

# Troubles liés à l'usage d'alcool chez des patients sous MSO

## Quelles prises en soin ?

Dr Karima KOUBAA, Toulouse ; Dr Catherine BENNER, Lons-le-Saunier ;  
Céline JEHANNE, Lisieux ; Stéphane ROBINET, Strasbourg.

### 1. Introduction

La fréquence élevée de TUA (Troubles liés à l'Usage d'Alcool) auprès de patients sous MSO (Médicaments de Substitution Opiacée) et, plus généralement, auprès de patients avec une addiction aux opioïdes est constatée au quotidien par les professionnels de santé qui accompagnent ces mêmes patients.

On évoque des co-addictions, parfois des transferts d'addiction, des prises compensatoires ou une recherche d'effets synergiques (*ex : effet-turbo de l'association méthadone + alcool*).

Quel que soit le cas de figure, le couple alcool + MSO ne fait pas bon ménage.

**En premier lieu, il augmente le risque d'overdose.**

En second lieu, la consommation d'alcool, notamment quotidienne et avec des quantités élevées, augmente les risques pour la santé des individus concernés (*maladies cardiovasculaires, psychiatriques, hépatiques, neurologiques, etc.*) et génère des risques pour l'entourage (*violences familiales en particulier*) et la société (*accidents de la route*).

Si la consommation d'alcool, même excessive, passe parfois au second plan (« *un moindre mal* ») pour des patients qui se sont sortis de trajectoires difficiles avec les opioïdes illicites, elle risque rapidement d'être une cause majeure de dégradation de l'état de santé pour des patients stabilisés sous MSO. On pourrait dire la même chose pour l'addiction au tabac...

Le fait que beaucoup d'entre eux fassent déjà l'objet d'une prise en soins pour des problèmes d'addiction devrait faciliter la prise en charge du « problème avec l'alcool » plutôt que d'en être un frein.

### 2. Fréquence des co-addictions Alcool et Opiïdes

La littérature est très riche sur le sujet ;

Dans l'étude française OPAL (1), publiée en 2019, 69 % des 240 patients sous MSO ont une consommation d'alcool quotidienne supérieure à 2 ou 3 verres standard par jour, juste derrière ceux qui fument du tabac (76 %) et juste devant la co-consommation de cannabis (65 %). Si, en l'occurrence, on ne peut pas parler de co-addiction, ces patients ont bien une consommation à risque.



Qu'il s'agisse de CSAPA à orientation alcool (ex CCAA) ou de CSAPA à orientation drogues illicites (ex-CSST), de CSAPA dits généralistes ou encore de CAARUD, la problématique alcool est souvent au premier plan, quel que soit le produit à l'origine de l'addiction initiale (2).

La consommation d'alcool à des niveaux élevés ou une véritable addiction à l'alcool au cours d'un TSO peut avoir plusieurs origines :

- **La recherche d'effets (ivresse, anxiolyse, désinhibition, effets antalgiques, etc.) liés à l'alcool lui-même**

Les usagers de drogues opioïdes, comme tous les patients avec une addiction, recherchent des effets (*positifs pour eux*) dans la consommation des substances. Cette recherche permanente peut expliquer, en partie, que certains d'entre eux soient passés du stade de la consommation à celui de l'addiction. L'alcool ne fait pas exception. Il peut s'agir d'effets (auto-)thérapeutiques ou d'effets psychotropes. Dans la très sérieuse revue *The Journal of Pain*, les auteurs décrivent très précisément l'effet antalgique de l'alcool, mis en évidence dans une méta-analyse de 18 études regroupant plus de 400 patients (3). Cette publication avait suscité, dans la presse grand public, des titres comme : « **Bière : Un meilleur antidouleur que le paracétamol ?** » (4).

- **La préexistence d'une addiction à l'alcool qui a précédé l'addiction aux opioïdes illicites**

Dans la biographie des patients dépendants aux opioïdes, il n'est pas rare que la consommation d'alcool ait précédé celle des opioïdes et ait pu progresser vers une addiction, avant ou au cours de l'installation de l'addiction aux opioïdes. Celle-ci a pu alors passer au second plan, l'addiction aux opioïdes étant manifestement plus visible (*injections, désinsertion, etc.*) et plus 'spectaculaire', autant pour les patients que pour les soignants. Il en est de même au moment de la mise en œuvre du premier MSO. Il n'est pas rare que le problème alcool soit tu par le patient lui-même, car il lui paraît plus prioritaire de régler le problème de l'héroïne que celui de l'alcool.

