

## UNIVERSITE DE LIMOGES

### Faculté de Pharmacie

ANNÉE 2013-2014

THÈSE N°

# Repérage d'une consommation d'alcool en officine : expérimentation de l'utilisation d'un outil

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement

le 16 juin 2014

par

**Camille FOURNIER**

née le 6 juillet 1989, à Châteauroux

#### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Jacques BUXERAUD .....Président

Mme le Docteur Françoise MARRE-FOURNIER ..... Juge

Mme le Docteur Catherine CHEVALIER..... Directeur de thèse

M. le Docteur André NGUYEN .....Co-directeur de thèse

Mme le Docteur Isabelle NOUGIER ..... Juge



**Repérage d'une consommation d'alcool en officine :  
expérimentation de l'utilisation d'un outil**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement

le 16 juin 2014

par

**Camille FOURNIER**

née le 6 juillet 1989, à Châteauroux

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Jacques BUXERAUD .....Président

Mme le Docteur Françoise MARRE-FOURNIER ..... Juge

Mme le Docteur Catherine CHEVALIER..... Directeur de thèse

M. le Docteur André NGUYEN .....Co-directeur de thèse

Mme le Docteur Isabelle NOUGIER ..... Juge



DOYEN DE LA FACULTÉ : Monsieur le Professeur Jean-Luc **DUROUX**

1<sup>er</sup> VICE-DOYEN : Madame Catherine **FAGNÈRE**, Maître de Conférences

2<sup>ème</sup> VICE-DOYEN : Monsieur le Professeur Serge **BATTU**

### PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS :

<b>BATTU</b> Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
<b>BENEYTOUT</b> Jean-Louis	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>BOTINEAU</b> Michel	BOTANIQUE ET CRYPTOGRAMIE
<b>BROSSARD</b> Claude	PHARMACOTECHNIE
<b>BUXERAUD</b> Jacques	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>CARDOT</b> Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>DELAGE</b> Christiane	CHIMIE GÉNÉRALE ET MINÉRALE
<b>DESMOULIÈRE</b> Alexis	PHYSIOLOGIE
<b>DUROUX</b> Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>MAMBU</b> Lengo	PHARMACOGNOSIE
<b>ROUSSEAU</b> Annick	BIOSTATISTIQUE
<b>VIANA</b> Marylène	PHARMACOTECHNIE

### PROFESSEURS ÉMÉRITES DES UNIVERSITÉS

<b>CHULIA</b> Dominique	PHARMACOTECHNIE
<b>DREYFUSS</b> Gilles	PARASITOLOGIE
<b>LOUDART</b> Nicole	PHARMACOLOGIE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :**

<b>LACHÂTRE</b> Gérard	TOXICOLOGIE
<b>MOESCH</b> Christian	HYGIÈNE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT
<b>ROGEZ</b> Sylvie	BACTÉRIOLOGIE ET VIROLOGIE

**MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIEN HOSPITALIER DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES : (en détachement)**

<b>PICARD</b> Nicolas	PHARMACOLOGIE
-----------------------	---------------

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS :**

<b>BASLY</b> Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>BEAUBRUN-GIRY</b> Karine	PHARMACOTECHNIE
<b>BILLET</b> Fabrice	PHYSIOLOGIE
<b>CALLISTE</b> Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>CLEDAT</b> Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>COMBY</b> Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>COURTIOUX</b> Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
<b>DELEBASSÉE</b> Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
<b>DEMIOT</b> Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
<b>FAGNÈRE</b> Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>FROISSARD</b> Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>JAMBUT</b> Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>LABROUSSE</b> Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>LÉGER</b> David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>LIAGRE</b> Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

**MARION-THORE** Sandrine

CHIMIE ORGANIQUE ET  
THÉRAPEUTIQUE

**MARRE-FOURNIER** Françoise

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

**MILLOT** Marion

PHARMACOGNOSIE

**MOREAU** Jeanne

MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-  
IMMUNOLOGIE

**PASCAUD** Patricia

PHARMACIE GALÉNIQUE

**POUGET** Christelle

CHIMIE ORGANIQUE ET  
THÉRAPEUTIQUE

**SIMON** Alain

CHIMIE GÉNÉRALE ET MINÉRALE

**TROUILLAS** Patrick

BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET  
INFORMATIQUE

**VIGNOLES** Philippe

BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET  
INFORMATIQUE

**PROFESSEUR de LYCEE PROFESSIONNEL :**

**ROUMIEUX** Gwenhaël

ANGLAIS

**ATTACHÉ TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :**

**MAMMARI** Nour (1/10/13 au 31/08/14)

MICROBIOLOGIE

**VEDRENNE** Nicolas (1/11/13 au 31/08/14)

CHIMIE ANALYTIQUE





## **Remerciements**

A mon Président,

M. le Professeur Jacques BUXERAUD,

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury  
en dépit de vos multiples occupations.*

*Pour votre enseignement et votre implication auprès des étudiants.*

*Veillez trouver ici mes très sincères remerciements et ma plus grande reconnaissance.*

A mon jury,

Mme le Docteur Françoise MARRE-FOURNIER,

*Pour votre approche ouverte de l'enseignement des étudiants.*

*Vous avez accepté avec gentillesse de juger cette thèse,  
veuillez trouver ici mes remerciements et mon profond respect.*

A mon Directeur de thèse,  
Mme Le Docteur Catherine CHEVALIER,

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce sujet,  
pour vos précieux conseils et votre confiance quant à ce travail.*

*Je vous adresse de très sincères remerciements.*

*Je vous assure ma respectueuse considération et mon profond respect.*

A mon Co-directeur de thèse,  
M. le Docteur André NGUYEN,

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce sujet.  
Pour avoir accepté de porter de l'intérêt à ce travail, de m'avoir guidé,  
pour vos précieux conseils et votre disponibilité.  
Je vous assure mon entière reconnaissance et mon profond respect.*

A mon jury,  
Mme le Docteur Isabelle NOUGIER,

*Pour le bonheur d'avoir travaillé six mois à vos côtés.  
Pour votre gentillesse, votre douceur et votre disponibilité.  
Pour votre présence dans ce jury.  
Veuillez trouver ici mes plus sincères remerciements,  
ma respectueuse considération et mon profond respect.*

A mes parents, Joël et Patricia,

*Pour votre amour et votre précieux soutien tout au long de ces années.*

*Pour avoir fait de moi la personne que je suis actuellement.*

*Avec toute mon admiration, mes profonds remerciements et tout mon amour.*

A mon frère, Sébastien,

*Pour notre complicité et ton soutien.*

*Avec toute mon affection.*

A mon chéri Julien,

*Pour ton soutien, ta présence.*

*Pour avoir accepté ces années pas toujours faciles à gérer.*

*Pour ton amour et pour être mon bonheur chaque jour.*

*Avec toute ma reconnaissance et mon amour plus que sincère.*

A toute ma famille,

*Avec toute mon affection.*

A mes amies, Amélie, Sophie, Elodie, Hélène,

*Pour avoir fait de ces années d'études des moments de complicité, de bonheur et de rire.*

*Il en ressort une amitié profonde.*

A Karine, Isabel, Maggy, Mr Boulesteix,

*Un petit clin d'œil à une équipe formidable.*

## **Droits d'auteurs**

Droits d'auteur réservés.

Toute reproduction sans accord exprès de l'auteur à des fins autres que strictement personnelles est prohibée.

## Table des matières

Abréviations .....	21
Introduction .....	23
1. Alcool et dépendance .....	24
1.1. Alcool.....	25
1.1.1. Historique .....	25
1.1.2. L'alcool en France.....	26
1.1.2.1. La place que l'alcool occupe .....	26
1.1.2.2. Epidémiologie .....	28
1.1.3. Problématique de santé publique.....	31
1.1.4. Pharmacocinétique de l'éthanol .....	32
1.1.4.1. Formule chimique de l'éthanol.....	32
1.1.4.2. Absorption.....	33
1.1.4.3. Distribution.....	34
1.1.4.4. Elimination .....	34
1.1.4.5. Métabolisme.....	34
1.1.4.6. Excrétion.....	35
1.1.5. Mécanisme d'action .....	35
1.1.5.1. Action sur le GABA .....	37
1.1.5.2. Action sur les récepteurs NMDA du glutamate .....	38
1.1.5.3. Action sur la sérotonine.....	39
1.1.5.4. Action sur l'acétylcholine .....	39
1.1.5.5. Action sur la dopamine.....	39
1.2. Normes et modes de consommation .....	40
1.2.1. Verres standards .....	40
1.2.2. Normes OMS .....	41
1.2.3. Modes de consommation .....	42
1.2.3.1. Non usage .....	42
1.2.3.2. Consommation simple.....	42
1.2.3.3. Mésusage .....	43
1.2.3.3.1. Usage à risque .....	43
1.2.3.3.2. Usage nocif/abus .....	43
1.2.3.4. Dépendance.....	45
1.2.3.4.1. La tolérance .....	45
1.2.3.4.2. La dépendance physique .....	45
1.2.3.4.3. La dépendance psychique .....	46
1.2.3.4.4. Facteurs de risques .....	46
1.2.3.4.5. Mécanisme .....	47
1.2.3.4.6. Critères de diagnostics d'alcool-dépendance psychophysique .....	48
1.2.3.4.7. Prise en charge et traitements de l'alcool-dépendance .....	49
1.2.3.4.7.1. Préambule.....	49
1.2.3.4.7.1.1. L'acceptation .....	50
1.2.3.4.7.1.2. Le sevrage .....	50
1.2.3.4.7.1.3. L'abstinence .....	51
1.2.3.4.7.2. Traitements médicamenteux.....	51
1.2.3.4.7.2.1. Traitement du sevrage .....	51
1.2.3.4.7.2.2. Traitement du maintien de l'abstinence .....	56
1.2.3.4.7.3. Traitement non médicamenteux .....	60
1.2.3.5. Consommation « épisodique majeure » .....	60
1.2.3.6. DSM V.....	61
1.2.3.7. Application des définitions avec la pyramide de skinner .....	61
1.2.4. Répartition des différents modes de consommation.....	63
1.2.5. Représentation schématique de la consommation d'alcool.....	64
1.3. Les effets de l'alcool .....	65



1.3.1. Les effets d'une alcoolisation modérée .....	65
1.3.2. Les effets aigus de l'alcoolisation .....	65
1.3.3. Les effets d'une consommation prolongée d'alcool .....	66
1.3.3.1. Effets sur le foie .....	66
1.3.3.2. Effets sur le système nerveux .....	67
1.3.3.3. Les complications indirectes .....	69
1.3.3.4. Les cancers.....	69
1.3.3.5. Mortalité .....	69
1.4. La dangerosité de l'alcool .....	73
2. Alcool et officine : enquête.....	74
2.1. Le pharmacien .....	75
2.1.1. La place du pharmacien.....	75
2.1.2. Les nouvelles missions du pharmacien.....	75
2.2. L'enquête.....	78
2.2.1. Objectifs de l'enquête .....	78
2.2.2. Matériel et méthodologie.....	79
2.2.2.1. Matériel .....	79
2.2.2.1.1. La vitrine .....	79
2.2.2.1.2. Le prospectus .....	80
2.2.2.1.3. Le questionnaire .....	83
2.2.2.1.3.1. Présentation des différents outils ou questionnaires existants .....	83
2.2.2.1.3.2. Composition du test FACE .....	83
2.2.2.2. Méthodologie .....	85
2.2.2.2.1. Critères d'inclusion .....	85
2.2.2.2.2. Période d'inclusion .....	86
2.2.2.2.3. Protocole de l'étude.....	87
2.2.2.2.4. Traitements des données et analyses statistiques .....	87
2.2.3. Résultats.....	87
2.2.4. Analyse et remarques .....	89
2.2.4.1. Le questionnaire .....	89
2.2.4.2. Le déroulement de l'enquête.....	90
2.2.4.3. Réaction et comportement des patients .....	90
2.2.4.4. Comportement du personnel de l'officine .....	92
2.2.4.5. Contexte officinal.....	93
2.2.4.6. Analyse résultats.....	93
2.2.4.7. Connaissances du patient.....	94
2.2.5. Conclusion de l'enquête.....	94
3. Place du pharmacien dans le repérage et le suivi d'une consommation problématique d'alcool.....	99
3.1. La prévention.....	100
3.1.1. Définition de l'OMS .....	100
3.1.1.1. La prévention primaire .....	100
3.1.1.2. La prévention secondaire .....	100
3.1.1.3. La prévention tertiaire .....	100
3.1.2. Support de communication à l'officine.....	102
3.1.2.1. Les différentes voies de prévention.....	102
3.1.2.2. L'information .....	102
3.1.2.2.1. La vitrine .....	102
3.1.2.2.2. Le prospectus.....	107
3.1.2.2.3. Autres .....	108
3.1.3. Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB).....	109
3.1.3.1. Généralités.....	109
3.1.3.1.1. Objectifs.....	109
3.1.3.1.2. Les orientations nationales de diffusion du RPIB.....	110
3.1.3.1.3. Informations et services à la disposition des acteurs .....	110

