

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles est une lettre d'information gratuite diffusée en version anglaise par le Boston Medical Center, soutenue initialement par le 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 le 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.

■ Un score de dépistage prédit-il les effets liés à l'alcool sur la santé ?

Bradley KA, Rubinsky AD, Lapham GT, et al.
Addiction. 2016 ; 111 : 1975-84.

Un marqueur de substitution validé qui prédit les effets sur la santé liés à l'alcool serait utile pour le suivi des patients, la recherche et l'évaluation du suivi. Les trois questions de l'AUDIT-C (*Alcohol use disorder identification test-consumption*) sont de plus en plus disponibles dans les dossiers médicaux électroniques. Cette étude de cohorte rétrospective a analysé les données de 486 115 patients ambulatoires dans 24 centres de santé pour vétérans entre 2004 et 2007 pour déterminer la validité prédictive de l'AUDIT-C pour le HDL (*high-density lipoprotein*, un biomarqueur d'alcool) et deux items en lien avec l'alcool : les hospitalisations en gastro-entérologie et les traumatismes physiques (toute fracture ou toute hospitalisation avec diagnostic de trauma) qui surviennent dans l'année suivante.

Un score de référence de l'AUDIT-C de zéro était associé à un HDL moyen supérieur de 41,4 mg/l et un score de 12 à un HDL de 53,5 mg/l dans l'année suivante.

La probabilité d'hospitalisation en gastro-entérologie augmente de 0,49 % pour un score de référence de l'AUDIT-C de zéro à 1,8 % pour un score de 12. De même, la probabilité d'un traumatisme physique est passée de 3 % pour un score de l'AUDIT-C de 0 à 6 % pour un score de 12.

Comparativement aux patients stables, ceux

dont le score de l'AUDIT-C a augmenté au cours du temps ont connu une augmentation du taux d'HDL, et vice-versa. Les probabilités d'hospitalisation en gastro-entérologie et de traumatisme ont augmenté avec les augmentations de score de l'AUDIT-C.

Commentaires : bien que cette étude descriptive suggère que les changements dans le score de l'AUDIT-C sont en corrélation avec les changements de certains résultats de santé en lien avec l'alcool, les mesures d'association, le pouvoir explicatif et la capacité prédictive ne sont pas présentés. Le score de l'AUDIT-C pourrait être un résultat de substitution utile pour la recherche et l'évaluation, mais l'importance pronostique de l'AUDIT-C, au-delà de son rôle d'indicateur de la consommation d'alcool, reste difficile à déduire pour chaque patient.

Analyse : Dr P.D. Friedmann

Traduction : Dr S. Cengelli Hänni,
www.alcoologie.ch

■ Comment optimiser la mise en œuvre du dépistage d'alcool et de l'intervention brève en médecine de premier recours ?

Anderson P, Bendtsen P, Spak F, et al.
Addiction. 2016 ; 111 : 1935-45.

Le dépistage et l'intervention brève réduisent la consommation d'alcool auto-reportée chez les patients consultant en médecine de premier recours, mais les méthodes optimales pour les réaliser dans la pratique ne sont pas connues. Cette étude, menée dans cinq pays, a randomi-

sé 120 centres de soins primaires pour recevoir une des six combinaisons de trois stratégies de mise en œuvre durant 12 semaines : deux fois une à deux heures de formation et un appel téléphonique de soutien ; un remboursement financier des centres de soins primaires (1-9 \$ par dépistage et 15-27 \$ par intervention brève) ; une intervention électronique brève (eBI) qui référerait les patients à une version électronique spécifique au pays du programme e-SBI de l'OMS. Tous recevaient une intervention contrôle (une carte de synthèse des recommandations nationales de dépistage et de conseils).

Au point de départ, les centres de soins primaires dépistaient seulement 6 % des adultes et donnaient des conseils à 74 % de ceux avec dépistage positifs.

Comparé au groupe contrôle, une augmentation du dépistage a été constatée parmi les intervenants qui recevaient une formation et du soutien, un remboursement financier et leur combinaison. La disponibilité de l'eBI n'avait pas d'impact sur les taux de dépistage.