- **Un transfert d'addiction, possible pour des patients maintenus longtemps sous TSO avec un sous-dosage ou ayant arrêté trop tôt le TSO**

La persistance d'un craving important, lié à un sous-dosage de méthadone ou de buprénorphine, peut être la cause de consommation d'alcool (*d'opioïdes illicites ou de benzodiazépines*) pour atténuer ce craving (12). La répétition de ces consommations compensatrices peut, dans certains cas, conduire à une addiction à l'alcool.

Heroin Add & Rel Clin Probl 2002; 4(2): 11-18

Research report

### **Is craving for heroin and alcohol related to low methadone dosages in methadone maintained patients?**

**Sonia Lubrano<sup>1</sup>, Matteo Pacini<sup>1,2</sup>, Giuseppe Giuntoli<sup>1,2</sup>,  
Icro Maremmani<sup>1,2,3</sup>**

## **3. Cas cliniques**

1. *Patient de 48 ans, avec 10 années de consommation d'héroïne et de sulfate de morphine en injection. Pas de consommation d'alcool visible lors de l'entrée en soin. Premier MSO par buprénorphine sublinguale en 2000 et persistance des injections (du MSO). Après 10 années de mésusage non contrôlable par des augmentations de posologie (jusqu'à 24 mg) et un suivi pluridisciplinaire appuyé, passage à la méthadone en 2010. Arrêt quasi-immédiat des injections et stabilisation de la posologie à 80 mg/jour. Depuis 5 ans, consommation d'alcool à la hausse. Au cours des échanges avec lui dans les mois qui suivent, nous apprenons qu'il partage son traitement avec sa compagne (40 mg chacun). Sa compagne est alors prise en soin par buprénorphine sublinguale (6 mg/jour, pas d'injection) et, avec son concours, il repasse progressivement à 70 mg/jour. Très vite, sa consommation d'alcool diminue et le couple ne boit de l'alcool (une bouteille de vin) que le week-end.*

