'alcool dans les 2 groupes (cas & témoins).

Les investigateurs ont suivi l'évolution des 2 groupes de patients identifiés avec mésusage d'alcool pendant 12 mois (sélectionnés selon des critères bien définis: consommation journalière de plus de 20g/j ou de 30gr/j respectivement pour les femmes et les hommes ou selon les critères établis du DSM-IV pour l'abus et la dépendance). La répartition des patients en deux groupes (cas, témoins) a été faite par randomisation.

- À 1 an, près de la moitié étaient soit abstinents ou ont vu leur consommation diminuer à <30 g d'alcool par jour pour les hommes ou <20 g par jour pour les femmes. Moins de risques de consommation ont été observés chez les patients hospitalisés (50%) que chez les patients ambulatoires (26%).
- L'obtention de traitement ou de conseils

tés, on ne peut pas savoir combien avaient des relations antérieures avec les cabinets concernés ou le médecin qui a délivré l'intervention comportementale, ce qui peut avoir une influence sur le résultat. Les essais cliniques avec l'acamprosate aux Etats-Unis ont été largement négatifs, alors qu'en Europe, les études ont été positives ; cette étude est une nouvelle étude négative aux Etats-Unis. L'efficacité de l'acamprosate, quel que soit son lieu de prescription aux Etats-Unis, peut être mise en relation avec la manière dont le patient a été désintoxiqué ou avec d'autres facteurs inconnus de sélection des patients.

Dr Rafik Bouzegaou et Dr Jean-Bernard Daepfen (traduction française)  
Kevin L. Kraemer, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence: Berger L, Fisher M, Brondino M, et al. Efficacy of acamprosate for alcohol dependence in a family medicine setting in the United States: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Alcohol Clin Exp Res*. November 7, 2012 [E-pub ahead of print]. doi: 10.1111/acer.12010.

dirigés durant l'année (18-29% ont reçu une certaine forme de traitement) n'a pas été associée à des changements dans les habitudes de consommation au cours de la période de suivi.

Commentaires : les auteurs résument leurs résultats succinctement : « Le traitement est une fenêtre d'opportunité pour l'auto-changement ». Le mésusage d'alcool s'améliore après une visite médicale qui peut être ainsi considérée comme une « opportunité d'apprentissage ». Même s'il n'y a pas eu de conseil spécifique visant à diminuer la consommation d'alcool. Ceci fait sens, puisque les patients eux-mêmes peuvent relier leur visite médicale avec leur consommation d'alcool et ainsi la modifier. Il est possible aussi que les patients changent, en raison du dépistage ou par pure coïncidence. Quelle que soit la cause, les améliorations observées signifient que près de la moitié des patients ne bénéficieront pas de l'intervention brève, puisqu'ils vont s'améliorer d'eux-mêmes. Ceci suggère également que la recherche devrait identifier quels patients sont les moins susceptibles de changer spontanément et ainsi d'identifier ceux qui bénéficieront

(suite en page 3)

## Chez les buveurs d'alcool excessifs... (suite page 2)

d'un conseil personnalisé. Un « moment d'apprentissage actif » sans intervention brève pourrait même avoir un impact plus important qu'un « moment d'apprentissage passif » lors d'une intervention délivrée par un professionnel.

Dr Mehdi Djafar et Dr Jean-Bernard Daeppen  
(traduction française)

Richard Saitz MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence: Bischof G, Freyer-Adam J, Meyer C, et al. Changes in drinking behavior among control group participants in early intervention studies targeting unhealthy alcohol use recruited in general hospitals and general practices. *Drug Alcohol Depend.*

## Efficacité et faisabilité de la naltrexone retard associée à un soutien médical structuré en médecine de premier recours: résultats après 15 mois d'étude.