3.1.3.1.4. Supports de communication et d'accompagnement particuliers .....	112
3.1.3.2. Le pharmacien .....	113
3.1.3.2.1. Sa place dans le RPIB .....	113
3.1.3.2.2. Son intervention .....	114
3.1.4. L'éducation thérapeutique du patient .....	120
3.2. L'orientation du patient alcoolo-dépendant .....	120
3.2.1. Les réseaux de santé .....	121
3.2.1.1. Définition d'un réseau .....	121
3.2.1.2. Définition d'un réseau de santé .....	121
3.2.1.3. Les missions .....	121
3.2.1.4. Les enjeux des réseaux de l'addiction.....	122
3.2.1.5. Les intérêts des réseaux de santé pour le patient .....	122
3.2.1.6. ADDICTLIM.....	122
3.2.2. Les CSAPA.....	123
3.2.3. L'hôpital .....	125
3.2.4. Les numéros d'appels .....	125
Conclusion .....	126
Références bibliographiques .....	127
Table des annexes .....	127
Table des figures.....	127
Table des tableaux .....	127
Serment de Gallien.....	127



## **Abréviations :**

ADOSPA : Adolescent et Substances Psychoactives

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CAGE : Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener

CIM : Classification Internationale des Maladies

CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Code de la Santé Publique

DETA : Diminuer Entourage Trop et Alcool

DGS : Direction Générale de la Santé

DRDR : Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique

ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

GABA : Acide Gamma Amino-Butyrique

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVES : Institut de Veille Sanitaire

IPPSA : Institut de Promotion de la Prévention Secondaire en Addictologie

MAST : Michigan Alcoholism Screening Test

MILDECA : Mission Interministérielle de la Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAL : Pôle Addictologie en Limousin

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

RESPADD : Réseau de Prévention des Addictions

RIAM : Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

RTU : Recommandations Temporaires d'Utilisation

SFA : Société Française d'Alcoologie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

## Introduction

Dans la société actuelle, la consommation d'alcool interroge et est au centre des débats médicaux et sociaux. Elle occupe une place importante dans la culture française, par exemple, le champagne est associé à un événement important (enfant, mariage, fin des études,...). Elle fait partie de l'économie : commerce, culture, ...

Mais quoi qu'il en soit, la consommation excessive est actuellement reconnue comme un problème de santé publique. Les modalités de consommation évoluent : diminution de la consommation générale dans la population française et augmentation de la consommation festive chez les jeunes.

C'est pour cela que le pharmacien, professionnel de santé, a sa part dans les actions de santé publique et pourrait être plus impliqué dans l'information, le repérage, la prise en charge et le suivi du patient.

Dans ce travail de thèse, nous allons, dans une première partie, faire quelques rappels sur l'alcool, ses mécanismes d'action, ses effets et ses conséquences, ainsi que des rappels sur les différents modes de consommation.

Dans une deuxième partie, nous évoquerons comment nous pouvons aborder la consommation d'alcool en officine. Nous proposerons l'utilisation d'un outil que nous avons élaboré et expérimenté. L'analyse de cette expérimentation nous permettra d'évaluer la faisabilité du protocole.

Dans une troisième partie, nous aborderons la place du pharmacien au sein de la prise en charge de la consommation excessive alcool.

# 1. Alcool et dépendance

## 1.1. Alcool

### 1.1.1. Historique [1]

Pour les périodes antérieures, tout le champ du boire social ne se traduit dans les discours qu'en termes de « vin », « d'ivresse », « d'intempérance », « d'ivrognerie », « d'ébriété »...

Les historiens de l'alcoolisme et de l'antialcoolisme, travaillent surtout sur les périodes postérieures au XVIII<sup>e</sup> siècle. En effet, au XIX<sup>e</sup> siècle, le mot alcool se met à désigner précisément la substance chimique repérée et nommée après Lavoisier.

La France est un pays où les consommations sont inscrites dans une longue durée. On peut faire l'hypothèse que l'habitude collective d'inscrire la consommation de vin, puis d'eau-de-vie, au cœur même de la vie quotidienne et de la ritualisation de la communication sociale a été collectivement prise bien avant le XIX<sup>e</sup> siècle, c'est-à-dire bien avant que les méfaits de l'alcool ne soient dénoncés ni même clairement perçus : tout autour de la méditerranée, on constate la présence du vin et l'usage social, religieux, économique de l'ivresse au sein des textes fondateurs de culture ou de religion.

La condamnation morale et religieuse de « l'intempérance » est intervenue historiquement de façon bien antérieure à sa condamnation médicale : les consommations de vin étaient plutôt perçues positivement par les autorités médicales, et négativement par les autorités religieuses, sous certaines conditions.

Pendant toute la période antérieure au XVI<sup>e</sup> siècle, les apothicaires ont gardé le monopole de distribution des eaux distillées – « eaux-de-vie » – et autres « essences ardentes », utilisées dans la pharmacopée médicale. Au XVI<sup>e</sup> siècle, certains signes montrent une consommation festive d'eau-de-vie en ville et, petit à petit, dans toute l'Europe, le monopole de la production et de la distribution n'est plus observé.

Nulle recherche historique en France ne nous renseigne sur cette genèse des consommations d'alcools forts. On peut avancer l'hypothèse que l'habitude de consommer des boissons distillées s'est inscrite dans les modes de vie quelques siècles avant leur dénonciation par les autorités médicales qui, à partir du XIX<sup>e</sup> siècle, vont entraîner l'ensemble de la société dans leur combat contre l'alcoolisme.

Le fait que cette lutte, récente historiquement, ait choisi le lexique qui tourne autour du mot « alcool » dans son choix de vocabulaire « militant » a comme préservé les historiens du vin de cette dénonciation. Une situation très particulière à la France s'est ainsi créée, qui oppose les textes sur « le vin » et, de façon plus large, les boissons fermentées (cidre, poiré, bière), toujours plus ou moins louangeurs, à ceux qui se battent contre l'alcool et donc l'alcoolisme.



## **1.1.2. L'alcool en France**

### **1.1.2.1. La place que l'alcool occupe [2]**

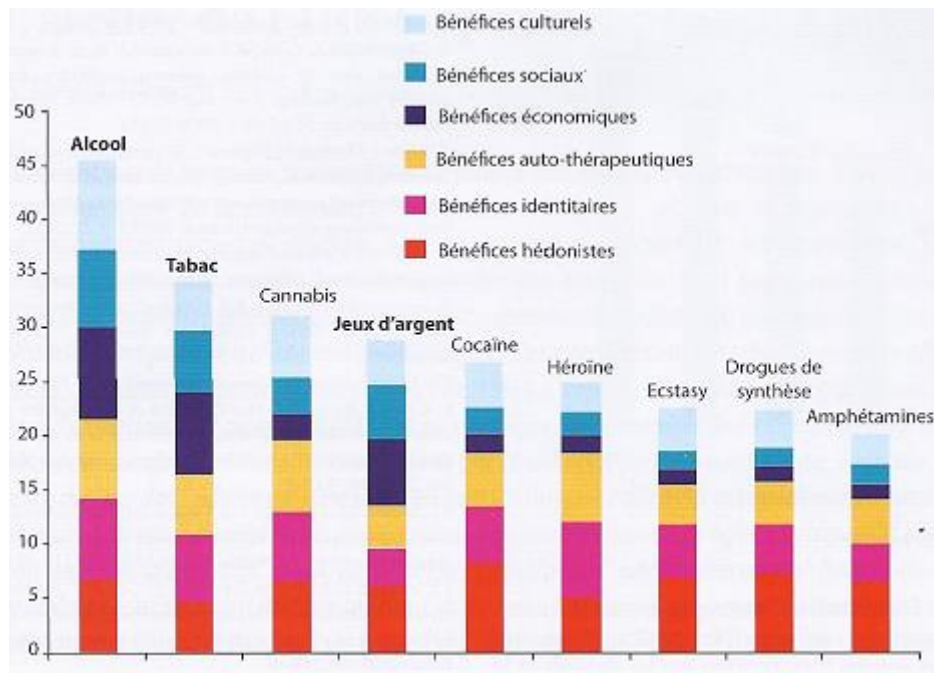
De toutes les substances psychoactives, l'alcool est celle qui tient une place privilégiée dans notre société : elle est partie intégrante de nos traditions, de notre culture, de notre patrimoine et de notre économie.

Effectivement, en France comme dans de nombreuses parties du monde, l'alcool, consommé de manière modérée, est devenu un phénomène courant lors de réunions amicales ou mondaines. C'est un symbole de savoir vivre, d'hédonisme et de distinction.

De plus, la France est un pays de tradition viticole : malgré une chute importante du volume de vin consommé au cours des 50 dernières années, elle reste en 2011 le plus grand consommateur mondial (46 litres par habitant) et le deuxième producteur, derrière l'Italie.

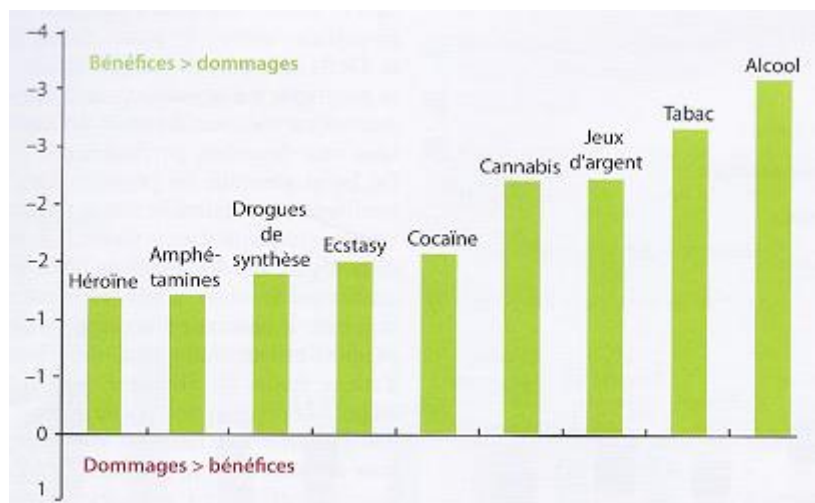
L'alcool contribue à l'économie du pays. Premièrement par la demande étrangère, surtout pour le vin, qui est important, les prix de l'alcool sont en hausse. Ainsi, le chiffre d'affaires des boissons alcoolisées vendues sur le marché intérieur représente 10,7 milliards d'euros, auxquels il faut rajouter les 11,4 milliards réalisés à l'export, soit un montant total de 22,1 milliards d'euros. Deuxièmement, à l'origine des recettes fiscales pour l'Etat et la sécurité sociale, il y a la consommation d'alcool, par le biais de la TVA et des droits sur les volumes consommés (sur les 16,7 milliards d'euros de dépenses des ménages pour les boissons alcoolisées en 2011, le montant des droits indirects perçus sur l'alcool (hors TVA) s'élève à 3,2 milliards d'euros).