2. *Patiente de 51 ans, suivie en médecine générale puis en CSAPA, depuis l'âge de 30 ans. Antécédents d'addiction aux opioïdes antalgiques (dextropropoxyphène, codéine, tramadol) depuis l'âge de 18 ans, après un accident de voiture et des séquelles douloureuses de fractures multiples. La consommation d'alcool est très vite associée aux antalgiques opioïdes. Premier traitement, en 1999, par buprénorphine sublinguale (6 mg par jour) qui permet d'arrêter la consommation d'antalgiques opioïdes. La consommation excessive d'alcool perdure (5 à 6 verres par jour). 1 an plus tard, elle accepte un sevrage hospitalier pour l'alcool. Rechute 3 semaines après sa sortie, malgré un traitement par acamprosate et diazépam, initié pendant le sevrage hospitalier. Reprise d'une consommation élevée d'alcool (> à 6 verres/jour). Le traitement par BHD est maintenu pendant 6 mois. Ses douleurs chronicisées sont toujours présentes et, en 2001, il lui est proposé un traitement par sulfate de morphine, 20 mg 2 fois par jour, qui soulagent ses douleurs (« pour la première fois »). La consommation d'alcool baisse à moins de 2 verres/jour. Elle arrête son suivi en CSAPA. En 2005, elle décide d'arrêter le sulfate de morphine avec l'accompagnement de son médecin traitant. Il lui prescrit du tramadol pour traiter les douleurs qui réapparaissent. La consommation d'alcool repart à la hausse (10 verres par jour). Son médecin traitant la ré-adresse au CSAPA, en 2019, pour un problème d'addiction au tramadol, A l'interrogatoire, nous identifions rapidement une addiction à l'alcool avec une consommation dès le matin. La buprénorphine est introduite rapidement (jusqu'à 8 mg/jour en 2 prises – matin et soir) et permet d'arrêter la consommation de tramadol. Un traitement prescrit de paracétamol à 3 g/jour est instauré en parallèle. La patiente n'a plus de douleur mais la consommation d'alcool persiste avec une baisse (6 à 7 verres par jour). Un traitement par baclofène est instauré progressivement et la posologie de 90 mg est atteinte en 5 semaines, avec arrêt de la consommation d'alcool. Le traitement par buprénorphine est réparti en 3 prises de 2 mg (matin, midi et soir) pour rechercher l'effet antalgique et de substitution. Une tentative de baisse (par la patiente elle-même) se traduit par la réapparition de ses douleurs. Elle reprend donc son traitement, toujours en cours à ce jour. Elle est adressée à un confrère algologue pour mieux identifier l'origine de ses douleurs.*
3. *Homme de 45 ans, séparé avec 2 enfants. Début de consommations de benzodiazépines et antalgiques (codéine) dans la pharmacie maternelle, dès l'âge de 12 ans, pour être « bien ». Vers 13-14 ans, consommation régulière de tabac, cannabis et alcool quotidien à la recherche de « défonce ». Consommation d'héroïne pendant 2 ans (sniff et IV) qui entraîne une baisse de la consommation d'alcool. Arrêt de l'héroïne et prise de codéinés, puis tramadol. Il est pris en soin en SSRA avec du tramadol à 1 200 mg/jour. Sevré du tramadol grâce à la méthadone jusqu'à 120 mg/jour. Pas de rechute alcool ou cannabis. Reprise de liens de qualité avec ses enfants et son entourage familial.*
4. *Homme de 29 ans, célibataire, héroïne à 18 ans, méthadone de rue à 19 ans, puis régularisation du traitement par méthadone avec posologie qui monte de 60 à 100 mg. Alcool et cocaïne (fumée) en festif tous les week-ends, tabac quotidien et bières le soir après le boulot, « comme les autres » en quittant le chantier. Il travaille comme conducteur d'engin et est souvent en déplacement. Tempérament assez « speed » et cannabis quotidien avec 8 joints par jour en moyenne, depuis ses 15 ans. Plusieurs tentatives de sevrage méthadone car les contraintes sont trop difficiles avec les déplacements : il diminue progressivement et s'alcoolise de plus en plus souvent. 2 prises en soins résidentiels (SSRA puis Communauté) après des soucis de justice/alcool au volant et stupéfiants à 24 et 25 ans pour se sevrer de la méthadone. En 2018, arrêt complet méthadone (perdu de vue) pendant une année, avec un temps en détention nous dit-il, mais re-consommations abusives d'héroïne et d'alcool, donc il revient au CSAPA pour ré-initialisation méthadone à 80 mg. Baisse en 2 mois, de 80 mg à 30 mg, mais abus d'alcool avec consommation dès le réveil. Il accepte de remonter à 60 mg et prend conscience de la diminution de l'alcool consommé en parallèle, au moins de moitié. Il parvient à limiter la consommation de cannabis à un joint le soir. Depuis, il accepte le traitement. Il demande du baclofène pour diminuer encore l'alcool pendant le confinement, car il est « coincé » avec sa mère sans travail, posologie de 2 x 20 mg avec succès. Malheureusement, il pense qu'il lui faudra se libérer de la méthadone / travail en BTP après la crise.*
5. *Jeune homme arrivé sur la structure en 2011 (26 ans), pour polyconsommation (héroïne (sniffée), THC (fumé), cocaïne et MDMA en festif, alcool ivresse en festif). Mis dans un premier temps sous buprénorphine (l'héroïne devient une consommation hebdomadaire),*