Aucun effet n'était observé dans la proportion de patients parmi ceux qui étaient dépistés.

Commentaires : la formation avec soutien et le remboursement financier augmentaient tous deux les taux de dépistage, mais ne démontraient pas d'effets synergiques. Donc les responsables de politiques de santé cherchant à augmenter les taux de dépistage peuvent choisir parmi ces stratégies. Les auteurs citent un effet plafond du taux de base de 74 % comme expliquant l'effet nul pour l'intervention brève,

alors que l'on pourrait contre-argumenter que 100 % des patients avec dépistage positif devraient recevoir une intervention brève. La fiabilité et l'efficacité du dépistage n'ont pas été évaluées, alors il reste incertain que ces stratégies de mise en œuvre mèneraient à réduire la forte consommation parmi les patients.

Analyse : Dr P.D. Friedmann

Traduction : Dr R. Gray, www.alcoologie.ch

■ Les interventions électroniques visant la consommation de cannabis ont de petits effets

Hoch E, Preuss UW, Ferri M, Simon R. *Eur Addict Res.* 2016 ; 22 : 233-42.

Des interventions électroniques sont développées pour de nombreuses substances, mais leur efficacité sur la réduction de consommation de cannabis est peu connue. Cette revue systématique et méta-analyse a identifié les essais randomisés comparatifs qui ont testé des interventions par CD-ROM, internet ou ordinateur visant le mésusage de cannabis.

Quatre études ont rempli les critères d'inclusion (États-Unis : une étude, Australie et Océanie : une étude, Europe : deux études) avec un total de 1 928 participants (population générale et étudiants adolescents).

Toutes les interventions utilisaient internet.

L'intervention était associée à quatre jours de moins de consommation de cannabis (auto-rapportée) sur les 30 derniers jours (petite taille de l'effet standardisée de 0,11).

L'intervention avec le plus fort effet était une intervention avec chat sur internet avec un psychologue spécialisé en addiction, avec un journal de consommation en ligne, un compte rendu personnalisé hebdomadaire et un compte rendu par écrit basé sur les principes de la thérapie comportementale et de l'entretien motivationnel.

Commentaires : cette étude met en évidence une efficacité des interventions électroniques visant la consommation de cannabis. Toutefois, les effets observés sont petits. Les avantages souvent cités des interventions électroniques sont qu'elles peuvent être mises à disposition 24/24 heures et ne demandent pas de ressources trop importantes en personnel de santé. Toutefois, dans cette revue, l'intervention avec l'effet le plus marqué offrait un chat en ligne avec un psychologue, soit un élément qui partage certaines limites avec les interventions en face-à-face

en termes de ressources et de formation des intervenants.

Analyse et traduction : Dr N. Bertholet, www.alcoologie.ch

■ L'attitude des parents concernant la consommation de cannabis des adolescents pourrait être en train de changer

Kosterman R, Bailey JA, Guttmanova K, et al.

J Adolesc Health. 2016 ; 59 (4) : 450-6.

En 2014, l'État de Washington a légalisé le cannabis pour les adultes. Des données d'une étude longitudinale sur 30 ans concernant 395 participants recrutés à l'âge de dix ans en 1985, qui étaient parents et qui vivaient toujours dans l'État de Washington en 2014, ont été analysées afin d'évaluer leurs perceptions de la consommation de cannabis chez les adolescents.

82 % des répondants conviennent qu'une consommation régulière de cannabis est nocive pour la santé des adolescents.

89 % désapprouvent la consommation de cannabis dans les situations où les enfants peuvent y assister et 93 % désapprouvent la consommation des parents pendant qu'ils prennent soin des enfants.

19 % disent qu'ils permettraient à des enfants en âge d'être à l'école secondaire de décider s'ils souhaitent ou non consommer du cannabis, en comparaison aux 6 % des parents ayant répondu à cette même question en 1991.