Par comparaison aux autres drogues, l'alcool est celle qui présente le plus de bénéfices (cf figure 1). Effectivement, pour l'alcool toutes les catégories de bénéfices qui sont citées dans le tableau sont à part égales contrairement au cannabis pour lequel les bénéfices qui semblent les plus importants sont les effets psychotropes du produit. Tous ces bénéfices pour l'alcool devront être évalués dans la prise en charge de la problématique.



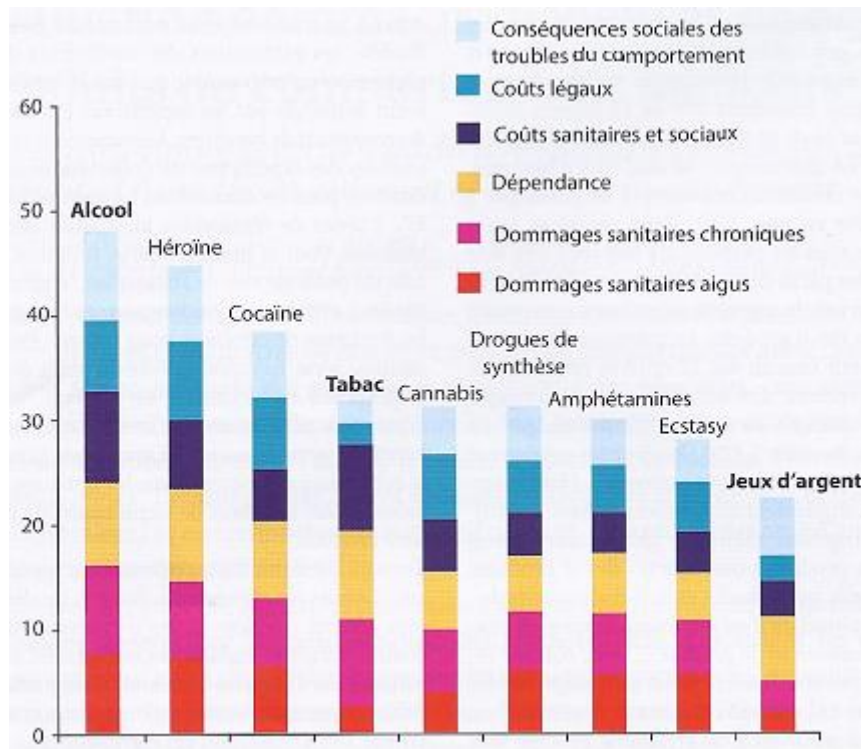
**Figure 1 : Les bénéfices de l'alcool**  
(Le courrier des addictions) [3]

De plus, si on s'intéresse aux rapports bénéfices/dommages, l'alcool est la substance psychoactive qui présente plus de bénéfices que de dommages, même si ces derniers ne sont pas bénins. Les dommages sont aussi bien physiques, psychiques, que sociaux.



**Figure 2 : Balance globale pondérée dommages/bénéfices**  
(Le courrier des addictions) [3]

Mais c'est également celle qui présente le plus de dommages. Le tableau suivant nous montre, par ordre décroissant, tous les dommages engendrés par plusieurs substances psychoactives, et l'alcool ressort en tête. On remarque également que les conséquences sont toutes équivalentes pour l'alcool.



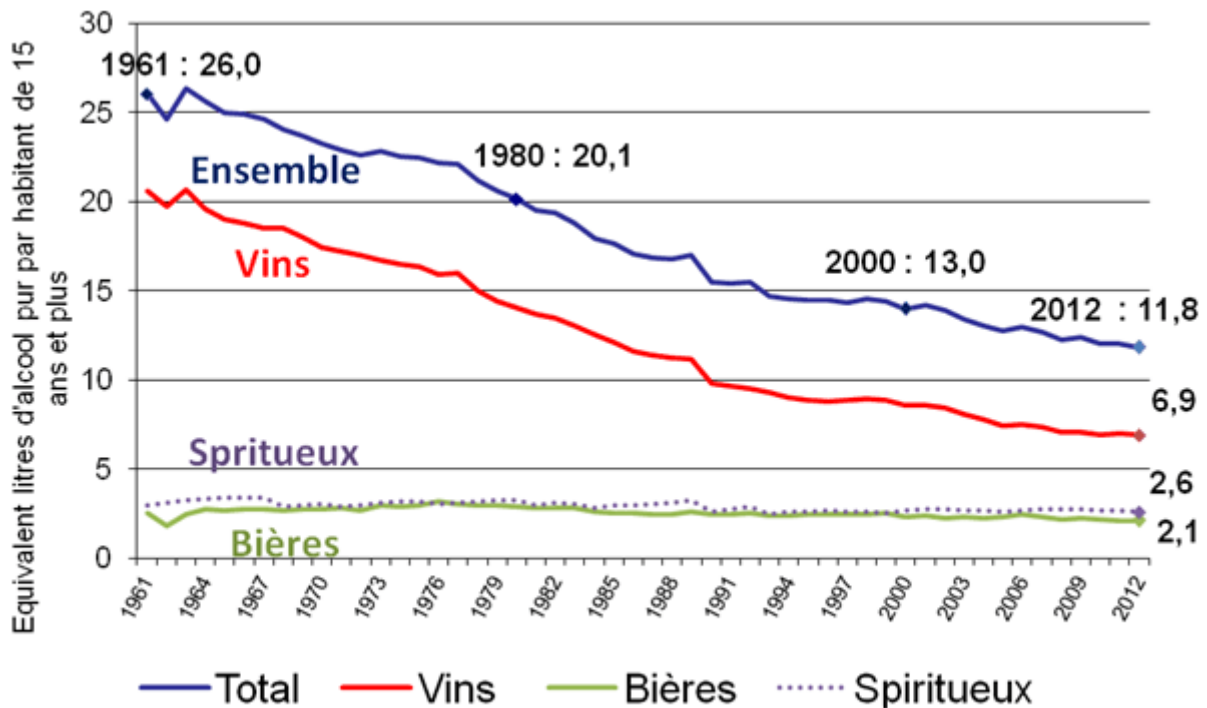
**Figure 3 : Produits ordonnés par score global décroissant de dommages**  
(Le courrier des addictions) [3]

### 1.1.2.2. Epidémiologie

On observe une tendance à la baisse depuis les années 1960. Effectivement dans les années 2000 on se trouve à la moitié de la consommation des années 1960, puisque l'on passe de 26 litres par personne et par an dans les années 60 à 13 litres en 2006 (Cf Figure 3).

Puis en 2011, la consommation générale d'alcool mesurée est d'environ 2,6 verres standards (contenant 10 g d'alcool pur) par jour. [2]

Par l'intermédiaire du schéma suivant, on remarque que cette diminution de la consommation est principalement due à la diminution de la consommation du vin. Effectivement, dans les années 60 le vin faisait partie du quotidien, aujourd'hui il est associé à des grands repas.



Source : OMS, groupe IDA, Insee

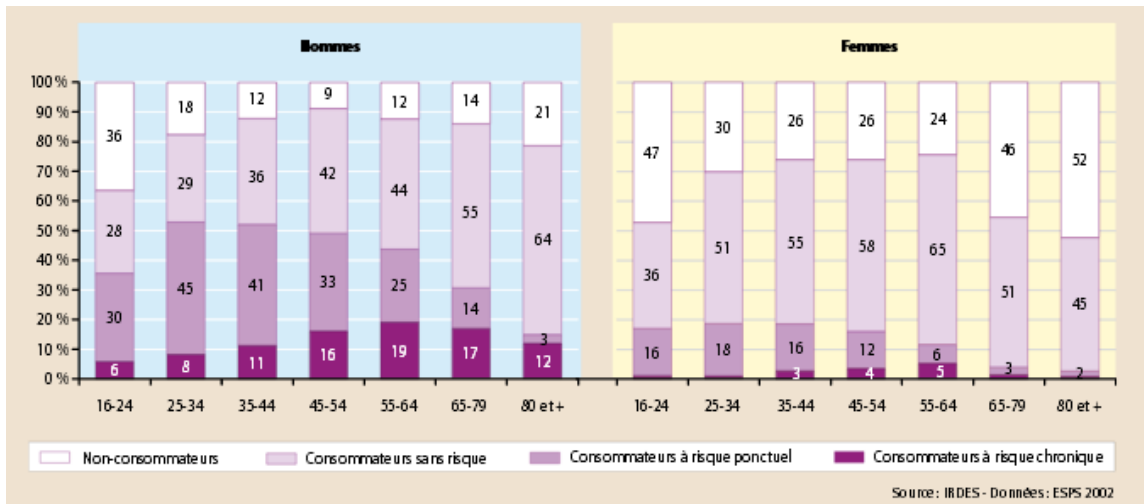
**Figure 4 : Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur)**  
(OFDT) [4]

De plus, il faut savoir que la consommation débute le plus souvent à l'adolescence : 80 % des jeunes de 17 ans en ont consommé au cours des 30 derniers jours lorsqu'on les interroge. [5]

Grâce au schéma suivant, on remarque que ce sont les personnes entre 55 et 64 ans, aussi bien de sexe masculin que féminin, qui ont une consommation à risque chronique. Ceci s'explique par le fait que les anciens ont une consommation qui est médicalement excessive, mais qui pour eux paraît normale, fait partie du quotidien.

Aujourd'hui les rapports avec l'alcool ont changé, on ne boit plus tous les jours, mais lors de soirée la consommation est sans limite. C'est pour cela que la consommation à risque ponctuel touche surtout les hommes et les femmes entre 16 et 54 ans.

Pour finir, on remarque que la consommation sans risque concerne plus les femmes que les hommes.



**Figure 5 : Répartition des profils d'alcoolisation selon l'âge**  
(COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LENGAGNE P) [6]

Parmi les consommateurs à risques, par l'intermédiaire de test Audit-C (version courte du « Alcohol Use Disorder Identification Test »), en 2010, on comptait environ 3,8 millions de consommateurs à risques (dépendants ou non) de 18 à 75 ans. Cette consommation à risque croît considérablement avec l'âge et concerne principalement les hommes (3,2 millions vs 0,6 million de femmes). [7]

Le tableau suivant nous montre le nombre de personnes ayant consommé au moins une fois de l'alcool, ainsi que ceux qui ont une consommation régulière. On remarque que le nombre de consommateurs réguliers est élevé.

Expérimentateurs	dont actuels	dont réguliers
44,4 millions	41,2 millions	8,8 millions

**Tableau 1: Estimation du nombre de consommateurs d'alcool en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2011**

(OFDT) [8]

- *Expérimentateurs* : personnes ayant consommé au moins une fois au cours de leur vie
- *Actuels* : consommateurs dans l'année
- *Réguliers* : au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine pour les adultes, au moins 10 par mois pour les adolescents

Le tableau suivant nous montre, de façon non exhaustive, les différentes boissons alcoolisées associées leurs quantités consommées. On remarque que toutes ont quasiment diminué de moitié, sauf pour le champagne qui lui a vu sa consommation augmenter. Tout ceci s'explique par le fait que les campagnes sur l'alcool sensibilisent les personnes, ainsi que les contrôles policiers sur la route. De plus, la consommation de vin a diminué, car comme on l'a dit précédemment, les rapports à l'alcool ont changé, donc la consommation quotidienne de vin a diminué. Cependant, aujourd'hui l'alcool est associé à la fête d'où les consommations de champagne ont augmenté.