*malheureusement des douleurs lombaires liées à des hernies discales importantes rendent difficile la prise en charge de la douleur (2013). Il est mis en arrêt de travail prolongé >18 mois qui conduira à son licenciement en 2015 (avec reconnaissance handicap qu'il refuse, préfère le chômage à l'invalidité). En 2014, la décision est prise de le mettre sous méthadone pour permettre une meilleure gestion des douleurs chroniques lombaires (prend du Tramadol). Malheureusement, les consommations d'alcool deviennent quotidiennes (12 verres standards par jour). Il refuse, dans un premier temps, l'augmentation de la posologie de méthadone (70 mg à l'époque, souhaitant même la diminuer). Il perd son travail (licenciement en 2015), ne veut pas reprendre une activité ou se reconvertir pour profiter des droits chômage durant les 2 années où il y a droit. A noter que les consommations d'héroïne et des autres produits s'espacent malgré tout. En juin 2015, il fait une 1<sup>ère</sup> crise convulsive (surconsommation de produits : cocaïne, OH et héroïne). Il commence les benzodiazépines au marché noir et, après négociation et explication de l'interaction avec l'alcool, accepte une prise d'oxazépam que le matin (pas d'augmentation de la posologie 10 à 20 mg/j). En février 2016, il est hospitalisé pour une ivresse aigue sur la voie publique (consomme alors 16 à 24 verres standards par jour le soir). Il refuse le passage en gélule de méthadone (peur d'une moindre efficacité et plus cher, faute de mutuelle) mais accepte finalement l'augmentation (de 70 à 80 mg/j). Une nouvelle ré-augmentation des consommations OH conduit, en 08/2017, à lui proposer le baclofène (refus sevrage et cure) : efficacité intéressante sur les pulsions de consommation qui se stabilisent autour de 9 verres standards/j à une posologie de 90 mg de baclofène par jour. Mi 2020, il note une plus grande difficulté à gérer ses consommations et le lien est fait avec une mauvaise observance du baclofène (40 à 60 mg pris par jour au lieu de 90 mg). A noter que depuis la mise sous baclofène en 2017, les consommations des autres produits se sont fortement réduites. Début 2021, on lui propose un passage au baclofène – nouvelle présentation avec des dosages plus forts (moins de comprimés quotidiens) - afin de faciliter l'observance. Malheureusement, il avait un tel stock de baclofène qu'il n'a pas encore essayé. Il a aujourd'hui 36 ans, consomme de l'alcool plutôt en soirée et pour occuper le temps, au RSA et CMU (ne souhaite pas être accompagné par l'éducateur vers le réemploi), les consommations héroïne et THC sont de 1 à 4 fois par mois (au gré des rencontres), refuse l'accompagnement psychologique pour le moment, mais réfléchit à un projet de cure.*

#### 4. Conduites à tenir

Les cas cliniques évoqués ci-dessus illustrent bien la problématique décrite dans cet article, celle des co-addictions alcool et opioïdes, ou encore addiction aux opioïdes avec consommation problématique d'alcool et d'autres produits.

Ainsi, il peut être intéressant de proposer des conduites adaptées :

- **Il y a probablement lieu d'évaluer de potentielles co-addictions dès l'entrée en MSO (alcool, tabac et autres substances).** L'addiction à l'alcool est un facteur important de consommations d'opioïdes hors-prescription (5). La non-prise en compte de la co-addiction à l'alcool peut être à l'origine de l'échec du Traitement de Substitution Opiacée et du suivi psychosocial, associé avec perte de vue du patient et aggravation des 2 addictions.
- **Il paraît aussi primordial de s'assurer qu'une posologie trop faible du MSO ne laisse pas trop de place à des épisodes de craving (aux opiacés),** même en l'absence d'une co-addiction à l'alcool (12). Une fois la posologie adaptée aux besoins de chaque patient, il sera temps d'évaluer ce qui occasionne les prises d'alcool, soit une co-addiction, soit une recherche d'effets, ce qui nécessitera une prise en soin différenciée.
- **L'existence de pathologies sous-jacentes avec persistance de douleurs doit être recherchée.** Les douleurs persistantes occasionnent des prises d'opioïdes illicites ou d'alcool qui elles-aussi, peuvent altérer l'efficacité des traitements mis en œuvre. Dans l'étude d'Ellis et al. (6), un tiers des 14 449 patients suivis dans 225 centres de soin, souffrent de douleurs chroniques, dont 2 tiers d'entre eux rapportent que leur douleur est insuffisamment prise en charge.

