

La place de l'alcool dans l'itinéraire de patients sous traitement de substitution aux opiacés dans le Nord - Pas-de-Calais

Rapport de l'étude menée en 2010 au sein des services d'addictologie et de cabinets de ville
Laurent Plancke^{1, 2}, Alina Amariei¹

¹Granitea Nord - Pas-de-Calais

² Centre lillois d'études et de recherches économiques et sociologiques (Clersé)

Introduction

L'analyse bibliographique que Rivierre réalise en 2003 fait apparaître l'alcoolisme comme problème majeur chez les patients sous méthadone depuis les années 60-70. Les hypothèses relevées par l'auteur dans les articles analysés, sont qu'un transfert d'addiction amènerait certains à remplacer les opiacés par l'alcool ; d'autres l'emploieraient en automédication d'épisodes dépressifs, ou en vue d'une potentialisation des effets d'autres drogues, ou encore comme calmant après l'usage d'autres drogues.

L'alcoolisation problématique préexiste mais se trouve masquée par l'héroïne. La fonction de l'alcool serait la recherche d'ivresse et le remède contre l'ennui.

Dans cette même analyse bibliographique, Rivierre relève des taux des taux décrits de dépendance alcoolique chez 20 à 50% des toxicomanes, et chez 5 à 49% des patients en MSO. Mais les articles étudiées sont contradictoires quant à l'évolution des patients quant à leur alcoolisation : certaines études ne relèvent aucun changement, d'autres une hausse des niveaux d'alcoolisation, d'autres la persistance d'un haut niveau d'alcoolisation, d'autres enfin un maintien de l'alcool-dépendance chez ceux qui en présentaient à l'inclusion avec une absence de nouveaux cas

Srivastava procède également à une méta-analyse sur méthadone et consommation d'alcool, en 2007 ; 14 publications sont étudiées, 11 américaines, 2 anglaises, une italienne, (et aucune française). Elle y retrouve une dépendance à l'alcool chez 13 à 31% des patients, alors que les évolutions sont orientées à la hausse dans 3 études sur 14, à la baisse dans 3 sur 14, alors qu'aucun changement n'est retrouvé dans 9 études sur 14. Il n'y a donc pas de concordance entre les résultats, obtenus avec des méthodes distinctes, rendant la comparaison entre études difficile.

L'absence de travaux français et la discordance des résultats nous ont incités à engager cette étude.

Objectifs

L'étude avait pour objet la mesure du rapport à l'alcool de patients substitués dans le Nord - Pas-de-Calais, avec une perspective diachronique (avant l'entrée en traitement et lors de l'enquête) et la recherche de facteurs reliés (de risque ou de protection)¹.

Méthode

Une enquête par questionnaire a été menée durant le premier semestre 2010 auprès d'un échantillon de patients suivis en TSO depuis douze mois ou plus. Un échantillon par quotas (âge, sexe et lieu de résidence) a été constitué à partir des caractéristiques des patients sous TSO en médecine de ville en 2009 (environ 13 000 personnes) connus des CPAM du Nord - Pas-de-Calais, qui couvrent environ 90% de la population régionale ; un redressement *a posteriori* a permis de corriger les différences structurelles avec la population. Le champ d'enquête était constitué des services proposant des TSO et des médecins généralistes volontaires, recrutés notamment par le biais d'une association d'omnipraticiens engagés dans le traitement de patients opiacés-dépendants.

¹ Elle constitue la première phase d'un programme visant à mieux prendre en compte les problèmes d'alcoolisation des patients substitués.

Les patients ont été interrogés sur leur situation sociale, le TSO reçu, leur santé psychique, leurs consommations : antérieure et présente d'alcool (avec les items de l'Audit), présente de tabac et de drogues illicites, et leurs recours aux soins et traitements spécifiques en alcoologie.

Une analyse bivariée et une régression logistique ont été réalisées au moyen du logiciel SAS 9.0 en vue de rechercher les facteurs significativement reliée à une alcoolisation problématique (abus ou dépendance).