La naltrexone retard (Extended-release naltrexone =XR-NTX) est sûre et efficace dans le traitement de la dépendance alcoolique. De plus, elle fournit des avantages concernant l'adhésion thérapeutique du patient en raison de sa formule dépôt. La faisabilité d'utiliser XR-NTX associée à un soutien médical structuré dans le champ d'action de la médecine de premier recours a été établie lors d'une étude observationnelle précédente (durée:12 semaines) [2]. Il manque des données, concernant la faisabilité et l'efficacité au-delà de 24 semaines.

Dans cette étude, les auteurs investiguent les points suivants chez les patients qui participent à la partie étendue de l'étude initiale : la rétention au traitement, le ratio des effets indésirables et des traitements concomitants des patients dans le cadre du sevrage et de l'abstinence éthylique (y.c. des programmes de 12 pas).

Les 12 premières semaines de traitement ont été complétées par 40/65 patients (62%) inclus dans l'étude. Parmi ces 40 patients, 19 (29%) ont continué leur participation jusqu'à la phase d'extension (durée médiane de traitement: 38 semaines [minimum : 16 semaines ; maximum 72 semaines]; médiane des injections XR-NTX totaux : 8).

On observe :

- Absence des effets indésirables dans la phase d'extension de l'étude .
- L'utilisation d'un traitement supplémentaire contre l'alcoolisme a été affirmée par 11/19 patients (58%).
- La consommation d'alcool comparée aux 30 derniers jours avant l'inclusion dans l'étude (par auto-estimation) était de 0.2

boissons/ jour vs. 6 boissons/j. Le ratio des jours d'abstinence était 82% versus 38%, et le ratio de consommation élevé de 11% versus 61%.

Commentaires : un traitement à long terme d'une association de XR-NTX à un soutien médical structuré est faisable en médecine de premier recours. Même si l'efficacité est suggérée dans cette étude observationnelle -avec un seul bras d'investigation- des études expérimentales sont nécessaires, pour consolider l'implémentation du traitement de XR-NTX dans le champ de la médecine de premier recours.

Dresse Sonja T. Ebert  
(traduction française)  
Jeanette M. Tetrault, MD  
(version originale anglaise)

Références :

[1] Lee JD, Grossman E, Huben L, et al. Extended-release naltrexone plus medical management alcohol treatment in primary care: findings at 15 months. *J Subst Abuse Treat.* 2012;43(4):458-462.

[2] Lee JD, Grossman E, Di- Rocco D, et al. Extended-release naltrexone for treatment of alcohol dependence in primary care. *J Subst Abuse Treat.* 2010;39(1):14-21.

## Méta-analyse: les interventions comportementales favorisent une diminution de la consommation chez des consommateurs d'alcool à risque non dépendants en médecine de premier recours.

Dans l'objectif d'aider le groupe de travail des services de prévention américains à mettre à jour leurs directives, des chercheurs se sont penchés sur les essais contrôlés publiés en anglais entre 1985 et 2012 qui évaluent l'efficacité des interventions comportementales sur l'utilisation inappropriée d'alcool identifiée par dépistage dans un contexte de soins de premiers secours. Vingt-trois essais présentant les critères d'éligibilité ont été retenus. Les interventions comportent généralement plusieurs contacts avec le patient et incluent un bref conseil/feedback, des entretiens d'approche motivationnelle et des stratégies cognitives données en formats très court, court ou prolongé.

- En comparaison avec les groupes contrôles, les adultes recevant les interventions comportementales :
  - Diminuent plus leur consommation hebdomadaire d'alcool (la différence moyenne étant de 3.6 unités de moins par semaine), ont tendance à boire des quantités présentant moins de risque (différence moyenne de risque, 11%), et ont moins tendance à rapporter des épisodes de forte

consommation\* (différence moyenne de risque, 12%) à 12 mois. Les interventions brèves (d'une durée inférieure ou égale à 15 minutes chacune) répétées plusieurs fois au cours de l'étude présentaient la meilleure preuve d'efficacité.