Commentaires : la majorité des parents ayant participé à la recherche sont d'avis que la consommation de cannabis chez les adolescents est nocive et désapprouvent que les adultes puissent servir de modèle, bien que la proportion des parents prêts à tolérer la consommation de cannabis de leurs enfants ait triplé en une génération. On ne sait pas si ce résultat est généralisable à des États où le cannabis reste illégal. Cet assouplissement des attitudes des parents pourrait entraîner une consommation accrue de cannabis chez les adolescents au fil du temps. Les cliniciens peuvent jouer un rôle important en éduquant les enfants et les parents par rapport aux risques liés à la consommation de cannabis sur le cerveau en développement et en encadrant les parents pour établir leurs attentes dans un contexte de légalisation du cannabis.

Analyse : Dr S. Levy

Traduction : S. Paroz, www.alcoologie.ch

■ Sévérité de la douleur associée à une utilisation importante d'opioïdes chez des patients souffrant d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et de douleurs chroniques

Griffin ML, McDermott KA, McHugh RK, et al.

Drug Alcohol Depend. 2016 ; 163 : 216-21.

La douleur chronique affecte une proportion importante de patients entrant en traitement suite à un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. La gravité de la douleur n'a pas été systématiquement associée à une utilisation non médicale de prescription d'opioïdes (NMUPO) pendant le traitement, mais les problèmes de mesure et la variabilité de la douleur peuvent avoir masqué cette association. Cette analyse secondaire a étudié l'association entre la sévérité de la douleur de la semaine précédente et à la NMUPO de la semaine suivante chez 148 patients souffrant à la fois de douleur chronique et de dépendance aux opiacés sous prescription selon les critères DSM-IV, qui ont participé à un essai de buprénorphine/naloxone de 12 semaines et de conseils. La NMUPO a été mesurée par autodiagnostic hebdomadaire et test de dépistage des urines, tandis que la sévérité de la douleur a été mesurée chaque semaine avec l'échelle d'évaluation "Inventaire bref de la douleur en deux items (version courte)". Au cours de l'étude, 66 % des échantillons hebdomadaires de test de dépistage de l'urine étaient négatifs pour les opioïdes, tandis que 68 % des patients ont démontré une variabilité significative de la gravité de la douleur, définie comme un croisement entre les catégories de douleurs légère, modérée et sévère.

La régression logistique multivariée ajustée en fonction des caractéristiques de base et de l'utilisation des opioïdes au cours de la semaine précédente a démontré que la sévérité accrue de la douleur au cours d'une semaine donnée était associée à un risque accru de la NMUPO au cours de la semaine suivante (odds ratio ajusté à 1,15).

Commentaires : ces données appuient l'association de la sévérité de la douleur récente avec le recours ultérieur à la NMUPO chez les patients souffrant de douleur chronique associée à une dépendance aux opiacés sous prescription. Les interventions visant à réduire le recours à la NMUPO dans cette population bénéficieront d'une meilleure compréhension des causes de la variabilité de la sévérité de la

douleur. Ces résultats soulèvent des questions quant à savoir si l'évaluation de la gravité de la douleur – par rapport à l'évaluation de la fonction – est la plus saillante dans la prise en charge de la douleur chronique.

Analyse : Dr J. Merrill
Traduction : Dr M. Hachaichi,
www.alcoologie.ch

■ Le traitement de substitution aux opiacés améliore l'engagement dans les traitements antirétroviraux et leurs résultats

Low AJ, Mburu G, Welton NJ, et al.
Clin Infect Dis. 2016 ; 63 : 1094-104

Les personnes qui s'injectent des drogues sont à risque d'infection par le VIH. En plus d'autres avantages, le traitement de substitution aux opiacés (TSO) peut améliorer l'engagement à suivre les traitements antirétroviraux et leurs résultats. Les auteurs ont procédé à un examen systématique de l'impact des TSO sur les traitements antirétroviraux. Ils ont trouvé 32 études observationnelles répondant à leurs critères, avec 36 327 participants et un suivi médian de 24 mois. Le TSO est associé à une probabilité accrue d'une prescription d'un traitement antirétroviral (odds ratio [OR] = 1,5), de l'observance au traitement antirétroviral (OR = 2,1) et de la suppression du VIH (OR = 1,5). La prise du TSO est associée à une diminution de la probabilité de l'interruption du traitement (OR = 0,8).

La revue systématique n'a pas trouvé une association significative entre le TSO et la numération des CD4 ou la mortalité.