Résultats

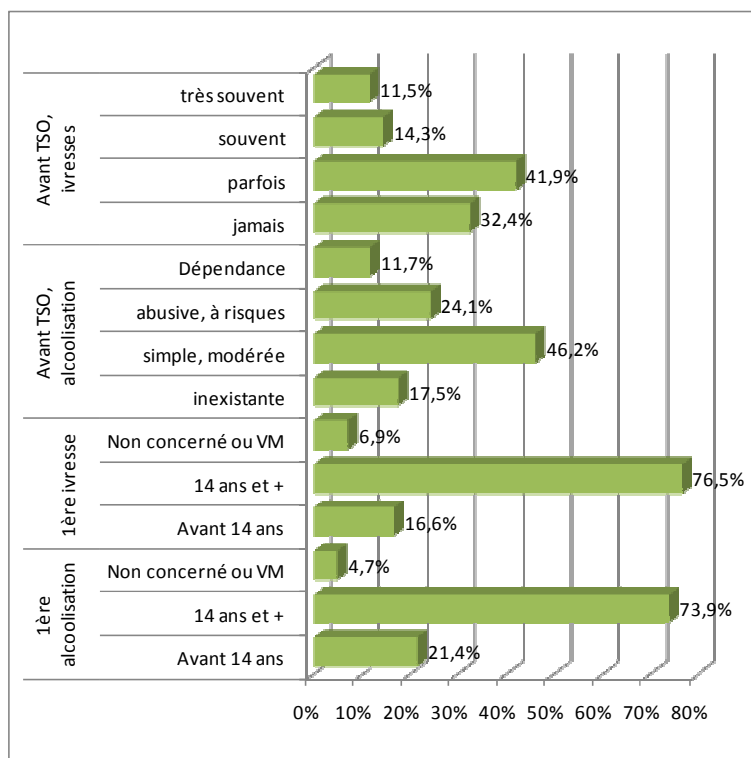
379 personnes distinctes

Caractéristiques de l'échantillon

Sexe	Hommes	79,4%
	Femmes	20,6%
Age	18-24	10,0%
	25-29	26,2%
	30-34	19,9%
	35-39	26,9%
	40-44	9,0%
	45 et +	8,0%
Enfants	Aucun	41,9%
	1 ou +	58,1%
Antécédents d'incarcération	Non	58,8%
	Oui	41,2%
Situation	Chômage	39,4%
	Salaires continus	27,1%
	autre sans emploi	21,3%
	salariée intermittente	10,2%
	Stagiaire, étudiant	2,0%
Logement	Durable	76,1%
	Provisoire ...	23,9%
Ressources	RSA	38,0%
	Emploi	32,5%
	Assedic	11,1%
	Autres	18,4%
Insertion	Bonne	33,1%
	Intermédiaire	31,0%
	Mauvaise	35,9%

Alcoolisation antérieure

Situation par rapport à l'alcool avant l'entrée en TSO

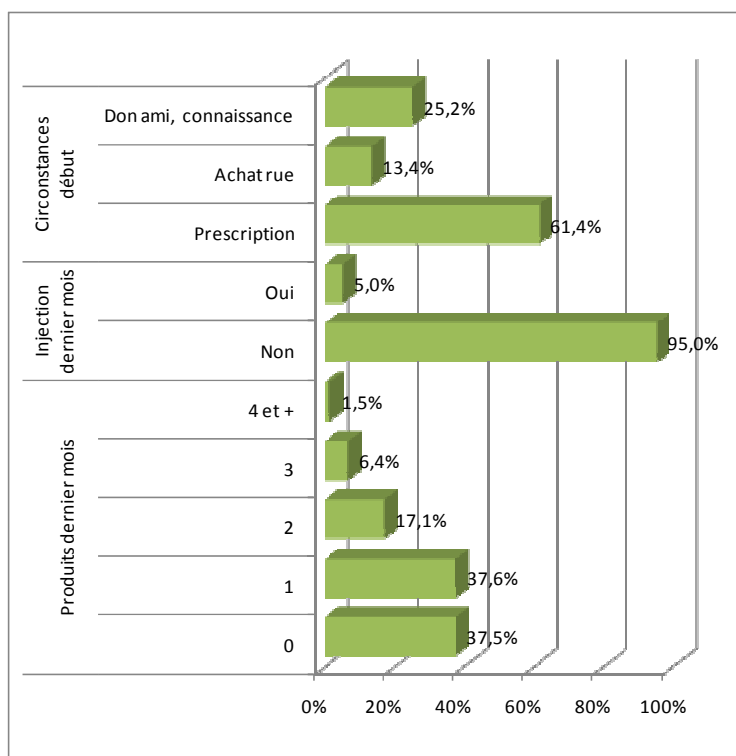


Consommations concomitantes

La prescription médicale est retrouvée chez trois personnes sur cinq à la première prise de TSO

Durant le mois ayant précédé l'enquête, la prise de produits psychoactifs illicite concerne six personnes sur dix (cannabis 45%, héroïne 25%, cocaïne 12%), le tabac neuf sur dix et et l'injection une sur vingt.