## Original Reports

### Assessment of Chronic Pain Management in the Treatment of Opioid Use Disorder: Gaps in Care and Implications for Treatment Outcomes

Matthew S. Ellis, Zachary Kasper, and Theodore Cicero

Department of Psychiatry, Washington University in St. Louis School of Medicine, St. Louis, Missouri

- **L'association de deux traitements pharmacologiques, MSO + traitement de l'alcool-dépendance doit être envisagée en cas de co-addiction sévère alcool + opioïde** en gardant à l'esprit que les antagonistes opiacés, naltrexone et nalméfène, sont strictement contre-indiqués (*risque de syndrome de sevrage sévère*).
- **La réintroduction d'un traitement de substitution opiacée peut être une solution efficace pour des patients ayant arrêté leur MSO**, même il y a longtemps, et pour lesquels on a observé une augmentation progressive de la consommation d'alcool, jusqu'à l'addiction (*transfert d'addiction*). La publication de Maremmani et al. (7), traduite en français dans la revue Le Flyer (8), rapporte le cas d'un patient chez lequel un traitement par buprénorphine a été initié avec succès, 5 ans après l'arrêt d'un traitement méthadone qui avait conduit le patient à un trouble lié à l'usage d'alcool.



Pacini Editore & AU CNS

Case Report

Heroin Addict Relat Clin Probl 2014; 16(2): 37-42

HEROIN ADDICTION & RELATED CLINICAL PROBLEMS  
www.europad.org  
www.wifod.org

**Alcohol use disorder and past heroin addiction. A successfully treated 'masked heroinism' patient**

Angelo Giovanni Iero Maremmani <sup>1,2</sup>, Giuseppe Quaranta <sup>1</sup>, Silvia Bacciardi <sup>1</sup>, Luca Rovai <sup>1</sup>, Fabio Rugani <sup>1</sup>, Matteo Pacini <sup>1,3</sup>, Cristiana Nisita <sup>1</sup>, and Iero Maremmani <sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> VP. Dole Dual Diagnosis Unit, Department of Neurosciences, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Italy, EU  
<sup>2</sup> Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims (AU-CNS), Pietrusanta, Lucca, Italy, EU  
<sup>3</sup> G. De Lisio Institute of Behavioural Sciences Pisa, Italy, EU

- **L'impact de la buprénorphine a été évalué en tant que traitement des troubles liés à l'usage d'alcool.** L'équipe de Dematteis, à Grenoble, a publié, en 2018, les résultats d'une étude-pilote sur 17 patients sans troubles liés à l'usage d'opioïdes qui appelle à des recherches futures (9). Une publication plus récente va dans ce sens (10). L'impact de la buprénorphine en dernier ressort sur la consommation d'alcool pourrait suggérer son utilisation en tant que MSO, pour des patients avec des consommations d'alcool plutôt que la méthadone, d'autant que son métabolisme est moins perturbé par l'alcool que celui de la méthadone.



French Journal of Psychiatry

Volume 1, Supplement, November 2018, Pages S126-S127

ELSEVIER

Posters: Addictions

**High-dose buprenorphine: a last resort drug for treatment-resistant alcohol use disorder. Preliminary results of a compassionate observational pilot study.**

M. Dematteis <sup>1,2</sup>, L. Pennel <sup>1,2</sup>, C. Salas Toquero <sup>1,3</sup>, M. Maillebauu <sup>1</sup>, V. Martin-Gatignol <sup>1</sup>

- **Sortir du mythe « la méthadone fait boire »** (11), inopérant et qui fait porter la responsabilité de la consommation d'alcool sur un médicament, dont c'est surtout une prescription inadaptée et un arrêt prématuré qui peut occasionner la consommation d'alcool, voire une co-addiction ignorée à l'initiation du traitement.
- **Recourir le cas échéant à une hospitalisation** (*service d'addictologie, SSRA*), en cas de co-addiction, notamment face à un patient avec de nombreuses co-consommations (*alcool, opioïdes, benzodiazépines, etc.*).

## 5. Conclusion

La co-addiction alcool et opioïdes est très fréquente, quels que soient les lieux d'accueil des usagers, CSAPA, CAARUD, services hospitaliers et en médecine libérale.