Commentaires : cette étude s'ajoute aux preuves grandissantes que le TSO aide l'engagement des personnes injectrices de drogues à suivre le traitement d'autres pathologies. La plupart des études incluses dans cette revue concernait des personnes recevant de la méthadone ; nous avons besoin de davantage de recherches sur l'impact de la buprénorphine, en particulier parce qu'elle peut être facilement intégrée au traitement d'autres pathologies médicales. De plus, l'intégration du TSO à d'autres traitements médicaux peut améliorer l'engagement dans le traitement et ses résultats. Dans tous les cas, permettre l'accès au TSO devrait faire partie d'une prise en charge standard dans le traitement des personnes avec le VIH et un trouble de l'utilisation d'opiacés.

Analyse : Dr D.A. Rastegar
Traduction : C. Graap, www.alcoologie.ch

■ Le traitement du virus de l'hépatite C est efficace chez les personnes consommant des drogues et/ou sous traitement de substitution à base d'opioïdes agonistes

Grebel J, Mauss S, Brown A, et al.
Clin Infect Dis. 2016 ; 63 (11) : 1405-11.

Aux États-Unis, nombreuses sont les compagnies d'assurances qui limitent l'accès aux antiviraux à action directe (AAD) pour traiter l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) si les patients ont consommé des substances illicites ou reçoivent un traitement à base d'opioïdes agonistes (TOA). Les essais cliniques de phase 3 ION I-II et III (trois essais multicentriques) ont mesuré l'efficacité et la sécurité du lédiripasvir/sofosbuvir ± ribavirine chez des patients atteints de l'infection chronique par le VHC de génotype 1. Les personnes sous traitement à base d'opioïdes agonistes étaient admissibles, alors que celles qui avaient consommé des drogues au cours de l'année précédant le début de l'étude étaient exclues. La consommation de drogues illicites postérieure au début de l'étude n'était pas un critère de retrait de ces essais. Dans cette analyse ultérieure, les chercheurs ont évalué l'impact du traitement à base d'opioïdes agonistes (chez les patients inclus dans tous les essais ION en phase 3) et de la consommation de drogues illicites – mesurée par des tests toxicologiques du sérum sur des échantillons conservés durant le traitement – sur l'aboutissement du traitement du VHC (uniquement chez les patients inclus dans l'essai 1), l'adhésion, la réponse virologique prolongée (charge virale négative en ARN VHC) 12 semaines après le traitement (RVP12) et la sécurité du lédiripasvir/sofosbuvir ± ribavirine.

Parmi les 1 952 patients inclus dans les essais ION, 4 % (n = 70) recevaient un traitement à base d'opioïdes agonistes. Comparés à ceux qui ne le recevaient pas, aucune différence significative n'a été identifiée dans l'aboutissement du traitement VHC (97 % versus 98 %), l'adhésion thérapeutique ≥ 80 % (93 % versus 92 %), la RVP12 (94 % versus 97 %) ou les événements indésirables graves (4 % versus 3 %). Pour 23 % (n = 196) des patients de l'essai I-ION, les résultats des tests toxicologiques étaient conformes à leur consommation de drogues illicites durant le traitement du VHC (pour 15 %, des cannabinoïdes exclusivement ; pour 8 %, d'autres drogues illicites ± des cannabinoïdes). Aucune différence n'a été décelée

dans l'aboutissement du traitement, l'adhésion ≥ 80 %, la RVP12 ou les événements indésirables graves entre les personnes ne consommant aucune drogue durant le traitement et celles qui consommaient des cannabinoïdes et/ou d'autres drogues illicites.

Commentaires : ces essais ont inclus une frange très restreinte de la population et un petit nombre de personnes recevant un traitement à base d'opioïdes agonistes, et ont exclu les personnes qui consommaient des drogues peu avant le début du traitement. De ce fait, les résultats ne peuvent être représentatifs de la population générale des patients qui consomment des drogues. En revanche, ces données indiquent que les résultats du traitement du VHC chez les personnes qui ont consommé des drogues et/ou reçoivent un traitement à base d'opioïdes agonistes et les autres patients qui reçoivent un traitement du VHC sont comparables en ce qui concerne l'aboutissement du traitement, l'adhésion thérapeutique, la RVP12 et la sécurité. Ces résultats contribuent au développement de la littérature selon laquelle la consommation de substances psychoactives ne devrait pas être une contre-indication au traitement du VHC au moyen d'antiviraux à action directe

Analyse : Dr J.M. Tetrault
Traduction : Dr C. Eidenbenz,
www.alcoologie.ch

■ Les soins dans le milieu et les aides financières améliorent-ils la suppression du VIH chez les patients présentant une dépendance à une substance ?