- Présentent un nombre de jours d'hospitalisation moins élevé (différence entre les groupes faiblement significative) mais aucune différence entre les groupes n'est relevée quant au nombre de visite dans des services d'urgence, des problèmes légaux, la mortalité, ou la qualité de vie.
- En comparaison avec les groupes contrôles, les jeunes adultes/étudiants universitaires recevant les interventions comportementales diminuent leur consommation et ont moins d'accidents avec des véhicules motorisés, de visites dans un service d'urgences et de conséquences négatives sur leur parcours académique.
- Les preuves n'étaient pas suffisantes pour tirer des conclusions concernant d'autres groupes (par exemple les femmes enceintes, les adolescents, les adultes plus âgés).

(suite en page 4)

## Méta-analyse: les interventions comportementales... (suite de la page 3)

\*Définie dans les études par une consommation  $\geq 5$  verres par occasion pour les hommes et  $\geq 4$  verres pour les femmes.

Commentaires: cette revue systématique de la littérature parle en faveur de l'usage d'interventions comportementales pour les patients des soins de premiers recours qui présentent une consommation d'alcool abusive mais ne sont pas dépendants. Le principal bénéfice observé concernait les résultats intermédiaires tels que la consommation d'alcool. Cependant, on peut imaginer qu'en répétant ces interventions sur une plus longue durée, les bénéfices pourraient concerner les résultats « durs » tels que la mortalité, les traumatismes liés à l'alcool et les maladies du foie. Les résultats ne s'appliquent pas aux patients présentant une

dépendance à l'alcool, puisque la plupart des essais retenus ont exclu de tels patients.

Chloé Quinto  
(traduction française)  
Kevin L. Kraemer, MD, MSc  
(version originale anglaise)

Référence: Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2012;157(9):645–654.

## Revue systématique: la combinaison de soutien psychosocial à une consultation de routine d'un traitement par les agonistes d'opioïde n'offre pas des bénéfices supplémentaires.

Les traitements par les agonistes des opioïdes (TAO) sous forme de méthadone ou buprenorphine sont devenus des traitements standards dans les dépendances aux opiacés avec une efficacité démontrée. Néanmoins, les évidences quant à l'efficacité des interventions psychosociales supplémentaires sont peu claires. La revue systématique a inclus 35 études totalisant 4319 participants, dans les 13 différentes interventions combinées avec TAO. La plupart des études (24) ont été consacrées à des interventions comportementales et 7 d'entre elles étaient consacrées à des interventions psychothérapeutiques. En comparant les traitements combinés (TAO plus intervention psychosociale) vs TAO seul, les investigateurs n'ont pas démontrés des différences significatives d'observance du traitement (risque relatif RR, 1.02), abstinence aux opiacés pendant le traitement (RR, 1.19) ou entre les mesures suivantes : adhérence au traitement, symptômes psychiatriques, dépression ou abstinence à la fin du traitement.

Commentaires: malgré le fait que cette étude n'a pas réussi à démontrer les bénéfices de combinaison des interventions psy-

chosociales spécifiques avec TAO, il est important de relever que la plupart de ces études ont été réalisées dans le cadre de programmes de maintenance de la méthadone ou les traitements standardisés incluaient des consultations de routine. De plus, ces études ont évalué un nombre important de traitement à des objectifs différents, il est donc possible que certaines interventions psychosociales ont amené des bénéfices autres que celles évaluées dans l'étude.

Dresse Lilith Abrahamyan  
(traduction française)  
Darius A. Rastegar, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Amato L, Minozzi S, Davoli M, et al. Psychosocial combiné avec la maintenance des traitements par les agonistes versus traitements par maintenance agonist seul dans les traitements de dépendances aux opiacés. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;10:CD004147.

## Une intervention brève pour les patients admis dans un service d'urgence pour une intoxication aiguë à l'alcool (IAA) peut diminuer le taux de réadmission pour une IAA.