Circonstances de première prise de TSO, nombre de produits (illicites) consommés et injection durant le dernier mois.



Indicateurs de souffrance psychique

Trois personnes sur dix ont déjà tenté de se suicider

36,1% ont déjà été prises en charge en psychiatrie

Traitements psychiatriques et tentatives de suicide

TTT psy antérieur	VM	9,2%
	aucun	54,7%
	ambulatoire	11,8%
	hospitalisation	24,3%
Suicide	VM	7,7%
	Idée	10,2%
	Tentative	30,7%
	Non	51,4%

De remarquables différences de recrutement

Pour chaque type de lieu de recrutement (services d'addictologie hospitalières, services d'addictologie médico-sociaux et médecins généralistes) les situations extrêmes sont retenues

1. Patients des services d'addictologie hospitalière

- RSA/AAH 56% (médico-social 52% - médecine de ville 25%)
- Méthadone 81% (médico-social 63% - médecine de ville 34%)
- Dosage élevé ($\geq 3^e$ quartile) 33% (médico-social 29% - médecine de ville 24%)
- Consommateurs stupéfiants 77% (médico-social 72% - médecine de ville 42%)
- Tabagie quotidienne 91% (médico-social 84% - médecine de ville 89%)
- Abus ou dépendance alcool AVANT TSO 46% (médico-social 41% - médecine de ville 22%)

2. Patients des médecins généralistes

- Bonne insertion 61% (18% en hospitalier - 15% en médico-social)
- Bac et + 32% (29% en hospitalier - 21% en médico-social)
- Aucun suivi psychiatrique 66% (50% en hospitalier - 47% en médico-social)
- Ni pensée ni tentative de suicide 59% (44% en hospitalier - 50% en médico-social)
- Consommation antérieure d'alcool simple, modérée 61% (41% en hospitalier - 34% en médico-social)

3. Patients des services médico-sociaux

- Vit seul 52% (19% en cabinet de ville - 28% en hospitalier)
- Sans enfants 50% (33% en cabinet de ville - 42% en hospitalier)
- En grande précarité 53% (12% en cabinet de ville - 43% en hospitalier)
- Antécédents d'hospitalisation psy 33% (13% en cabinet de ville - 28% en hospitalier)
- Tentatives de suicide 39% (20% en cabinet de ville - 34% en hospitalier)

Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit)

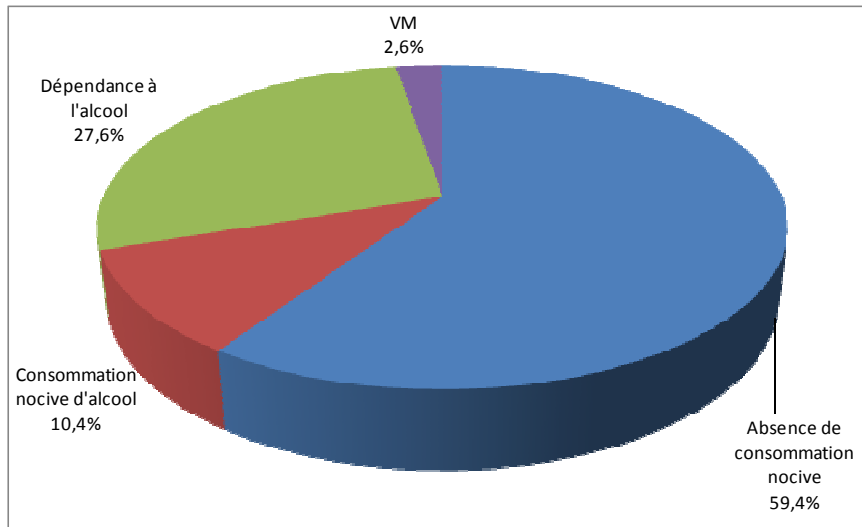
Les 10 questions de l'Audit ont été posées, qui permettent d'apprécier la relation à l'alcool :

Six personnes sur dix (59,4%) ne présentent pas d'alcoolisation nocive au moment de l'enquête.