	1990	1995	2000	2005	2008 (p)
Bière	40,1	38,6	33,8	32,4	28,1
Vins courants	44,7	36,6	29,1	23,7	22,7
Vins AOC	22,9	24,2	26,1	24,2	22,7
Cidre	6,3	5,3	4,1	3,4	3,1
Champagne	1,9	2,0	1,9	2,1	2,1
Vins doux naturels	1,5	1,3	0,9	0,7	0,6

**Tableau 2 : Consommation de boissons alcoolisées en litres**  
(Insee) [9]

### 1.1.3. Problématique de santé publique [10]

Même si la consommation d'alcool est profondément ancrée dans les cultures européennes depuis des siècles, la prévention de ses conséquences néfastes pour la santé n'en est pas moins une priorité de santé publique.

Effectivement, l'alcool est un problème majeur de santé publique car :

- tout d'abord, au niveau mondial, l'alcool est considéré comme le troisième facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac. En France, il a été récemment estimé que l'alcool est responsable d'environ 49 000 décès par an, et l'alcool demeure la seconde cause de mortalité évitable, après le tabac

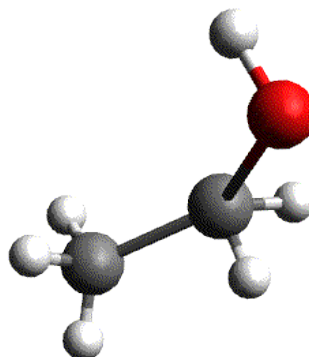
- de plus, tant la consommation totale que le mode de consommation sont des paramètres importants de la nocivité de l'alcool. Il peut agir sur la santé des individus et sur leur «capital santé» tout au long de la vie, depuis le stade embryonnaire jusqu'au grand âge
- ensuite, plus son usage s'installe tardivement dans la vie, moins il est probable que la dépendance et les problèmes de santé liés à cet usage surviennent à l'âge adulte, mais en milieu de travail, l'abus d'alcool accroît les risques d'absentéisme, ou de présentéisme, ou encore de comportements inadaptés
- pour finir, l'alcool n'est pas nocif que pour le buveur. Ainsi, on estime à 3,3% la proportion des décès attribuables aux effets à autrui de la consommation d'alcool : accidents et blessures en constituent la majeure partie. Il n'a pas été possible d'estimer l'impact de l'alcool sur la criminalité, les troubles à l'ordre public, les accidents du travail, ni son coût indirect et son impact social sur la famille et l'entourage du buveur

Par ces différents points, on remarque que l'impact négatif de l'usage nocif d'alcool ne doit pas être sous-estimé.

#### 1.1.4. Pharmacocinétique de l'éthanol

##### 1.1.4.1. Formule chimique de l'éthanol

La formule chimique est  $C_2H_6O$ .



**Figure 6 : Représentation moléculaire de la molécule d'éthanol [11]**

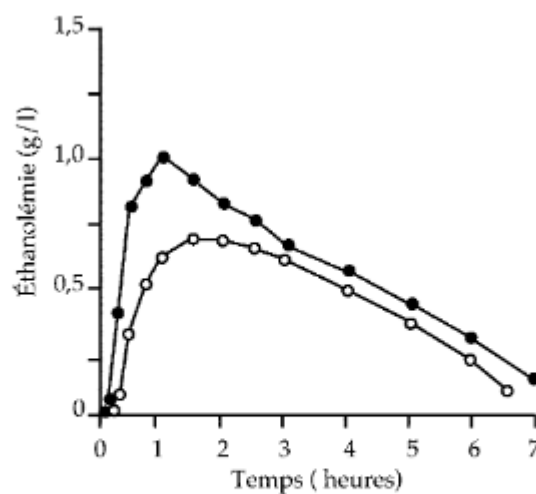
(Imagine)

#### 1.1.4.2. Absorption [12]

L'éthanol est une molécule absorbée par simple diffusion. Cette diffusion est lente au niveau gastrique, la majeure partie (70 % à 80 %) est absorbée au niveau de l'intestin grêle.

Quand il est ingéré à jeun, la concentration maximale est atteinte rapidement, le pic plasmatique est de moins d'une heure après l'ingestion.

Quand il est ingéré en association avec de la nourriture, son temps de séjour dans l'estomac est augmenté car l'ingestion d'aliment ralentit la vidange gastrique. La cinétique de l'absorption de l'éthanol est alors modifiée. Le pic de concentration plasmatique est plus tardif et moins élevé comme l'indique la figure ci-dessous.



Valeurs obtenues chez un homme ayant consommé 0,80 g d'alcool/kg de poids corporel avant (●) ou après (○) le petit déjeuner

**Figure 7 : Pharmacocinétique d'absorption de l'éthanol à jeun ou après un repas (Inserm) [12]**

Mais l'on remarque dans les deux cas, que la décroissance est plutôt lente, entre 6 et 7 heures, avec un temps légèrement plus long lorsque l'on est à jeun.



#### **1.1.4.3. Distribution [12]**

La distribution de l'éthanol aux organes très vascularisés comme le cerveau, les poumons et le foie est très rapide. La demi-vie de distribution est de 7 à 8 minutes.

L'éthanol est distribué dans l'eau libre sans liaison aux protéines plasmatiques.

La conséquence est que des variations de proportions de la masse grasse et de la masse maigre influence le volume de distribution de l'éthanol. Ceci explique donc la différence de sensibilité à l'alcool entre les hommes et les femmes. Le volume de distribution serait en moyenne de 0,50 l/kg chez la femme et de 0,60 l/kg chez l'homme.

L'éthanol est une petite molécule, donc elle franchit la barrière placentaire. Les concentrations dans le liquide amniotique et chez le fœtus sont proches de la concentration plasmatique de la mère.

#### **1.1.4.4. Elimination [12]**

Il y a deux voies d'élimination de l'éthanol :

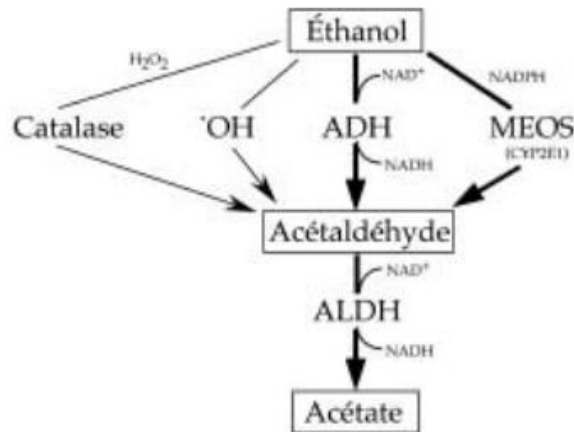
- Le métabolisme : l'éthanol subit une oxydation enzymatique
- L'excrétion sous forme inchangée

#### **1.1.4.5. Métabolisme [12]**

Le foie est l'organe où se passe l'essentiel du métabolisme de l'éthanol (80%). L'alcool y subit deux oxydations successives.

Tout d'abord, il est transformé en acétaldéhyde selon trois voies enzymatiques différentes. La voie la plus importante étant celle de l'alcool-déshydrogénase (ADH). Les deux autres sont mineures et correspondent aux voies du CYP2E1 (c'est une isoenzyme du cytochrome P450) et de la catalase.

Ensuite, l'acétaldéhyde est oxydé en acétate par l'aldéhyde déshydrogénase.



**Figure 2.1 : Métabolisme hépatique de l'éthanol**  
 ADH : alcool déshydrogénase ; ALDH : aldéhyde déshydrogénase ;  
 MEOS : voie microsomale ; CYP : cytochrome P450

### Figure 8 : Métabolisme de l'éthanol

(Inserm) [12]

Il ne faut pas oublier « l'effet de premier passage » qui correspond à un métabolisme mineur, transformant une fraction de l'alcool avant qu'il n'atteigne la circulation générale. Ce sont les enzymes de la muqueuse digestive et du foie qui en sont responsables.

#### 1.1.4.6. Excrétion [12]

L'alcool est éliminé sous forme inchangée dans l'air expiré, les urines et la sueur.

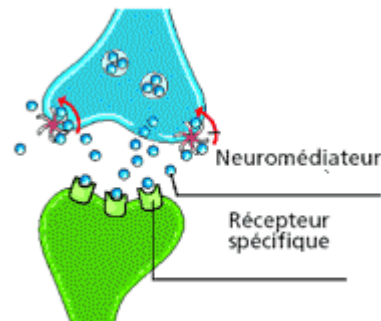
3 à 5% de la quantité totale absorbée serait éliminée sous forme inchangée par le rein.

Il est également excrété par le lait maternel à des concentrations d'environ 10% plus élevées que les concentrations plasmatiques de la mère, en raison de la forte teneur en eau du lait.

#### 1.1.5. Mécanisme d'action

Tout d'abord, nous allons faire quelques rappels sur le fonctionnement du cerveau. Dans le cerveau se trouvent des neurones par l'intermédiaire desquels les informations circulent sous forme d'activité électrique : on parle d'influx nerveux. Pour passer d'un neurone à un autre, l'influx nerveux se transforme en messages chimiques qui prennent la forme d'une substance sécrétée par le neurone, le neuromédiateur. Ce dernier, sécrété par

le premier neurone traverse l'espace situé entre les deux neurones et rejoint le deuxième neurone où il se fixe sur des récepteurs spécifiques. Cette connexion entre deux neurones est appelée synapse. [13]



**Figure 9 : Schéma représentatif d'une synapse**  
(MILDECA) [13]

C'est sur ces processus de transmission de l'information par des messages chimiques qu'agissent les drogues ou substances psychoactives.

Il existe différents neurotransmetteurs (la dopamine, la sérotonine, l'acétylcholine...) et à chaque neurotransmetteur correspond un récepteur spécifique, capable de le reconnaître et de le réceptionner. Une drogue dont la structure moléculaire ressemble à celle d'un neurotransmetteur produit naturellement par l'organisme peut, du fait de cette ressemblance, agir sur le système de transmission de l'information au niveau de la synapse.

Les drogues ou substances psychoactives peuvent agir sur le neurotransmetteur selon différents modes d'action. [13]

En ce qui concerne l'alcool, il passe directement du tube digestif aux vaisseaux sanguins, et en quelques minutes, le sang le transporte dans toutes les parties de l'organisme, y compris au cerveau.

Il a des effets à plusieurs niveaux sur les neurones. Tout d'abord, il modifie leurs membranes et certains de leurs canaux ioniques. Ceci aboutissant à la modification de la fluidité des neurones, voire à leur destruction. Puis, il agit sur les enzymes et les récepteurs.

Notamment, il se lie aux récepteurs de l'acétylcholine, de la sérotonine, du GABA, et sur les récepteurs NMDA (acide N-méthyl-D-aspartique) du glutamate. [14]

### 1.1.5.1. Action sur le GABA

Le GABA est le neurotransmetteur inhibiteur le plus important du cerveau. Il est présent dans environ 30% des cellules nerveuses et lorsque la synthèse est inhibée, des spasmes surviennent. Le GABA est donc le «tranquillisant» naturel par excellence du cerveau. [15]

Mais ce dernier intervient à plusieurs niveaux que nous allons résumer dans un tableau synthétique.