Les admissions pour intoxication aiguë à l'alcool dans les services d'urgences sont fréquentes. Par un design d'étude "pre-post", les auteurs ont comparé les taux de réadmissions d'intoxication aiguë à l'alcool sur l'année chez des patients dans un service d'urgences qui ont reçu soit une prise en charge intensive\* soit une prise en charge standard\*\*. La prise en charge intensive était composée d'une première intervention brève d'une durée de 10-15 minutes suivie d'une deuxième intervention incluant une orientation à un traitement 30 minutes plus tard. Les participants ont été inclus 24h sur 24 chaque jour sur un mois. 80 % ont été identifiés soit par la police soit par le personnel ambulancier comme nécessitant un traitement aux urgences. Il n'y avait pas de différence dans les taux de GGT et de CDT entre le groupe contrôle (recevant la prise en charge standard) et le groupe recevant la prise en charge intensive au début de l'étude (baseline).

- Dans le groupe ayant reçu une prise en charge intensive (n=106), 71% des sujets ont reçu l'intervention brève et 59% ont été référés à un traitement ambulatoire ou à une hospitalisation dans un milieu spécialisé.

- Dans le groupe contrôle (ayant reçu la prise en charge standard) (n=97), 43% des sujets ont été référés à un traitement ambulatoire ou à une hospitalisation dans un milieu spécialisé.
- Le taux de réadmission pour une intoxication aiguë à l'alcool était plus bas dans le groupe ayant reçu une prise en charge intensive comparativement au groupe contrôle (32% versus 59%).
- Le fait d'avoir été référé à un traitement ambulatoire ou à une hospitalisation était associé à un taux de réadmission pour intoxication aiguë à l'alcool dans le groupe ayant reçu une prise en charge intensive mais pas dans le groupe ayant reçu une prise en charge standard.

\*donnée par du personnel entraîné et formés selon les protocoles de prise en charge intensive aux urgences et à l'aide d'une intervention basée sur l'acronyme FRAMES (traduction française : Feedback, Responsabilité, Conseil, Options de traitement, Empathie, Auto-efficacité) donnée par un addictologue de liaison.

\*\*Prise en charge médicale pour l'intoxication aiguë ou sevrage seulement.

Commentaires : cette étude met en évidence qu'une équipe de liaison spécialement formée pour l'intervention brève et le traitement de la problématique de l'alcool dans les services d'urgences peut diminuer les taux de réadmission chez les patients présentant une intoxication aiguë à l'alcool. Des études randomisées sont encore nécessaires pour confirmer cette efficacité. Les patients intoxiqués restent hospitalisés jusqu'au matin suivant dans cette étude, ainsi les interventions étaient données entre 8 heures et 11 heures du matin. Cette activité peut entraîner un encombrement des urgences mais à un impact potentiellement positif sur le taux de réadmission, qui est un facteur encore plus

significatif de la surcharge des urgences.

Dresse Angéline Adam  
(traduction française)  
Nicolas Bertholet, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Schwan R, Di Patritio P, Albuissou E, et al. Usefulness of brief intervention for patients admitted to emergency services for acute alcohol intoxication. *Eur J Emerg Med.* 2012;19(6):384–388.

## IMPACT SUR LA SANTE

### Est-ce qu'une consommation "modérée" d'alcool est associée avec une augmentation du risque de fibrillation auriculaire chez les patients avec pathologie cardiovasculaire?

Les recherches précédentes dans la population générale suggèrent une augmentation de risque de fibrillation auriculaire (FA) chez les gros buveurs. Les résultats sur l'association entre une consommation d'alcool et la FA sont contradictoires. Cette étude analyse l'association entre consommation d'alcool et FA dans une population de patients avec coronaropathie, AVC, diabète ou toute autre manifestation de maladie cardiovasculaire (MCV) se basant sur les données de 2 études importantes sur des médicaments antihypertenseurs (N=30'433). Le suivi médian était de 56 mois.

- Les sujets buvant modérément\* avaient un risque augmenté de FA que ceux qui buvaient peu \*\* et le risque de mort était moindre chez les buveurs modérés (9.9%) que chez les petits buveurs (12.5%).
- En excluant les patients avec des épisodes d'abus importants (plus de 5 verres standards en une occasion ou par jour en moyenne) le risque de FA était de 13% plus élevé chez les buveurs modérés que chez les petits buveurs.