Près de trois sur dix (27,6%) présentent une dépendance.

Une sur dix (10) présente une consommation nocive.

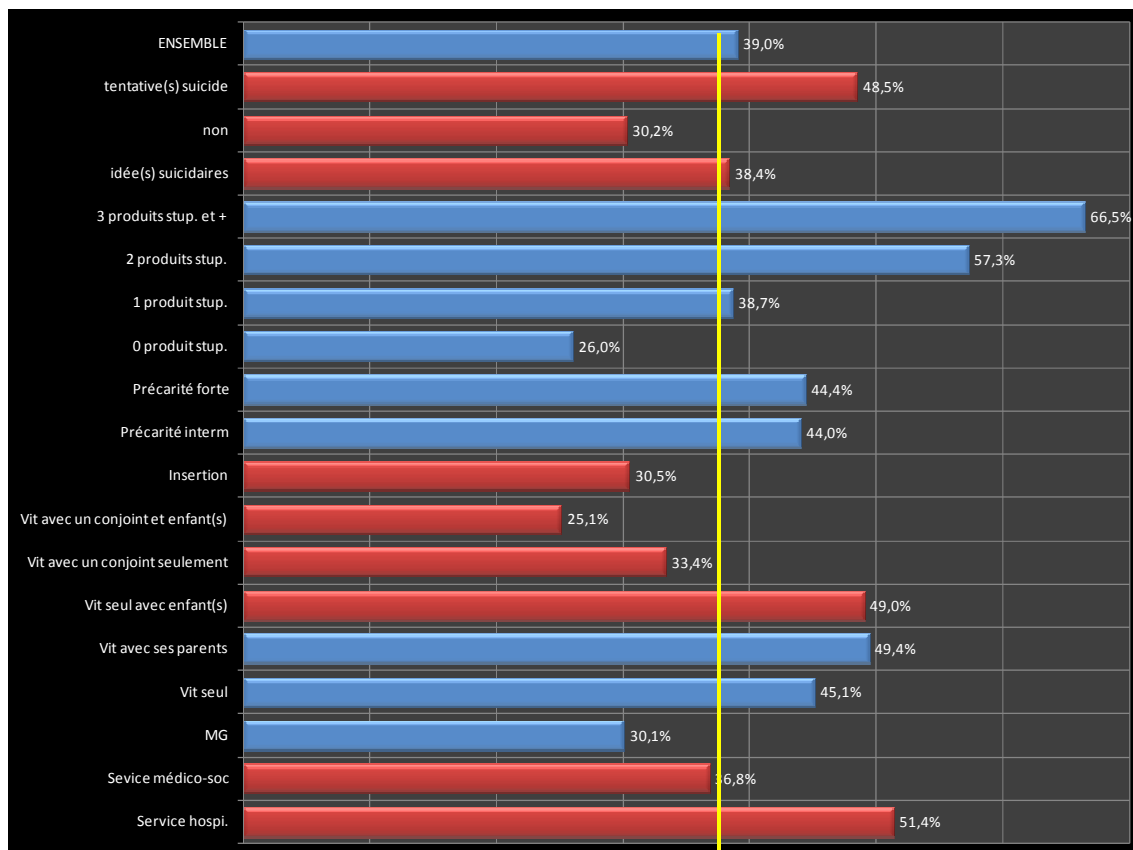
Situation par rapport à l'alcool (Audit) au moment de l'enquête



Analyse bivariée

Âge, nature du traitement, tabagie actuelle et ancienneté du TSO n'introduisent pas de différence significative dans les niveaux d'usage problématique (nocif ou dépendance)

Part des patients présentant une consommation nocive ou une dépendance selon diverses variables