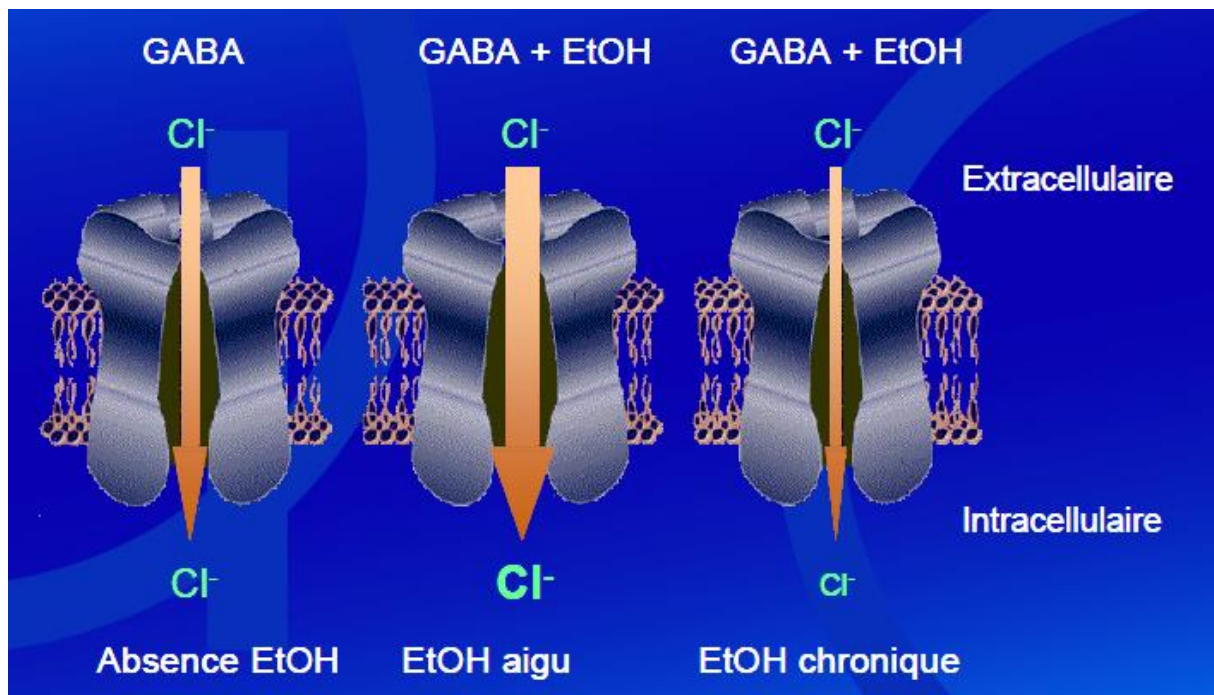
Effets du GABA
Tranquillisant naturel de l'organisme
Aide en cas de surstimulation
Remède naturel contre les états d'angoisse
Aide les athlètes à atteindre une croissance optimale des muscles
Possède des propriétés analgésiques
Agit contre les états dépressifs
Peut être employé en cas de spasmes

**Tableau 3 : Les effets du GABA**

(VitaBasix) [15]

Le GABA a pour effet de diminuer l'activité neuronale. En se fixant sur le récepteur, il permet aux ions chlore de pénétrer à l'intérieur du neurone post-synaptique. Le chlore étant porteur d'une charge électrique négative, il contribue à rendre le neurone moins excitable. Cet effet physiologique sera amplifié par la fixation d'alcool sur le récepteur, en permettant au canal ionique de rester ouvert plus longtemps et de faire ainsi entrer plus d'ions chlore (Cl-) dans la cellule. L'activité neuronale s'en trouverait donc davantage diminuée, d'où l'effet sédatif de l'alcool. [14]

C'est ce que nous montre le schéma suivant.



**Figure 10 : Action de l'alcool sur le récepteur GABA (SFA) [16]**

#### 1.1.5.2. Action sur les récepteurs NMDA du glutamate

Le récepteur NMDA (N-méthyl-D-Aspartate) est le récepteur du glutamate. Le glutamate est un neurotransmetteur exciteur qui entre dans 40% des signaux nerveux du cerveau. Ce récepteur est impliqué dans l'apprentissage, la mémoire, le développement neuronal et la dépendance physique à l'alcool. Il fonctionne en présence de calcium (Ca<sup>++</sup>). [17]

L'alcool bloque ces récepteurs. C'est un antagoniste des récepteurs NMDA. Le pouvoir exciteur du glutamate sur le récepteur NMDA est alors diminué en présence d'alcool, ce qui explique encore une fois son effet sédatif. [13] [14]

### **1.1.5.3. Action sur la sérotonine**

La sérotonine régule l'humeur, le comportement, le sommeil, la tension et la thermorégulation. Elle a également des fonctions importantes dans plusieurs tissus périphériques et assure la régulation des fonctions vasculaires, du cœur et dans la mobilité gastro-intestinale. Toutefois, la sérotonine circule dans l'organisme à des taux extrêmement faibles. Elle est majoritairement stockée dans les plaquettes et n'est disponible pour les organes périphériques que si elle est relarguée lors de l'activation de ces plaquettes. [18]

L'alcool augmente les taux extracellulaires de sérotonine (5-HT) dans le cerveau. Ce qui explique pourquoi ce neurotransmetteur est impliqué dans de nombreux effets comportementaux de l'alcool. [19]

### **1.1.5.4. Action sur l'acétylcholine**

L'acétylcholine joue un rôle crucial dans les systèmes nerveux central et périphérique. Son action permet au cerveau de commander aux muscles les phases de flexion et d'extension. A l'intérieur du cerveau, elle intervient dans les mécanismes d'apprentissage et de mémorisation. [20]

L'alcool est un agoniste cholinergique indirect réversible. Il inhibe l'acétylcholinestérase, ce qui potentialise l'agoniste endogène.

Ceci entraîne sur le plan neurologique, une activation diffuse, puis des convulsions, un coma et un arrêt respiratoire. [21]

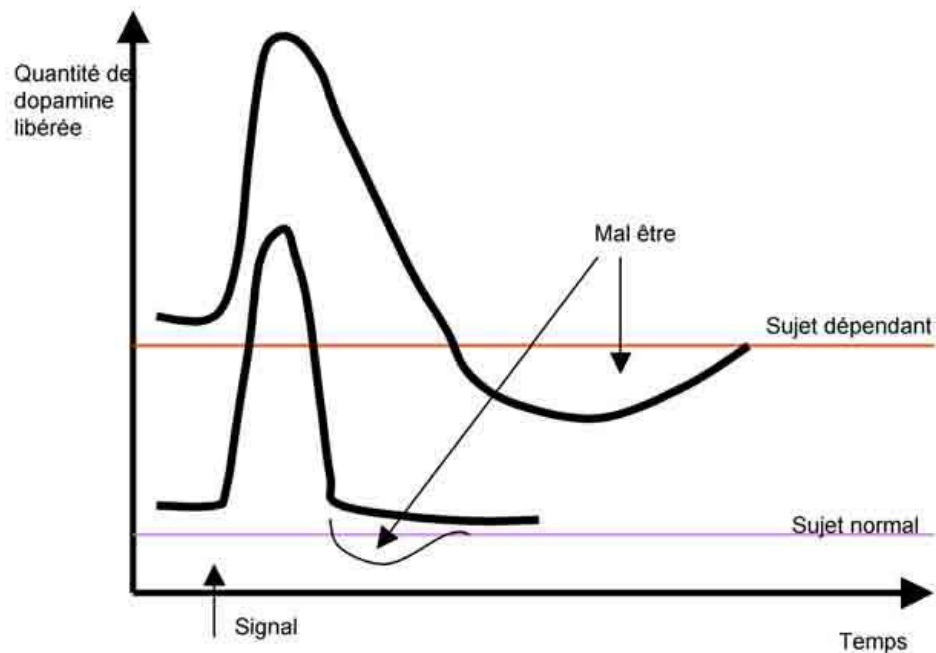
### **1.1.5.5. Action sur la dopamine**

La dopamine est un neurotransmetteur assurant la communication entre les cellules du cerveau (les neurones). Elle intervient dans le désir et la sensation de plaisir.

La quantité de dopamine libérée varie en fonction de la récompense :

- ❖ elle augmente dans l'anticipation, l'attente de la récompense, du plaisir
- ❖ elle est plus élevée encore lors de la récompense
- ❖ elle retourne à son état basal qu'après l'obtention de celle-ci
- ❖ son absence, malgré le signal annoncé, fait que l'activité dopaminergique sera en-dessous de ce seuil et ceci entraînera une sensation de mal-être, d'anxiété et d'irritabilité. [22]

Le schéma suivant nous représente ceci :



**Figure 11 : Schéma représentatif de l'effet de la dopamine**  
(LA HAYE SAINT HILAIRE S. DE) [22]

L'alcool augmente la sécrétion de dopamine dans les sites de récompenses. [23]

De ce fait, la consommation d'alcool entraîne du plaisir.

C'est par ce mécanisme qu'une dépendance peut se développer.

## 1.2. Normes et modes de consommation

### 1.2.1. Verres standards

Tout d'abord, il est important d'expliquer la signification de « degré ». « Degré » indique la quantité d'alcool contenue dans 100ml. Plus le degré est élevé, plus la boisson est concentrée en alcool pur. [24]

Exemple : boisson à 35° = 35ml d'alcool pure dans 100ml de cette boisson

Ensuite, il est nécessaire de rappeler que chaque type de boisson alcoolisée ne contient pas la même quantité d'alcool pur pour un même volume. C'est pour cela qu'il faut se référer au « verre standard » appelé aussi « unité internationale d'alcool ».

Ce dernier correspond à la quantité normalisée (en centilitre : cl) délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publics. Il correspond à un verre contenant 10 g d'alcool pur. [25]

Soit par exemple, un ballon de vin contient la même quantité d'alcool qu'un verre de whisky ou qu'un demi de bière.



**Figure 12 : Verre standard**  
(ALCOOLINFOSERVICE) [24]

Pour finir, il faut avoir à l'esprit que le « verre maison » est souvent plus généreux que le « verre standard ».

### 1.2.2. Normes OMS [25]

Les seuils définis par l'Organisation Mondiale de la Santé sont les suivants :

- pas plus de 21 verres\* par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne)
- pas plus de 14 verres\* par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne)
- jamais plus de 4 verres\* par occasion pour l'usage ponctuel

(\* verre standard)



L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque, mais sont des compromis entre un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et la place de l'alcool dans la société et les effets positifs de sa consommation modérée.

Ces seuils n'ont donc pas de valeur absolue, car chacun réagit différemment en fonction de sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils sont donc de simples repères, et doivent être abaissés dans diverses situations (conduite de véhicules, poste de sécurité, grossesse, pathologies organiques et/ou psychiatriques, ...)

### **1.2.3. Modes de consommation [5]**

Il faut savoir que différents modes de consommation plus ou moins graves, existent.

Cependant, environ 10 % des adultes sont en difficulté avec l'alcool (15 % d'hommes et 5 % de femmes), principalement entre 25 et 64 ans. Cette proportion est restée stable depuis le début des années 1990.

#### **1.2.3.1. Non usage [25]**

Toute conduite à l'égard des boissons alcoolisées, caractérisée par une absence de consommation.

Le non-usage peut être :

- *primaire* quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, préadolescents), ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles de l'adulte).

- *secondaire* quand il advient après une période de mésusage, alors généralement désigné par le terme d'abstinence.

#### **1.2.3.2. Consommation simple [25]**

Toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

### 1.2.3.3. Mésusage

#### 1.2.3.3.1. Usage à risque

Toute conduite d'alcoolisation où la consommation d'alcool est supérieure aux seuils définis par l'OMS. [25]

Il est susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages.

Il y a deux types de risques comme le montre le tableau ci-dessous [26] :

Risques immédiats	Risques différés
* conduite de véhicules (voiture, moto,...) * pathologies organiques et/ou psychiatriques * consommation rapide et/ou associée à d'autres produits * etc...	* morbidité * mortalité

**Tableau 4 : Les risques d'une consommation d'alcool à risque**

(s'alcoolologie)

Il faut noter que la morbidité et la mortalité augmentent au-delà d'une consommation globale supérieure à 21 verres par semaine.

#### 1.2.3.3.2. Usage nocif / abus

Il se caractérise par la concrétisation des dommages liés à une consommation à risque répétée. [26]

La 10<sup>ème</sup> Classification internationale des maladies (CIM-10) parle d'usage nocif, et le définit comme un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable pour la santé, les complications pouvant être psychiques ou physiques.