\*\*Défini dans cette étude comme 1-21 U par semaine pour les hommes et 1-14 U par semaine pour les femmes (1U = 12-15 g alcool)

\*Défini dans cette étude comme une consommation de moins de 1 U par semaine.

Commentaires: bien que les analyses multiples dans cette étude aient été menées correctement, la définition d'une consommation modérée, dépassant les définitions des directives américaines, mène probablement à une surestimation du risque de FA associé avec une consommation modérée. Un autre problème est la possibilité de biais dans cette estimation : étant donné qu'une consommation modérée est associée avec un faible risque de MCV et de diabète, on peut penser que les patients de l'étude qui développent une MCV malgré la consommation d'alcool modérée ont d'autres facteurs de risque qui dépasseraient l'effet moindre mais bénéfique de l'alcool. Sans un ajustement, ces autres facteurs peuvent favoriser le développement d'une MCV et donc aussi d'une FA. Donc l'association entre FA et consommation modérée chez un patient avec une MCV reste floue.

Dr Mirco Ceppi  
(traduction française)  
R. Curtis Ellison, MD  
(version originale anglaise)

Référence: Liang Y, Mente A, Yusuf S, et al. Alcohol consumption and the risk of incident atrial fibrillation among people with cardiovascular disease. *CMAJ.* 2012;184(16):E857–E866.

## VIH ET VHC

### L'incidence d'infection par le VIH est réduite de 54% chez les toxicodépendants injecteurs traités par agoniste opiacé.

Les études de cohorte ont montré que les personnes dépendantes aux opiacés par voie intraveineuse qui ont reçu un traitement agoniste opiacé avaient une baisse du taux d'infection par VIH comparé à ceux qui n'ont pas reçu ce traitement. Les données obtenues de 12 études prospectives publiées et 3 études prospectives non publiées qui mesuraient l'incidence du VIH chez les personnes qui ont reçu un traitement agoniste opiacé ont été incluses, 9 d'entre elles étaient suffisamment similaires pour être incluses dans la méta-analyse.

819 nouvelles infections VIH sur 23'608 personnes par an ont été incluses.

- Le traitement agoniste opiacé était associé à 54% de réduction d'infection VIH (rate ratio [RR], 0.46).
- Le bénéfice était robuste, malgré qu'il diminuait lorsque la méta-analyse était limitée à 6 études permettant d'ajuster pour des facteurs confondants (RR, 0.60) ou à 5 études (RR, 0.61).
- Le bénéfice ne variait pas par région géographique, par emplacement de l'étude, par mandat des rémunérations, le sexe, ou le groupe ethnique.
- Dans 4 études la désintoxication par méthadone était associée avec une augmentation du risque de transmission HIV comparée avec l'absence de traitement agoniste opiacé (RR, 1.54).

(suite en page 6)

## L'incidence d'infection par le VIH ... (suite de la page 5)

Commentaires : cette méta-analyse appuie les traitements agonistes opiacés comme outil clé en santé publique afin de réduire l'incidence d'infection au VIH chez les personnes dépendantes aux opiacés par voie intraveineuse. Les personnes sous substitutions de méthadone devraient bénéficier des interventions de réductions de risque d'infection VIH.

Dr Ousama Mounni  
(traduction française)

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

Référence: MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e5945.

## La naltrexone sous forme injectable à libération prolongée n'est pas associée à une élévation des enzymes hépatiques chez les patients infectés par le VHC, VIH.