La prise en soin des patients avec uniquement un trouble lié à l'usage d'alcool est entravée par le déni, la honte et la culpabilité et une insuffisance de repérage précoce. Cela conduit à un « treatment gap » (13) avec, en Europe, moins de 10 % de patients suivis pour leur problème alcool. Pour les patients déjà en soin pour une addiction, celle aux opioïdes, la prise de conscience est plus facile, même si cela nécessite, de la part de ceux qui les accompagnent, un dépistage, un diagnostic et une sensibilisation.

**Les cas cliniques rapportés dans cet article montrent la diversité des solutions que l'on peut proposer : sevrage hospitalier, soins résidentiels, réintroduction d'un MSO même à distance de son arrêt, co-prescription MSO + traitement des troubles liés à l'usage d'alcool, adaptation fine des traitements (*posologie et rythme de prise notamment pour les MSO et le baclofène*), suivi de l'observance et éducation thérapeutique.**

Le risque d'overdose étant majoré par la prise d'alcool, la remise (*ou la prescription*) d'un kit naloxone semble impérative pour les patients avec à la fois des troubles liés à l'usage d'alcool et d'opioïdes, y compris sous MSO.

**Les messages de réduction des risques, plus souvent acquis pour les opioïdes, doivent aussi être orientés vers les risques liés à la consommation d'alcool.** Ces risques, propres à l'alcool, sont présents dès les premiers verres et en cas de consommation quotidienne : risques cardio-vasculaires, cancer, cirrhose, risques sociaux, etc.

## Bibliographie :

1. Grall-Bronnec M, Laforgue E-J, Challet-Bouju G, Cholet J, Hardouin J-B, Leboucher J, Guillou-Landréat M and Victorri-Vigneau C (2019) Prevalence of Coadditions and Rate of Successful Treatment Among a French Sample of Opioid-Dependent Patients With Long-Term Opioid Substitution Therapy :The OPAL Study. *Front. Psychiatry* 10:726. doi: 10.3389/fpsy.2019.00726
2. Palle C. et al. Les Centres De Soins, D'accompagnement Et De Prévention En Addictologie En 2016. OFDT (2018) [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpya.pdf>
3. Thompson T. et al. Analgesic effects of alcohol : A systematic review and meta-analysis of controlled experimental studies in healthy participants. *The Journal of Pain*. Vol 18, May 2017.
4. <https://www.20minutes.fr/sante/2060447-20170502-biere-meilleur-antidouleur-paracetamol>
5. McCabe et al. The relationship between past-year drinking behaviors and nonmedical use of prescription drugs: Prevalence of cooccurrence in a national sample. *Drug Alcohol Depend.* 2006 October 1; 84(3): 281–288.
6. Matthew S. Ellis, Zachary Kasper, and Theodore Cicero. Assessment of Chronic Pain Management in the Treatment of Opioid Use Disorder: Gaps in Care and Implications for Treatment Outcomes. *Journal of Pain*. November 2020.
7. Marenmani et al. Alcohol use disorder and past heroin addiction. A successfully treated 'masked heroinism' patient. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2014 ;16 :37-42
8. [https://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/Flyer\\_59.pdf](https://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/Flyer_59.pdf)
9. Dematteis et al. High-dose buprenorphine: a last resort drug for treatment-resistant alcohol use disorder. Preliminary results of a compassionate observational pilot study. *French Journal of Psychiatry*. Volume 1, November 2018, Pages S126-S127
10. Albrecht Ulmer and Conny Meinhold. Buprenorphine for the treatment of alcohol dependence: 14 attempts, 3 successful cases. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2020; 22(2): 23-28.
11. <https://www.rvh-synergie.org/themes/138-le-flyer/203-cottencin-methadone-alcool-entre-mythe-et-realite.html>
12. Lubrano et al. Is craving for heroin and alcohol related to low methadone dosages in methadone maintained patients ? *Heroin Add & Rel Clin Probl* 2002; 4(2): 11-18.
13. Mann and al. Reduced drinking in alcohol dependence treatment, what is the evidence ? *Eur Addict Res* 2017;23:219–230. <https://www.karger.com/Article/FullText/481348>