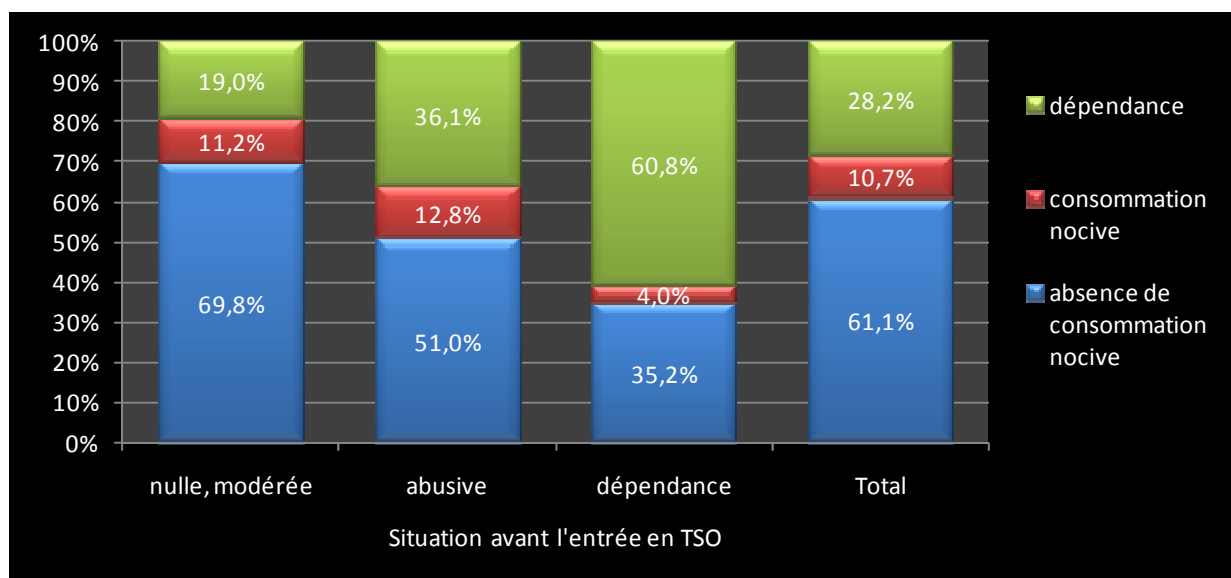
Lien entre alcoolisation antérieure et présente

Deviennent dépendants : 19% des abstinents-usagers simples et 36% des usagers abusifs

Restent dépendants 61% de ceux qui l'étaient à leur entrée en TSO

Ne présentent pas d'alcoolisation nocive : 70% des anciens abstinents ou usagers simples, 51% des anciens usagers abusifs et 35% des anciens dépendants

Situation par rapport à l'alcool (Audit) selon celle présentée avant l'entrée en TSO*



*Valeurs manquantes exclues (d'où les légers écarts de % avec la figure précédente)

Recours aux traitements et aides en alcoologie

17% ont suivi au moins une cure

13% ont été traités par Aotal® (acamprosate), 4% par Espéral® (disulfiram) et 2% par Révia® (naltrexone)

8% ont suivi au moins une réunion d'un mouvement

Facteurs liés à une abus/une dépendance vis-à-vis de l'alcool

Une régression logistique a été réalisée pour rechercher les facteurs significativement liés à une situation d'abus ou de dépendance alcoolique