La naltrexone sous forme injectable à libération prolongée (XR-NTX) est approuvée pour le traitement de la dépendance aux opiacés et à l'alcool. Les patients ayant des problèmes de drogue et d'alcool sont plus susceptibles d'avoir le VHC et/ou l'infection au VIH, ce qui peut les exposer à un risque plus élevé d'hépatotoxicité liée à la XR-NTX. Cette analyse secondaire de données provenant d'un essai contrôlé randomisé a évalué l'innocuité et l'efficacité de la XR-NTX pour le traitement de la dépendance aux opiacés dans un échantillon de sujets russes sans maladie hépatique décompensée \* (N = 250). La prévalence du VHC et du VIH dans l'échantillon était élevée (respectivement 89% et 42%). Les participants (88% d'hommes, 100% blanc) ont été suivis pendant 6 mois et ont subi des tests hépatiques pour ALAT, ASAT et GGT lors des visites mensuelles. L'analyse longitudinale de la fréquence avec laquelle les patients ont présenté une élévation des enzymes hépatiques > 3 fois la limite supérieure de la normale (LSN) a été menée en utilisant des équations d'estimation généralisées. A 6 mois,

- ALAT était élevé > 3 fois la LSN chez 20% des patients sous XR-NTX contre 13% des patients sous placebo (p = 0,88).
- ASAT était élevé chez 14% des patients sous XR-NTX contre 11% des patients sous placebo (p = 0,71).
- GGT était élevée chez 23% des patients sous XR-NTX contre 21% des patients sous placebo (p = 0,81).
- l'élévation de ces enzymes hépatiques n'était pas plus fréquentes chez les patients atteints par le VIH que chez les patients infectés par le VHC.

\* Les patients étaient exclus s'ils présentaient des signes d'ascite, d'ictère, d'encéphalopathie, de varices œsophagiennes ou un rapport ASAT/ALAT > 3 fois la LSN au départ.

Commentaires: dans cet échantillon de patients dépendants aux opiacés - la majorité atteinte par l'infection au VHC et plus d'un tiers co-infectés par le VIH – sous traitement de XR-NTX n'était pas significativement associé à une élévation des enzymes hépatiques. Une limitation de l'étude est la taille modeste de l'échantillon, ce qui devrait conduire à une interprétation prudente des résultats (en particulier puisqu'une légère augmentation de chaque enzyme hépatique a été observée dans le groupe XR-NTX). De plus, l'étude ne permet pas de comparer l'effet de la XR-NTX sur les enzymes hépatiques parmi les participants avec et sans le VHC. Néanmoins, les résultats suggèrent que la XR-NTX n'est pas fortement associée à une hépatotoxicité, même chez les personnes infectées par le VHC et le VIH.

Dr Alexandre Azemar  
(traduction française)  
Judith Tsui, MD, MPH  
(version originale anglaise)

Référence: Mitchell MC, Memisoglu A, Silverman BL. Hepatic safety of injectable extended-release naltrexone in patients with chronic hepatitis C and HIV infection. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73(6):991-997.

## La consommation d'alcool n'affecte pas la réponse des lymphocytes T-CD4 après l'instauration d'une thérapie antirétrovirale.

L'alcool peut causer une immunosuppression chez les personnes vivant avec le VIH. Parmi les personnes infectées par le VIH ne recevant pas de traitement antirétroviral (ART), une consommation excessive d'alcool diminue les lymphocytes T-CD4. En utilisant les données cliniques de la cohorte Johns Hopkins, les auteurs ont cherché à déterminer l'effet longitudinal de la quantité et de la fréquence de consommation d'alcool sur la réponse des cellules T-CD4 à la thérapie antirétrovirale, puis la différence d'effet de l'alcool sur la réponse des lymphocytes T-CD4 chez les personnes qui ont obtenu une suppression virale par rapport à ceux qui n'en ont pas eu, et finalement l'effet de l'alcool sur la fonction immunitaire, en fonction du sexe. Sur près de 6000 patients inscrits dans la cohorte, 1107 participants ont signalé la consommation d'alcool par l'intermédiaire d'une auto-interview sur ordinateur, dans les 6 mois suivant le début de l'ART. Leurs cellules T-CD4 ont été mesurées, et n'étaient pas viro-supprimées au moment de l'entrevue. Soixante pour cent avaient une numération des T-CD4 de base <200 cellules/mm<sup>3</sup>. Parmi les patients

ayant consommé de l'alcool (n = 440), le nombre médian de boissons par jour était de 2 (intervalle interquartile, 1-4).