Metsch LR, Feaster DJ, Gooden L, et al.
JAMA. 2016 ; 316 (2) : 156-70.

Les patients atteints à la fois du VIH et d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives sont à haut risque de ne pas atteindre une suppression virale et de développer d'autres problèmes cliniques. Dans ce contexte, les soins dans le milieu pourraient améliorer le taux de suppression virale dans cette population. Lors d'une étude randomisée contrôlée, 801 patients séropositifs et présentant un trouble lié à l'utilisation de psychotropes, hospitalisés dans 11 hôpitaux américains différents, ont été randomisés dans trois groupes de traitement différents durant six mois : soins dans le milieu (coordination des soins avec un *case management*) ; soins dans le milieu et aides financières (jusqu'à 1 160 \$) ; traitement

standard. La variable d'intérêt était la suppression virale (oui/non) ou le décès à 12 mois. Le taux de suppression virale à 12 mois ne différait pas significativement entre les trois bras de l'étude : traitement standard (34 %), soins dans le milieu (36 %) ou soins dans le milieu et aides financières (39 %).

Les patients qui avaient bénéficié de soins dans le milieu ou de soins dans le milieu et aides financières avaient plus de chance d'être engagés dans un traitement du VIH et des dépendances après six mois, mais ces améliorations n'étaient plus présentes après 12 mois. L'usage de stimulants, une inclusion dans l'étude au sud des États-Unis et être afro-américain étaient de mauvais pronostics pour obtenir une suppression virale.

Peu de patients (8 %) recevaient un traitement médicamenteux pour les dépendances à 12 mois.

Commentaire : les soins dans le milieu (coordination des soins avec un *case management*) avec ou sans aides financières (*financial incentives*) n'ont pas amélioré le taux de suppression du VIH comparé à une prise en charge standard. Cependant, ces interventions ont amélioré la participation aux traitements du VIH et des dépendances après six mois, mais cette amélioration n'était plus présente après 12 mois. Chez les patients complexes avec des dépendances chroniques et séropositifs, des interventions soutenues seront probablement nécessaires pour observer des améliorations de l'adhésion aux traitements, qui se traduiront par une suppression virale de longue durée. L'adaptation des aides et des éléments de la prise en charge dans le milieu à la réponse de chacun pourrait être plus étudiée dans les prochaines recherches.

Analyse : Dr J.L. Taylor, Dr A.Y. Walley

Traduction : Dr A. Lasserre, www.alcoologie.ch

■ Aucune association n'a été décelée entre la réglementation des substances par l'État et les effets indésirables liés à la consommation d'opioïdes chez des patients vulnérables

Meara E, Horwitz JR, Powell W, et al. *N Engl J Med.* 2016 ; 375 (1) : 44-53.

En réponse aux taux croissants d'overdoses fatales dues à la consommation d'opioïdes sur ordonnance, les États-Unis ont, entre autres, adopté une législation limitant la prescription et l'administration d'opioïdes. En revanche, ces

lois peuvent avoir pour conséquence accidentelle de limiter le droit d'accès des patients à des médicaments contre la douleur. Les chercheurs ont analysé la relation entre les effets des opioïdes sur ordonnance et huit types de réglementations des substances par l'État. Ils se sont penchés sur ces réglementations (les restrictions quantitatives des ordonnances, l'obligation d'identifier le patient, l'obligation de contrôle par le médecin ou de vérification par le pharmacien, la restriction du *doctor shopping* ou nomadisme médical, les programmes de monitoring des drogues sur ordonnance, les formulaires d'ordonnance non falsifiables et les réglementations cliniques sur la douleur) sur une période de sept ans chez des personnes invalides ayant droit au système Medicare, âgées de 65 ans au plus et dont la moitié ont reçu des ordonnances pour opioïdes. L'échantillon était constitué de 2,2 millions de patients, ce qui équivaut à plus de 8 millions de personnes-années d'observation.