Elle le définit également :

- par les dommages induits par une consommation répétée (ces dommages peuvent être physiques ou psychiques) ;

- et par l'absence des critères de l'alcool dépendance. Ce mode de consommation s'accompagne souvent de conséquences sociales négatives. [26]

La DSM IV parle d'abus, et le définit comme un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une présence d'au moins une des manifestations prévues au cours d'une période de douze mois.

Ces manifestations sont détaillées dans le tableau suivant [27]:

<b>Présence d'au moins une de ces manifestations</b>
Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance
Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents

**Tableau 5 : Les manifestations indiquant un abus d'alcool**

(Inserm)

On peut différencier les dommages en plusieurs catégories (Cf tableau ci-dessous) [26] :

<b>Dommages</b>			
<b>Somatiques</b>	<b>Psychologiques et psychiatriques</b>	<b>Relationnels</b>	<b>Sociaux et professionnels</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- traumatismes</li> <li>- hypertension artérielle</li> <li>- cardiomyopathie</li> <li>- augmentation du risque de cancer</li> <li>- pancréatite</li> <li>- cirrhose</li> <li>- dysfonctionnement sexuel</li> <li>- polynévrite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- anxiété</li> <li>- dépression</li> <li>- trouble du sommeil</li> <li>- dommage cognitif</li> <li>- suicide</li> <li>- tentative de suicide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- problèmes conjugaux</li> <li>- maltraitance</li> <li>- dysfonctionnement familial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perte d'emplois</li> <li>- arrêt de travail</li> <li>- précarisation</li> <li>- violence</li> <li>- problème judiciaire</li> <li>- perte du logement</li> <li>- accident de la voie publique</li> <li>- accident du travail</li> </ul>

**Tableau 6 : Dommages liés à l'usage nocif d'alcool**  
(sفالcoologie)

#### 1.2.3.4. Dépendance

On définit la dépendance comme toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation. Elle s'accompagne d'une tolérance à l'alcool et de signes de sevrage plus ou moins importants.

Elle ne se définit pas par le rapport à des seuils de consommation, ni par l'existence de dommages qui sont néanmoins le plus souvent associés. [26]

Comme le dit le docteur Pierre FOUQUET dans son livre « Lettres aux alcooliques » : « Votre malade avait perdu la liberté de s'abstenir de l'alcool ». [28]

##### 1.2.3.4.1. La tolérance

Avant de devenir dépendant, l'organisme devient tolérant.

La tolérance, c'est l'état d'adaptation de l'organisme à une substance se manifestant par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets.

##### 1.2.3.4.2. La dépendance physique

C'est l'exigence de l'organisme concernant l'apport régulier d'une molécule exogène, nécessaire pour le maintien de son équilibre.

Dans un premier temps, la dépendance physique se manifeste par un **syndrome de manque**. C'est-à-dire sueurs, tremblements, vertiges.

Puis dans un deuxième temps, si aucun alcool n'est consommé, par un **syndrome de sevrage**. Ce dernier comprend :

- troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars
- troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle
- troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements.

Ces symptômes pouvant encore s'aggraver dans les heures qui suivent avec des signes confusionnels (troubles de la concentration, de la mémoire, du jugement), des hallucinations, du delirium tremens, des convulsions et de l'hyperthermie. [29] [30]

#### 1.2.3.4.3. La dépendance psychique

La dépendance psychique à l'alcool est en lien avec la place que ce dernier a pris dans la vie de la personne qui boit.

C'est un état mental caractérisé par une impulsion à prendre de l'alcool de façon périodique ou continue dans le but d'en retirer un plaisir ou d'annuler une tension.

La privation de l'alcool entraîne une sensation de malaise, d'angoisse allant parfois jusqu'à la dépression. Lorsque l'individu arrête de consommer, il est fragilisé par l'absence de cette béquille et met du temps à s'adapter à une vie sans alcool. Elle peut durer des mois voire des années. Cet arrêt bouleverse ses habitudes, l'oblige à affronter les difficultés que l'alcool permettait d'occulter et peut favoriser la réapparition d'un mal-être que l'alcool visait à supprimer. [29] [31]

#### 1.2.3.4.4. Facteurs de risques

Trois grands facteurs sont susceptibles de favoriser le développement d'une dépendance à l'alcool :

- le facteur biologique : il semblerait que nous ne soyons pas tous égaux devant l'alcool. Effectivement une susceptibilité génétique individuelle aux effets de l'alcool peut prendre son origine dans l'existence d'un polymorphisme des enzymes de son métabolisme. Un polymorphisme génétique a été mis en évidence au niveau du gène de l'aldéhyde déshydrogénase *ALDH2*, essentiellement dans les populations asiatiques pour lesquelles il est déficitaire. Ceci les protège des maladies liées à la consommation d'alcool dans la population générale parce qu'il entraîne une intolérance à l'alcool ; ce génotype est donc moins fréquemment retrouvé chez les buveurs. En revanche, chez les individus qui boivent malgré ce défaut génétique, les conséquences pourront être très dommageables, en raison de l'accumulation d'acétaldéhyde. De plus, certains vont développer une dépendance plus rapidement que d'autres, ceci dépendant de la génétique également.

- le facteur psychologique : les personnes impulsives, qui aiment la prise de risque, ou les personnes sensibles, fragilisées psychologiquement vont utiliser l'alcool pour ses effets psychotropes (anxiolytique notamment). Ils vont donc y trouver un intérêt de consommer

- le facteur social : boire est un acte social, donc une personne qui se refuserait systématiquement à un tel partage se retrouverait avec des difficultés d'intégration

[32] [33]

Les toxicomanies sont « *la rencontre d'un produit, d'une personnalité, d'un moment socioculturel* » selon la formulation du Docteur Claude Olievenstein. La figure suivante montre la représentation du trépied d'Olievenstein basée sur le produit, la personnalité et le contexte. Ce schéma propose la vision par discipline de l'addiction : [34]

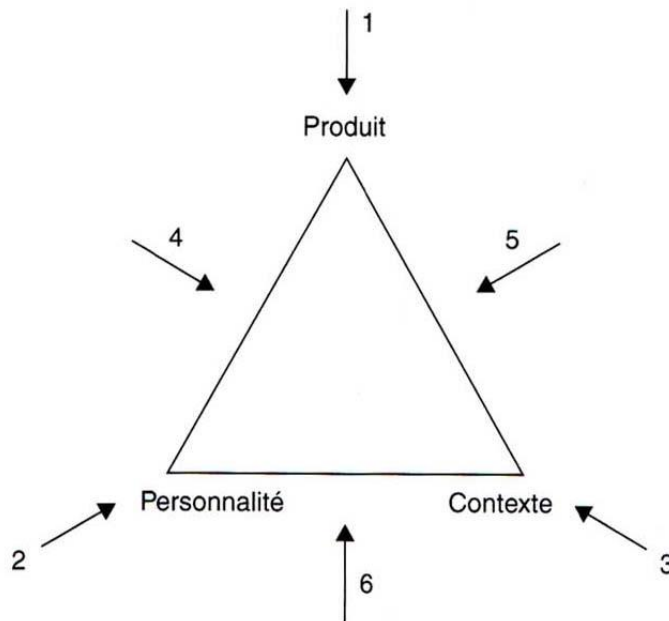


Schéma trivarié des addictions. 1) Pharmacologie, prohibition, etc. 2) Psychanalyse, psychobiologie, etc. 3) Sociologie, théories de l'étiquetage, etc. 4) « Modèles de maladie ». 5) Abords culturels, historiques. 6) Intégration, déviance, systémisme.

**Figure 13 : Le modèle d'Olievenstein**

(NGUYEN A.)

#### 1.2.3.4.5. Mécanisme [35] [36]

L'alcool mime l'action de molécules produites naturellement par le cerveau et perturbe l'équilibre interne. Lorsque sa consommation devient répétitive, le cerveau s'adapte pour tenter de recréer son équilibre.

Il est capable de mobiliser de multiples mécanismes pour parvenir à cet objectif : la diminution du nombre de récepteurs à la surface des neurones, la modification de la sensibilité de ces récepteurs,.... Toutes ces modifications qui peuvent se mettre en place à long terme sous-tendent les mécanismes de tolérance qui s'installent lors de la consommation régulière.

De plus, les neurones dopaminergiques ont un rôle fondamental dans la genèse des addictions. La dopamine est un neuromédiateur du plaisir et de la récompense, que le cerveau libère lors d'une expérience qu'il juge "agréable". Très utile pour l'apprentissage de ce qui est bon ou mauvais pour l'organisme, ce réseau dopaminergique peut aussi "s'emballer" et provoquer des dépendances.

Ainsi, si la prise occasionnelle produit une sensation plaisante, d'intensité décuplée par rapport au fonctionnement naturel, lorsque la consommation devient répétitive et chronique, le cerveau est régulièrement sollicité, ce qui entraîne une diminution de la production naturelle d'endorphines et il s'adapte pour diminuer les effets de la substance. Ainsi l'individu ressent un sentiment de tristesse, d'anxiété, d'irritabilités mêlées (dysphorie) et la sensation de plaisir n'est plus obtenue que par l'apport de la substance extérieure. Ceci induit une augmentation de la tolérance à la substance et un manque dès l'arrêt de sa consommation.

Cet état négatif le conduit à consommer à nouveau, non plus pour ressentir les effets positifs du produit, mais plutôt pour réduire les effets négatifs qu'il ressent lorsqu'il arrête de consommer. Il vit donc une frustration qui le pousse à de nouvelles consommations et à l'augmentation des doses pour obtenir le même niveau de plaisir ; c'est ce mécanisme dit de "**renforcement positif**" qui incite à répéter l'expérience agréable et entraîne la dépendance.

L'individu ne consomme alors non pas pour "améliorer" son état normal, mais pour le retrouver. Le problème est que cet état devient entre-temps inatteignable. Seule la consommation de l'alcool permet d'effacer, en partie et de manière temporaire, le mal être psychologique qui résulte de cet écart.

#### **1.2.3.4.6. Critères de diagnostics d'alcool-dépendance psycho-physique (DSM IV) [37] [32]**

- ❖ La tolérance se définit par l'un des symptômes suivant :
  - nécessité d'augmenter ses doses pour se sentir bien
  - diminution marquée de l'effet pour une même quantité d'alcool
- ❖ Le sevrage est caractérisé par :
  - Symptômes en égard au manque (sueurs profuses ; irritabilité, ...)
  - Prise d'alcool pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

- ❖ La prise d'alcool est en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que celle envisagée (= perte de contrôle)
- ❖ Désir persistant ou incapacité à réduire ou à arrêter
- ❖ Beaucoup de temps est passé ou beaucoup d'efforts sont prodigués pour se procurer de l'alcool
- ❖ Le patient a dû abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de sa consommation d'alcool
- ❖ Le patient a du mal à s'empêcher de boire, bien qu'il sache avoir un problème psychiatrique, psychologique ou physique récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la consommation d'alcool.

#### **1.2.3.4.7. Prise en charge et traitements de l'alcoolodépendance**

##### **1.2.3.4.7.1. Préambule**

Cesser de boire ne se fait pas du jour au lendemain.

Pour une personne alcoolodépendante, la première étape passe par l'acceptation de sa difficulté avec l'alcool. La personne tente souvent de réduire seule sa consommation et d'en reprendre le contrôle, mais ses difficultés pour y parvenir lui font progressivement prendre conscience de l'existence et de l'importance de sa dépendance. [38]

La demande d'aide est dépendante de la personne qui est souvent bloquée par la honte. Il faut donc attendre le moment qu'elle aura choisi pour pouvoir intervenir.

Le traitement de la dépendance repose sur une psychothérapie, une modification des liens environnementaux et sociaux et des médicaments. Actuellement les objectifs consistent à atteindre idéalement une abstinence totale et à vie sinon, le retour à une consommation contrôlée. [5]



#### 1.2.3.4.7.1.1. L'acceptation [39]

C'est en s'attachant surtout au comportement et à ses conséquences plus qu'aux quantités consommées qu'il convient d'aborder la question de l'alcool avec un patient dépendant.