- Aucune différence n'a été notée pour les cellules lymphocytes T-CD4 chez les patients qui ont consommé de l'alcool, quelle que soit la quantité de boisson ou la fréquence, le sexe ou la suppression virologique.
- Parmi ceux qui n'avaient pas de charge virale supprimée, il n'y a pas eu de changement dans la numération des T-CD4 selon la quantité ou la fréquence de la consommation d'alcool.

Commentaires: ces données suggèrent que les avantages de l'initiation ART l'emportent sur les risques potentiels de la consommation d'alcool continue chez des hommes et des femmes infectés par le VIH, qui répondent aux critères pour le traitement du VIH. La validation de ces résultats dans d'autres échantillons de patients apportera un soutien supplémentaire à l'initiation du traitement ART en dépit la consommation d'alcool.

## La consommation d'alcool n'affecte pas ... (suite de la page 6)

Dr Gianfranco Masdea  
(traduction française)  
Jeanette M. Tetrault MD  
(version originale anglaise)

Référence: Kowalski S, Colantuoni E, Lau B, et al. Alcohol consumption and CD4 T-cell count response among persons initiating antiretroviral therapy. *J AIDS*. 2012;61(4):455–461.

## L'activation comportementale pourrait réduire les comportements sexuels à risque d'infection à VIH chez les hommes consommateurs de méthamphétamine ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

La consommation de méthamphétamine est associée à des comportements sexuels à haut risque chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Des chercheurs ont recruté 16 hommes adultes VIH-négatifs qui ont déclaré avoir eu des rapports homosexuels non protégés associés à l'utilisation de méthamphétamine au cours des trois derniers mois. Tous les sujets ont reçu 10 séances de counselling : une séance d'orientation, 2 séances pour développer des compétences d'information, motivationnelles et comportementales entraînant une réduction des risques sexuels, 6 séances d'activation comportementale\* avec conseils de diminution des risques, et 1 séance centrée sur la prévention des récurrences. Les sujets ont été soumis à une évaluation préliminaire de référence, puis réévalués à 3 et à 6 mois. Le principal indicateur des résultats était le nombre d'épisodes de pénétration anale non protégée au cours des trois derniers mois.

- Lors de l'évaluation préliminaire de référence, les sujets rapportaient en moyenne 5,93 épisodes de pénétration anale non protégée dans les trois mois écoulés ; cette moyenne est retombée à 1,07 au bout de 3 mois et à 0,86 au bout de 6 mois. Les épisodes de pénétration anale non protégée sous influence de méthamphétamine sont aussi retombés, de 4,43 lors de l'évaluation préliminaire à respectivement 0,86 et 0,14 à 3 et à 6 mois.
- À l'évaluation préliminaire, les sujets indiquaient en moyenne 3,33 épisodes de consommation de méthamphétamine au

cours des 3 mois écoulés ; cette moyenne a baissé à 1,19 à 3 mois, et à 0,69 à 6 mois.

- On a observé une baisse significative des scores de dépression après l'intervention et à 6 mois.

\* Stratégie thérapeutique comportementale qui vise à aider les patients à renouer avec les activités de la vie et à redécouvrir le plaisir des activités qu'ils aimaient avant d'utiliser de la drogue.

Commentaires : cette étude présente une approche prometteuse, même si elle demande beaucoup de travail, pour inciter un groupe à haut risque à changer positivement de comportement. Il n'est pas clairement établi quelles composantes de l'intervention ont été le plus efficaces, ni si une intervention plus courte aurait eu des effets comparables, ni non plus si les effets obtenus seront durables. L'étape suivante consistera à comparer l'activation comportementale avec le counselling comportemental standard pour évaluer son efficacité.

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

Référence : Mimiaga MJ, Reisner SL, Pantalone DW, et al. A pilot trial of integrated behavioral activation and sexual risk reduction counseling for HIV-uninfected men who have sex with men abusing crystal méthamphétamine. *AIDS Patient Care STDS*. 2012 ;62(11):681–693.

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)

**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.**

## 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)