



REDUCTION DES RISQUES

Substitution : quand l'alcool s'en mêle

par Agnès Sztal

Quelle est l'influence de la substitution sur la consommation d'alcool ? Le D^r Philippe Batel¹ a récemment tenté de répondre à cette question. Études à l'appui, méthadone et buprénorphine haut dosage ont ainsi été comparées. Compte rendu.

Pour mieux comprendre le rapport à l'alcool chez les patients en traitement de substitution à l'héroïne, le D^rPhilippe Batel a réalisé un travail de recherche sur la fréquente double consommation alcool/opiacés.

Alcool et opiacés: les liaisons dangereuses

Avant tout, petit rappel d'éléments épidémiologiques², cliniques et pharmacologiques³:

- En cas de dépendance à l'alcool, le risque d'une consommation problématique de drogue illicite est multiplié par sept.
- L'alcool permet aux consommateurs d'héroïne, soit de potentialiser les effets de l'opiacé, soit d'en atténuer le syndrome de sevrage. Des mésusages d'alcool sont constatés de manière plus séquentielle après l'arrêt d'une consommation d'héroïne.
- Les patients présentant la double dépendance alcool/opiacés sont majoritairement dits "de type II", c'est-à-dire qu'ils présentent une alcoolisation massive. Ce sont des hommes entrés rapidement dans un processus de dépendance à l'alcool (en cinq à dix ans) et ce, avant 25 ans. Ils présentent une personnalité antisociale. Leur père est en général alcoolodépendant.
- Selon les études portant sur la préférence à l'alcool (c'est-à-dire la consommation mais aussi l'envie) et la consommation d'un opioïde agoniste⁴ menés chez l'animal, l'effet dose est marqué : une faible quantité de morphine augmente l'attrait à l'alcool, alors qu'une dose importante le diminue. Chez l'homme, la morphine à haute dose fut d'ailleurs le premier traitement des *delirium tremens*.
- Chez l'homme comme chez l'animal, les résultats d'études sur la préférence à l'alcool et la consommation d'un opioïde antagoniste⁵ sont similaires. Elles montrent une diminution de la consommation, ainsi que de l'envie de consommer.
- En ce qui concerne la préférence à l'alcool et la consommation d'un opioïde

anta-agoniste⁶, la consommation d'alcool est diminuée chez l'animal. Il n'y a pas d'effet dose : l'effet de réduction n'est pas accentué en augmentant les quantités.

Traitements de substitution et consommation d'alcool

La consommation d'alcool des personnes sous méthadone est peu documentée. Selon les études, elle concerne 17 à 50% des patients.

L'étude du D^r Batel sur la consommation d'alcool des patients inclus dans un programme de substitution, soutenue par de nombreux spécialistes des addictions, permet de comparer la consommation d'alcool de 29 patients sous buprénorphine et de 30 patients sous méthadone.

Cette étude cherche à recueillir des données qualitatives et quantitatives sur la prévalence de la consommation d'alcool avant la mise sous traitement, la variation de la consommation (avant/après), l'évolution sur un an, la différence concernant la consommation entre les populations méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD), l'envie de boire, les ivresses et les effets subjectifs modifiés par la substitution.

Pour cela, une évaluation est faite à l'entrée au programme puis à 3, 6 et 12 mois par différentes techniques : Addiction Severity Index (ASI) et questionnaires.

Les critères d'inclusion sont : être dépendant à l'héroïne, être majeur, savoir lire, rentrer dans un programme de substitution.

Afin de réduire tout biais, était exclue de l'étude toute personne devant passer de la buprénorphine à la méthadone, ou traitée au naltrexone⁷ ou à tout autre produit diminuant l'envie de boire, ou ayant pris de la buprénorphine de rue, ou ayant été inscrite à un traitement de substitution dans les trois mois précédant le début de l'enquête.

Le taux d'inclusion est d'environ 70% pour les deux populations.

Les patients ont été recrutés auprès de médecins généralistes de réseaux et de centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). L'échantillon est inférieur à celui espéré au démarrage de l'enquête, les auteurs ayant rencontré des difficultés de recrutement, ce qui n'a pas permis de randomiser.

A l'inclusion, l'enquête ne montre pas de différence significative entre les deux populations concernant l'âge, le sexe, les antécédents de sevrage, la consommation d'alcool (qui est fréquente et importante, en moyenne 40 verres par semaine), le nombre d'épisodes d'ivresse. Les patients sous méthadone sont plus nombreux à être célibataires et moins nombreux à avoir un emploi stable. Ils ont un parcours d'héroïnomanie plus long, ils sont plus nombreux à avoir bénéficié de traitements de maintenance dans le passé.

Les patients sous buprénorphine semblent ressentir de manière décroissante l'effet de l'alcool. Mais compte tenu du faible échantillon non randomisé, les résultats ne peuvent être extrapolés. Le nombre de patients ne permet pas non plus de renseigner sur un éventuel effet-dose. Enfin, les auteurs émettent l'hypothèse que le mode de recrutement a peut-être inclus une population où les troubles liés à l'alcool étaient sur-représentés.

Apporter une réponse individuelle

Les praticiens présents lors de l'exposé du D^r Batel ont rappelé qu'il n'y a pas de réponse type à apporter à l'alcoolisation massive d'un patient sous

méthadone. L'indication de buprénorphine ne peut être systématique, de nombreux autres facteurs entrant en jeu dans la décision. La prise en charge et la réponse thérapeutique restent individuelles et adaptées à la situation du consommateur: son passé, son parcours de consommateur, ses motivations, la compréhension de ses désirs de soin, de ses désirs de "défonce", les gênes provoquées par la substitution.

La discussion a également permis de soulever la problématique de la double prise en charge opiacés/alcool : de nombreux CSST abandonnant encore trop souvent leurs patients aux centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), et inversement. Quid du projet des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), initié par Bernard Kouchner et relancé dans le plan quinquennal de lutte contre les drogues et toxicomanies ?

Des expériences américaines témoignent également de ces problématiques. Selon elles, il semblerait qu'il puisse y avoir un lien réel entre méthadone et alcoolisation, et même entre méthadone et cocaïne. D'autres études à venir mériteraient de se pencher sur le sujet.

Quoi qu'il en soit, ce cumul de produits lors d'un traitement de substitution suggère que certains patients ont une importante recherche d'euphorisants. Cela pose la question du désir du patient dans sa démarche de soin, de l'adaptation du traitement à la situation du consommateur, et donc de la nécessité d'un panel plus large de traitements substitutifs, voire la prescription médicalisée d'héroïne.

1 Philippe Batel est alcoologue à l'hôpital Beaujon. Il anime, un mardi sur deux, une chronique d'addictologie dans le "Journal de la santé" de France 5 - 13h40.

2 Regier et al.

JAMA, 1990 ; 264 : 2511-8

3 Caroll M. Carmona G. May S. Buzalsy S. Larson C.J.

Pharmacol Exp Ther, 1992 ; 261 : 26-37

et

June HL. Cason CR. Chen SH. Lewis MJ.

Psychopharmacology, 1998 ; 140 : 29-37

4 Agoniste : qui reproduit les effets d'une autre substance. La morphine est un agoniste de l'héroïne.

5 Antagoniste : qui empêche ou annule les effets d'une autre substance ; la naltrexone est un antagoniste de l'héroïne.

6 Anta-agoniste ou agoniste partiel : qui a à la fois des effets agonistes et antagonistes ; la buprénorphine est un agoniste partiel de l'héroïne.

7 La naltrexone est un opioïde antagoniste qui réduit la consommation d'alcool.