Il est nécessaire de prendre le temps d'évaluer la demande et la motivation du patient et ne pas répondre dans l'urgence même si la demande du patient et/ou de la famille est présentée de manière pressante.

#### 1.2.3.4.7.1.2. Le sevrage

Le sevrage est l'arrêt programmé de la consommation d'alcool.

C'est une phase incontournable du traitement de l'alcoolodépendance. C'est une étape très angoissante et il est utile de l'accompagner en le rassurant sur la prise en compte de la souffrance liée à l'arrêt de l'alcool.

Le sevrage est une étape courte de 5 à 10 jours selon la sévérité de la dépendance. C'est une procédure contractuelle avec des entretiens réguliers permettant l'évaluation clinique et la réassurance du patient dans sa démarche. [39]

Ce sevrage peut se faire en ambulatoire ou en milieu hospitalier, comme nous le montre le tableau suivant.

Ambulatoire	Hospitalier
▪ Poursuite d'une éventuelle activité	▪ Meilleure surveillance clinique
▪ Maintien des relations socio-familiales	▪ Garantie de l'arrêt et de l'observance thérapeutique
▪ Meilleure acceptation	▪ Facilite le bilan global des alcoolopathies
▪ Compatible avec un syndrome de sevrage modéré	▪ Éloignement des situations à risques ou conflictuelles
▪ Favorise le lien avec le soignant	▪ Disponibilité « captive » pour des actions éducatives ou psychothérapeutiques
▪ Favorise l'implication du patient	▪ Nécessaire en cas de dépendance sévère ou de sevrages multiples (BZD, opiacés)
▪ Coût moindre	

**Tableau 7 : Sevrage hospitalier ou ambulatoire**

(BERTIN A-F., DEPINOY D.) [39]

Mais le sevrage ambulatoire comporte des contre-indications et cela représente 10 à 30 % des malades.

Ces dernières sont :

- Contre-indications alcooliques (dépendance physique sévère ; antécédents de delirium tremens ou de crise convulsive généralisée)
- Contre-indications somatiques
- Contre-indications psychiatriques
- Contre-indications socio-environnementales. [40]

#### **1.2.3.4.7.1.3. L'abstinence [39]**

L'abstinence c'est aucune consommation d'alcool.

L'objectif est l'installation d'une abstinence durable en évitant l'émergence de nouveaux comportements de dépendance, c'est-à-dire le transfert sur d'autres produits par exemple. Il s'agit d'un accompagnement sur le long terme.

#### **1.2.3.4.7.2. Traitements médicamenteux**

La prise en charge de l'alcoolisme nécessite deux étapes. La première est le sevrage alcoolique et la deuxième est le maintien de l'abstinence. Chacune associe un traitement médicamenteux et un soutien psychologique.

##### **1.2.3.4.7.2.1. Traitement du sevrage [39]**

Le syndrome de sevrage recouvre les manifestations symptomatiques survenant dans les suites immédiates ou différées jusqu'au dixième jour suivant cet arrêt. Ces manifestations traduisent un état de manque psychologique, comportemental et physique que l'on retrouve dans le tableau suivant.

Troubles subjectifs	Troubles neurovégétatifs	Troubles digestifs	Aggravation des symptômes
Anxiété Agitation Irritabilité Insomnie Cauchemars	Sueurs Tremblements Tachycardie Hypertension artérielle	Anorexie Nausées Vomissements	Troubles de la concentration, de la mémoire, du jugement Hallucination Délirium Convulsion Hyperthermie

**Tableau 8 : Les manifestations du syndrome de sevrage**

(J BERTIN A-F., DEPINOY D)

Une prévention systématique vise à prévenir l'apparition de ces manifestations. Aucun traitement de sevrage proprement dit n'existe.

Il existe deux modes de sevrage. Le sevrage ambulatoire et le sevrage résidentiel.

### **(1) Le sevrage ambulatoire**

Le sevrage ambulatoire doit permettre le maintien de l'activité professionnelle, des relations familiales et sociales. Il permet une meilleure acceptation de la prise en charge.

Il repose sur trois éléments : [30]

- L'information du patient sur le protocole qui va être mis en place, qui peut impliquer divers intervenants,
- L'apport hydrique qui doit être suffisant (1,5 à 2 litres d'eau par jour)
- La prescription de benzodiazépines : c'est le traitement de première intention, elles réduisent l'incidence et l'importance des complications du sevrage. La voie orale est privilégiée. Le diazépam est la plus utilisée, même si d'autres molécules sont efficaces.

	<b>Diazépam</b> <b>VALIUM®</b>
<b>Présentation</b>	Comprimé sécable 2,5 ou 10 mg
<b>Classe thérapeutique</b>	Benzodiazépine
<b>Utilisation</b>	En première intention pour éviter les crises convulsives
<b>Posologie</b>	5 à 40 mg par jour
<b>Durée de traitement</b>	8 à 10 jours pour éviter une dépendance
<b>Effets indésirables</b>	Sensations ébrieuses, céphalées, prurit, insuffisance respiratoire
<b>Contre-indications</b>	Insuffisance respiratoire sévère, apnée du sommeil, insuffisance hépatique sévère
<b>Grossesse</b> <b>Allaitement</b>	Eviter les fortes doses au 3ème trimestre Utilisation à éviter

**Tableau 9 : Molécule la plus utilisée dans le traitement du sevrage alcoolique**

(Vidal) [41]

Il y a d'autres anxiolytiques qui peuvent être utilisés, c'est ce que nous montre le tableau suivant [30] :

<b>Classes</b>	<b>Molécules</b>
Benzodiazépines	Oxazépam SERESTA® Lorazépam TEMESTA® Alprazolam XANAX® Bromazépam LEXOMIL® ...
Antipsychotiques (pas en 1 <sup>ère</sup> intention, agitation importante non contrôlée par les benzodiazépines)	Tiapride TIAPRIDAL®
Autres anxiolytiques	Buspirone BUSPAR® Méprobamate EQUANIL®

**Tableau 10 : Autres molécules utilisées dans le traitement du sevrage alcoolique**  
(s'alcoolologie)

Il faut noter que la voie injectable peut être utilisée.

En plus de ce traitement il faut associer un apport en vitamines : [30]

- ✓ Vitamine B1 = thiamine : pour lutter contre la carence fréquente par négligence alimentaire et/ou par mauvaise absorption, 500 mg par jour pendant 10 à 20 jours
- ✓ Vitamine B6 = pyridoxine (BECILAN®) : pour lutter contre les crises d'épilepsies, 500 mg par jour sur une courte période (risque de neuropathies)
- ✓ Vitamine PP = nicotinamide (NICOBION®) : sert de cofacteur lors de la prescription simultanée de vitamines B1 et B6

Une consultation de contrôle au bout de trois jours et au bout d'une semaine est nécessaire pour objectiver la fin du sevrage.

## **(2) Le sevrage résidentiel** [30]

Il permet une surveillance continue et soustrait le malade à son environnement, il garantit la réalité du sevrage et l'observance des prescriptions. Il est nécessaire en cas de dépendance physique sévère, d'antécédent de délirium tremens ou de crises convulsives généralisées, ou d'échec de sevrage ambulatoire.

Les modalités appliquées pour la prise en charge sont les mêmes que pour le sevrage ambulatoire.

### 1.2.3.4.7.2.2. Traitement du maintien de l'abstinence

#### (1) Les traitements recommandés

Les médicaments disponibles sont peu nombreux. On retrouve actuellement sur le marché ESPERAL®, AOTAL® et REVIA®.[37] [40]

	<b>Disulfirame ESPERAL®</b>	<b>Acamprosate AOTAL®</b>	<b>naltrexone REVIA®</b>
<b>Présentation</b>	Comprimé 500 mg	Comprimé gastro-résistant 333 mg	Comprimé 50 mg
<b>Indication</b>	Adjuvant dans la prévention des rechutes au cours de l'alcoolodépendance	Maintien de l'abstinence chez le patient alcoolodépendant	Traitement de soutien dans le maintien de l'abstinence chez les patients alcoolodépendants
<b>Mécanisme d'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhibiteur de l'acétaldéhyde-déshydrogénase</li> <li>- élévation de la concentration en acétaldéhyde (métabolite de l'alcool éthylique)</li> <li>-manifestations déplaisantes : bouffées congestives du visage, nausées et vomissements, sensation de malaise, tachycardie, hypotension</li> </ul>	Stimule la neuromédiation inhibitrice GABAergique et antagonise l'action des acides aminés excitateurs	antagoniste des opiacés, elle agit par compétition stéréospécifique avec la morphine et les opiacés sur les récepteurs localisés principalement dans le système nerveux central et périphérique ; il a été montré, chez des rats, que l'alcool entraîne une sécrétion d'opiacés endogènes qui met en jeu le système limbique, la naltrexone bloquerait ce phénomène de renforcement

<b>Posologie</b>	1 comprimé par jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sujet &gt; 60 kg : 2 comprimés matin, midi et soir</li> <li>- sujet &lt; 60 kg : 2 comprimés matin, 1 midi et 1 soir</li> </ul>	1 comprimé par jour
<b>Contre-indication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypersensibilité au disulfirame</li> <li>- Insuffisance hépatique sévère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypersensibilité à l'acamprosate</li> <li>- Insuffisance rénale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypersensibilité à la naltrexone</li> <li>- Insuffisance hépatocellulaire sévère</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance rénale</li> <li>- Insuffisance respiratoire sévère</li> <li>- Diabète</li> <li>- Atteintes neuropsychiques</li> <li>- Atteintes cardiovasculaires</li> <li>-Prise de boissons alcoolisées ou de médicaments contenant de l'alcool depuis moins de 24 heures</li> </ul>	- Femme qui allaite	<p>ou hépatite aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet en état de dépendance aux opiacés en raison du risque d'apparition d'un syndrome de sevrage aigu</li> <li>- Présence de symptômes de sevrage aux opiacés</li> <li>- Méthadone</li> </ul>
<b>Effets indésirables</b>	Nausées, vomissements, diarrhées, arrière-gout métallique dans la bouche, mauvaise haleine, céphalées, somnolence	Diarrhées, nausées, douleurs abdominales, diminution de la libido	
<b>Durée de traitement</b>	Non précisée	Durée recommandée : 1 an	Durée limitée à 3 mois
<b>Points particuliers</b>	L'effet antabuse peut persister une semaine après l'arrêt du traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il doit être instauré dès que possible après l'arrêt de la consommation d'alcool. Une réalcoolisation épisodique ne contre-indique pas le maintien du traitement.</li> <li>- Administration de préférence en dehors des repas si la tolérance digestive est bonne</li> </ul>	la naltrexone n'est pas un antidote et ne provoque pas de réaction de type antabuse en cas de consommation d'alcool

**Tableau 11 : Les molécules utilisées dans le maintien de l'abstinence alcoolique**

(Vidal)

Certaines molécules, dont l'indication principale est différente du maintien du sevrage, sont en cours d'études cliniques. Parmi celles-ci on retrouve : [37] [40]



	<b>Naltrexone</b> Vivitrol®	<b>Nalmefene</b>	<b>Topiramate</b> Epitomax®	<b>Ondansetron</b> Zophren®
Classe	Antagoniste spécifique aux opiacés	Antagoniste spécifique aux opiacés	Antiépileptique	Antagoniste de la sérotonine
Objectif	C'est une forme longue durée, l'administration sera par injection mensuelle  → ne sera pas commercialisé en France	Vise les personnes dépendantes qui ne souhaitent pas être abstinentes  Permet une diminution de la consommation	à l'étude pour évaluer son intérêt dans la réduction de la consommation	vise l'alcoolodépendance à début précoce avant l'âge de 25 ans

**Tableau 12 : Les molécules en cours d'évaluation**

## **(2) Le baclofène**

Actuellement, le baclofène pose de nombreuses interrogations. [41] [42] [43]

C'est un médicament qui a pour indications les contractures spastiques de la sclérose en plaques, les contractures spastiques des affections médullaires (d'étiologie infectieuse, dégénérative, traumatique, néoplasique), les contractures spastiques d'origine cérébrale.