Facteurs reliés à un abus/dépendance vis-à-vis de l'alcool

Effet	OR	95% Limites de confiance de Wald		CHI2
Homme vs femme	2,19	1,149	4,169	0,0172 ²
PEC médecine générale vs médico-social	2,44	1,295	4,598	0,0402
PEC service hospitalier vs médico-social	1,80	0,909	3,569	0,6492
âge 29-33 ans vs 18-28 ans	0,56	0,285	1,118	0,5622
âge 34-38 ans vs 18-28 ans	0,65	0,331	1,281	0,9287
âge 39 ans et plus vs 18-28 ans	0,45	0,208	0,986	0,1732
Précarité professionnelle1 vs 0	0,72	0,278	1,855	0,1833
Précarité professionnelle2 vs 0	1,59	0,407	6,177	0,2985
Précarité logement 1 vs 0	1,92	0,831	4,431	0,6418
Précarité logement 2 vs 0	1,57	0,522	4,714	0,3026
Précarité logement 3 vs 0	7,16	1,486	34,527	0,0166
Précarité revenu 1 vs 0	1,81	0,423	7,795	0,0501
Précarité revenu 2 vs 0	1,32	0,287	6,078	0,2264
Précarité revenu 3 vs 0	0,31	0,048	2,013	0,025
situation 2 intermédiaire vs 1 inséré	0,54	0,101	2,881	0,8271
situation 3 précaire vs 1 inséré	0,35	0,038	3,291	0,3513
méthadone vs buprénorphine	1,94	1,128	3,354	0,0167
Circonstances 1 vs 2*	4,32	1,915	9,755	0,0025
Circonstances 3 vs 2*	3,53	1,468	8,504	0,089
dosage faible vs très faible	1,84	0,911	3,717	0,8141
dosage fort vs très faible	1,88	0,916	3,842	0,752
dosage très fort vs très faible	2,73	1,37	5,429	0,0289
Drogues dernier mois 1 vs 0	1,51	0,833	2,752	0,0426
Drogues dernier mois 2 vs 0	3,27	1,569	6,804	0,1699
Drogues dernier mois 3 et + vs 0	5,83	2,2	15,473	0,0076
Alcoolisation avant TSO 1 vs 0	2,70	1,105	6,591	0,7806
Alcoolisation avant TSO 2 vs 0	3,53	1,221	10,224	0,4016
Alcoolisation avant TSO 3 vs 0	7,08	1,985	25,283	0,011
Ivresses avant TSO 2 vs 1	1,25	0,61	2,554	0,9323
Ivresses avant TSO 3 vs 1	0,93	0,347	2,512	0,2723
Ivresses avant TSO 4 vs 1	2,25	0,741	6,854	0,0873
Idées suicidaires vs non	1,12	0,512	2,445	0,6413
Tentatives de suicide vs non	1,78	1,004	3,167	0,08

*1 = don d'un ami - 2 = achat dans la rue - 3 = prescription médicale.

Les facteurs de risque les plus puissants sont :

- la très forte précarité de logement (OR=7,16)
- la très forte alcoolisation antérieure à l'entrée en TSO (OR=7,08)

² Les lignes surlignées représentent les facteurs significativement reliés (chi2 avec p <0,05). Un odds ratio inférieur à 1 exprime un facteur de protection ; quand il est supérieur à 1, c'est un facteur de risque.

- la prise concomitante de nombreuses drogues illicites (OR=5,83) ; plus leur nombre est élevé, plus la probabilité d'alcoolisation problématique est forte
- les posologies les plus élevées (supérieures au 3^e quartile) (OR=2,73),
- la prise en charge en médecine de ville (par rapport à celle en établissement médico-social) (OR=2,44)

Limites de l'étude

Comme dans toutes les enquêtes déclaratives, la sincérité n'est pas assurée ; par ailleurs, si la situation actuelle par rapport à l'alcool a été mesurée avec une échelle validée (Audit), la situation d'avant le TSO relevait plus de l'opinion du sujet interrogé (Au moment où vous entrez pour la 1^{ère} fois en substitution, diriez-vous que vous étiez ivre jamais/parfois/souvent/très souvent ? et Avant votre entrée en substitution, vous diriez que votre consommation d'alcool était inexistante/simple, modérée/abusive, à risques/dépendance ?)

Par ailleurs l'échantillonnage a été construit selon les caractéristiques connues des patients sous TSO en ville (environ 13 000 sur un effectif total sous TSO estimé de 14 000 dans le Nord - Pas-de-Calais).

Enfin, malgré de strictes consignes de sélection au hasard des patients, il n'est pas assuré que les soignants ne les aient pas, partiellement, choisis selon leur consommation connue d'alcool.

Discussion

L'enquête réalisée présente une quadruple originalité :

- La diversité du recrutement des cas (nombreuses enquêtes sur le public substitué ne porte que sur un type de clientèle)
- La diversité des traitements (méthadone et BHD)
- La construction d'un échantillon à partir d'une population connue
- Enfin, elle porte sur un sujet peu exploré en France et mal documenté dans la littérature internationale (résultats discordants) ; il a été masqué pendant longtemps par la construction initiale du dispositif de soins en addictologie (par produit)

Une exploration secondaire a permis de relever des différences remarquables entre patients substitués selon qu'ils étaient suivis en médecine de ville, en service hospitalier ou médico-social

Abus d'alcool chez les patients substitués : un problème confirmé

Si 6/10 n'ont pas de problème apparent d'alcool, 1/10 sont « abuseurs » et 2,5/10 sont dépendants

Les problèmes avec l'alcool sont parfois antérieurs à l'entrée en TSO : 24% des personnes interrogées se vivaient comme consommateurs abusifs et 12% comme dépendants (avant d'entrer en TSO)

L'alcoolisation problématique des patients substitués est liée significativement à de nombreux facteurs :

- certains antérieurs : alcoolisation antérieure, circonstances de 1^{ère} prise
- d'autres concomitants : la grande précarité, les consommations simultanées de drogues

Les médecins généralistes, bien qu'ayant des patients moins désinsérés que ceux des services, ont une clientèle plus sujette à une alcoolisation problématique (OR=2,44) ; indirectement, l'enquête a fait apparaître l'isolement professionnel de certains d'entre eux.