Entre 2006 et 2012, les États ont adopté 81 nouvelles lois sur les substances.

En moyenne, 45 % des ayants droit ont acheté des opioïdes sur ordonnance au cours d'une année donnée ; 8 % avaient au moins quatre prescripteurs d'opioïdes ; 5 % avaient des ordonnances pour une dose quotidienne équivalente à plus de 120 mg de morphine au cours de tout trimestre ; 0,3 % recevaient un traitement pour une overdose non fatale d'opioïdes sur ordonnance.

Aucune association significative n'a été observée entre les effets des opioïdes et les types spécifiques et le nombre de réglementations.

Commentaires : bien que les chercheurs n'aient trouvé aucune association entre l'adoption des réglementations des opioïdes sur ordonnance et les effets indésirables liés à la consommation d'opioïdes, ces données se basent sur un codage administratif et un nombre important de lois ont été décrétées et adoptées ultérieurement à l'étude. Il serait prudent d'évaluer la législation actuelle rigoureusement tout en envisageant d'autres méthodes pour aborder l'"épidémie" d'opioïdes, y compris la sensibilisation des professionnels de santé.

Analyse : Dr J.M. Tetrault

Traduction : C. Eidenbenz, www.alcoologie.ch

■ L'utilisation non prescrite de sédatifs ou anxiolytiques chez les adolescents est associée au trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives plus tard

McCabe SE, Veliz P, Boyd CJ, Schulenberg JE. *Addict Behav.* 2017 ; 65 : 296-301.

Les sédatifs/anxiolytiques sont prescrits à un nombre croissant d'individus. On craint que l'exposition par des prescriptions puisse conduire à un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (TUS), surtout lorsqu'elles sont prescrites aux adolescents. Cette étude a utilisé des données provenant d'une cohorte de 8 373 personnes dans l'étude *Monitoring the future* pour examiner l'association entre l'utilisation médicale et non médicale de sédatifs/anxiolytiques à l'âge de 18 ans et les symptômes ultérieurs du TUS à l'âge de 35 ans. À l'âge de 18 ans, 20 % de la cohorte ont déclaré avoir utilisé des sédatifs ou des anxiolytiques au cours de la vie ; 7,6 % ont indiqué une utilisation uniquement médicale, 6,2 % ont déclaré une utilisation médicale et non médicale, et 6,3 % ont indiqué une utilisation uniquement non médicale.

À l'âge de 35 ans, comparativement aux participants qui ont déclaré aucune utilisation ni médicale ni non médicale, ceux qui ont signalé une utilisation médicale et non médicale étaient plus susceptibles d'avoir des symptômes du trouble lié à l'utilisation d'alcool (odds ratio ajusté [aOR] = 1,5) et des symptômes du trouble lié à l'utilisation d'autres drogues (aOR = 3,0). Les participants qui ont signalé un usage uniquement non médical ont également montré des probabilités augmentées de symptômes du trouble lié à l'utilisation de l'alcool (aOR = 2,1) et des symptômes du trouble lié à l'utilisation d'autres drogues (aOR = 3,0). Les personnes ayant rapporté un usage uniquement médical n'ont pas de probabilités significativement plus élevées de symptômes du TUS à l'âge de 35 ans, comparativement aux adolescents sans usage médical ou non médical.

Commentaires : cette étude montre que de nombreux adolescents sont exposés à des sédatifs/anxiolytiques. Près de la moitié de ceux auxquels sont prescrits ces médicaments les prennent également non médicalement, et ces sujets sont à risque pour le TUS plus tard dans la vie. Bien que cela n'établisse pas une relation de cause à effet, cela renforce la nécessité d'une administration judicieuse de ces molécules et une surveillance étroite lorsqu'elles sont prescrites.

Analyse : Dr D.A. Rastegar

Traduction : S. Imboden, www.alcoologie.ch