La rapidité des relais en ville, pour les patients sous méthadone, doit être questionnée.

La posologie n'apparaît pas comme un facteur significativement relié.

Conclusion

S'il en était besoin, l'étude vient confirmer la nécessaire approche globale :

- ensemble des produits consommés
- sanitaire, sociale psychologique/psychiatrique

Elle plaide également pour un repérage de l'ensemble des consommations abusives à l'entrée en TSO et une prise en compte des conditions de vie des patients.

Sélection bibliographique

- Aides : Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution. Expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés – Rapport final. Version mise à jour septembre 2002. Paris, Aides.
- Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD005031. Review.
- Batel P, Aubert JP, Mazoyer C, Seng R, Bloede F, Schnall D, Lowenstein W, Consommation d'alcool chez les patients substitués par la BHD ou par la méthadone. *THS La Revue des Addictions*, 2002, 4, (13), 740-742.
- Caputo F., Addolorato G, Domenicali M, Mosti A, Viaggi M, Trevisani F, Gasbarrini G, Bernardi M, Stefanini GF, Short-term methadone administration reduces alcohol consumption in non-alcoholic heroin addicts. *Alcohol and Alcoholism*, 2002, 37: 164-168.
- Coste JM, Kummer JA, Kraemer M, Porchet PA. [Evolution of patients with long-term methadone substitution]. *Rev Med Suisse*. 2008 Oct 15;4(175):2225-8.
- Escots S, Fahet G : *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage. Investigation menée en France*, en 2002-2003 – Saint-Denis, OFDT (2004)
- Fédération française d'addictologie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : *Conférence de consensus. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. Recommandations pour la pratique clinique* – Paris, FFA, ANAES (2004)
- Gossop M et al. Patterns of drinking outcomes among drug misusers 1-year follow-up results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000, 19: 45-50.
- Hillebrand J. Excessive alcohol consumption and drinking expectations among clients in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2001, 21: 155-160.
- Kipnis SS et al. Integrating the methadone patient in the traditional addiction inpatient rehabilitation program- problems and solutions. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 2001, 68: 28-32.
- Lowe E et al. Patterns of alcohol use among methadone clients in a Glasgow housing estate. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1999, 31: 145-154.

- Magura S et al. Modulating effect of alcohol use on cocaine use. *Addictive Behaviors*, 2000, 25: 117-122.
- Marsden J, Farrell M, Bradbury C, Dale-Perera A, Eastwood B, Roxburgh M, Taylor S. Development of the Treatment Outcomes Profile. *Addiction*. 2008 Sep;103(9):1450-60.
- McCusker. Influence of hepatitis C status on alcohol consumption in opiate users in treatment. *Addiction*, 2001, 96: 1007-1014.
- Ottomanelli G. Methadone patients and alcohol abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1999, 16: 113-121.
- Rittmannsberger H. Alcohol consumption during methadone maintenance treatment. *Eur Addict Res*, 2000, 6: 2-7.
- Rivierre C, alcool et méthadone, analyse de la bibliographie, *Le Flyer*, 11, janvier 2003.
- Rowan-Szal G et al. Importance of identifying cocaine and alcohol dependent methadone patients. *The American Journal on Addictions*, 2000, 9: 38-50.
- Srivastava A, Kahan M, Ross S, The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: A systematic review, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2008, vol. 34, no2, pp. 215-223

Remerciements

Olivier Cottencin et Laure Spinosi, pour l'inspiration du sujet de l'étude

379 personnes ayant répondu

36 responsables de service et 26 médecins généralistes ayant assuré la passation

G&T 59-62 (Claude Masquelier et Béatrice Dubreu)

Francine Vanhée, Misp, ARS (PRSP) pour le soutien apporté au projet