Mais certains professionnels le prescrivent, hors AMM, pour traiter l'alcoolisme, car il agit sur le système nerveux central au niveau des synapses en tant qu'agoniste du récepteur GABA-B (l'alcool étant agoniste du récepteur GABA-A). Il permettrait une diminution de la dopamine diffusée par les synapses et un renforcement du bon fonctionnement du GABA-B dans son rôle de modulation de l'excitabilité neuronale, permettant une meilleure fluidité de la membrane même après sa rigidification due au sevrage.

Les industriels n'ont pas mené d'études complémentaires en vue d'une demande de modification de l'AMM. Cependant, le contexte de la présente RTU est celui d'un usage croissant du baclofène hors-AMM dans le traitement de la dépendance à l'alcool, ce qui a

notamment donné lieu, en mars 2011, à la mise en place d'un suivi national de pharmacovigilance. Par ailleurs, plusieurs points d'informations ont été mis en ligne sur le site de l'ANSM. En décembre 2012, les données de vente étant inquiétantes, l'ANSM s'est auto-saisie et a débuté l'instruction d'une RTU du baclofène dans les indications suivantes :

- aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez les patients dépendants à l'alcool et en échec des autres traitements disponibles
- réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'à un niveau faible de consommation telle que définie par l'OMS chez des patients alcoolo-dépendants à haut risque et en cas d'échec des traitements disponibles

Sur le plan des posologies, l'Agence recommande une dose initiale faible (5 mg trois fois par jour) avant une augmentation très progressive, avec un palier de 5 à 10 mg/jour par semaine jusque 100 mg/jour, puis un palier de 10 à 20 mg/jour par semaine. L'objectif consiste à obtenir une efficacité avant l'apparition de signes d'intolérance.

Plusieurs études scientifiques ont été réalisées, mais n'ont pas été validées par les autorités sanitaires françaises.

Parmi les études cliniques d'efficacité randomisées conduites depuis 2002, on recense trois études très positives, avec un taux d'efficacité variant de 60 % à 70 %. Une étude a conclu à l'absence de différence significative entre le baclofène et le placebo. Les posologies étaient relativement faibles : 30 à 60 mg/jour dans les études positives et 30 mg/jour dans l'étude négative.

Pour conclure sur les études, elles montrent des résultats prometteurs pour cette molécule comme un traitement substitutif à l'alcool, mais elles ne permettent pas de conclure.

Les effets positifs observés sont :

- une abstinence sans « craving »
- la réduction de la consommation
- un appui anxiolytique contre la dépression
- une amélioration des signes de sevrage physique

Mais certains professionnels sont réticents à la prescription du baclofène, d'une part à cause des problèmes réglementaires, et d'autre part à cause de la crainte de renforcer

chez les patients l'illusion d'un traitement magique qui pourrait les éloigner d'une démarche globale de soins notamment au plan psychologique.

#### **1.2.3.4.7.3. Traitement non médicamenteux [39]**

La prise en charge des patients alcoolo-dépendants est une prise en charge lourde, nécessairement pluridisciplinaire (**sociale**, médicale, **psychologique**) souvent émaillée de rechutes et de ruptures de soins.

La psychothérapie est l'un des moyens incontournables de l'accompagnement des patients alcoolo dépendants. Mais il y a différentes approches.

Tout d'abord, on retrouve la psychothérapie de soutien qui est une écoute empathique, sans jugement mais avec un engagement du soignant dans la relation. Tout soignant quelle que soit sa place peut assurer cette relation d'aide à condition qu'il puisse rencontrer régulièrement le patient.

Ensuite, il y a les psychothérapies cognitivo-comportementales qui visent à l'acquisition de nouveaux modèles de comportement permettant au patient d'affronter de façon pratique les envies de boire ou les situations à risque.

Puis, il y a des groupes de parole qui permettent aux patients de retrouver une identité à travers les échanges avec d'autres. Cela renforce la déculpabilisation et facilite l'acceptation du statut de malade.

Au cours de la prise en charge, plusieurs étapes sont à prendre en compte. Tout d'abord l'acceptation, puis le sevrage, puis l'abstinence.

#### **1.2.3.5. Consommation « épisodique majeure » (binge drinking / ivresse majeure)**

Tout d'abord, depuis 2013 le terme français est « beuverie express ». [5] [44]

C'est une conduite d'alcoolisation qui vient du Royaume-Uni, et qui consiste à absorber une quantité maximale d'alcool en un temps réduit, pour atteindre l'ivresse le plus rapidement possible.

Les seuils sont de quatre verres ou plus d'alcool en moins de deux heures pour une fille et cinq pour un garçon, mais les consommations sont en général beaucoup plus importantes.

Les conséquences sont majeures, notamment augmentation du taux de mortalité et du nombre de personnes alcoolo-dépendantes, et sont attendues au cours des prochaines années.

Actuellement, un nouvel évènement, les « soirées cartable ». Ces soirées correspondent au fait que pour fêter le dernier jour de classe et le début des vacances scolaires, collégiens et lycéens prennent l'habitude de se retrouver. Une tradition qui se déroule dans des rues de centre-ville et où les adolescents boivent plus que de raison. Et pour cause. À Guingamp, trois comas éthyliques chez des adolescents ont été recensés à la veille des vacances de la Toussaint à cause d'une soirée cartable. [45]

#### **1.2.3.6. DSM V [46]**

En 2013, une nouvelle version, le DSM-V apparaît, apportant deux principales nouveautés en ce qui concerne le domaine qui nous intéresse :

- l'ajout de la notion de *craving*,
- le retrait du critère portant sur la récurrence des problèmes légaux due à l'utilisation de la substance.

Le seuil pour le diagnostic de trouble d'utilisation d'une substance est dorénavant de 2 critères minimum, anciennement il était de 1. Une graduation des troubles apparaît en fonction du nombre de critères rencontrés :

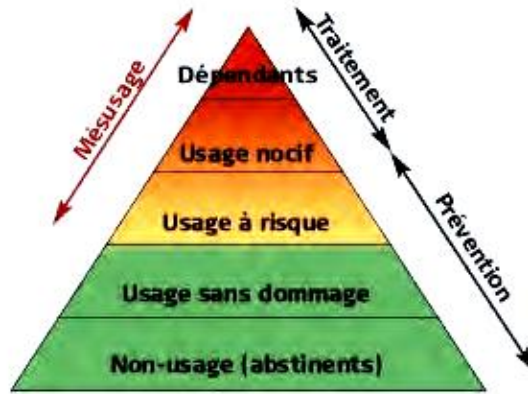
- 2 à 3 critères : trouble léger,
- 4 à 5 critères : trouble modéré,
- 6 ou plus critères : trouble sévère.

Un trouble est considéré comme en rémission si le trouble n'est pas apparu depuis 3 mois. Il est considéré comme une rémission durable s'il n'est apparu en 12 mois.

#### **1.2.3.7. Application des définitions avec la pyramide de Skinner**

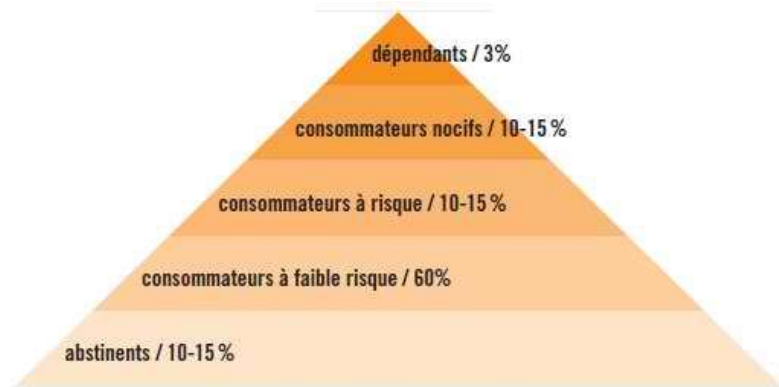
La pyramide de Skinner permet de situer un patient sur les niveaux de risque.

La figure suivante nous montre les actions à réaliser pour des usages inférieurs à « usage à risque », qui reposent essentiellement sur des mesures de prévention. Les usages nocifs et dépendants, quant à eux, nécessitent une prise en charge globale par des professionnels.



**Figure 14 : La pyramide de Skinner**  
(RIAM) [47]

La seconde figure, nous permet de donner un ordre d'idée des proportions. Environ 15% de la population à un usage problématique (nocif ou dépendant)...

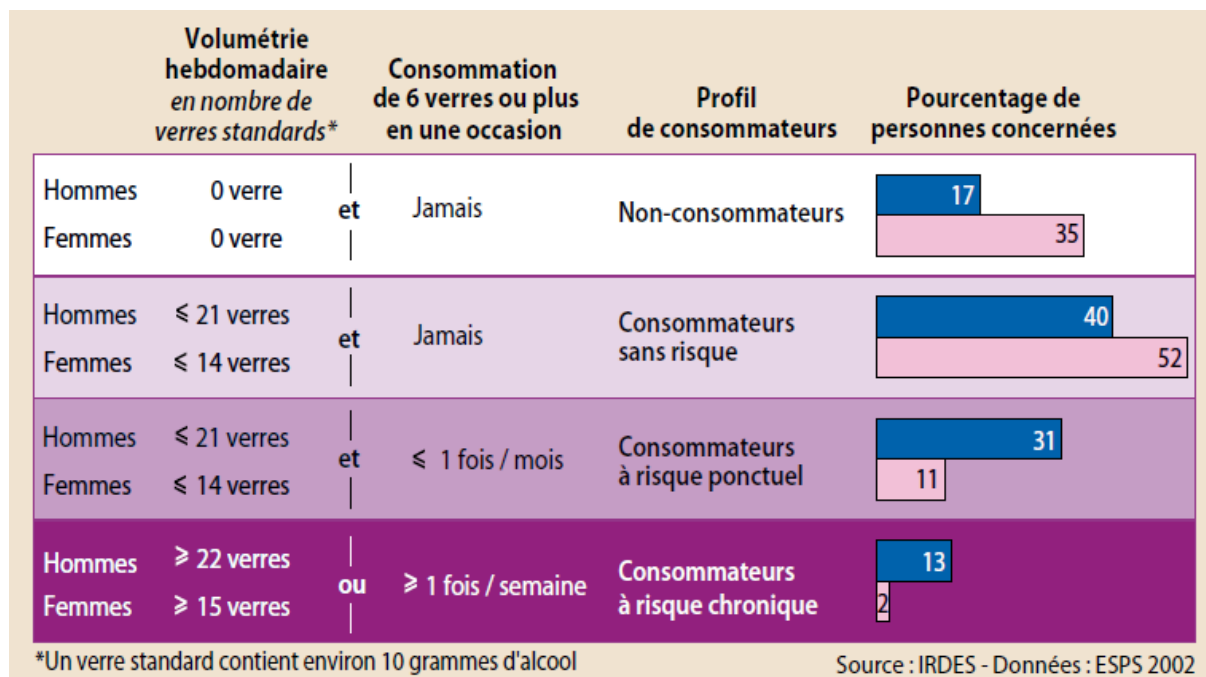


**Figure 1. Pyramide Skinner classant les adultes selon un risque alcool croissant de la base au sommet**

**Figure 15 : La pyramide de Skinner complétée par des données épidémiologiques**  
(BATEL P.) [48]

### 1.2.4. Répartition des différents modes de consommation

Le schéma suivant a été réalisé à partir d'une enquête auprès de personnes ayant 16 ans ou plus.



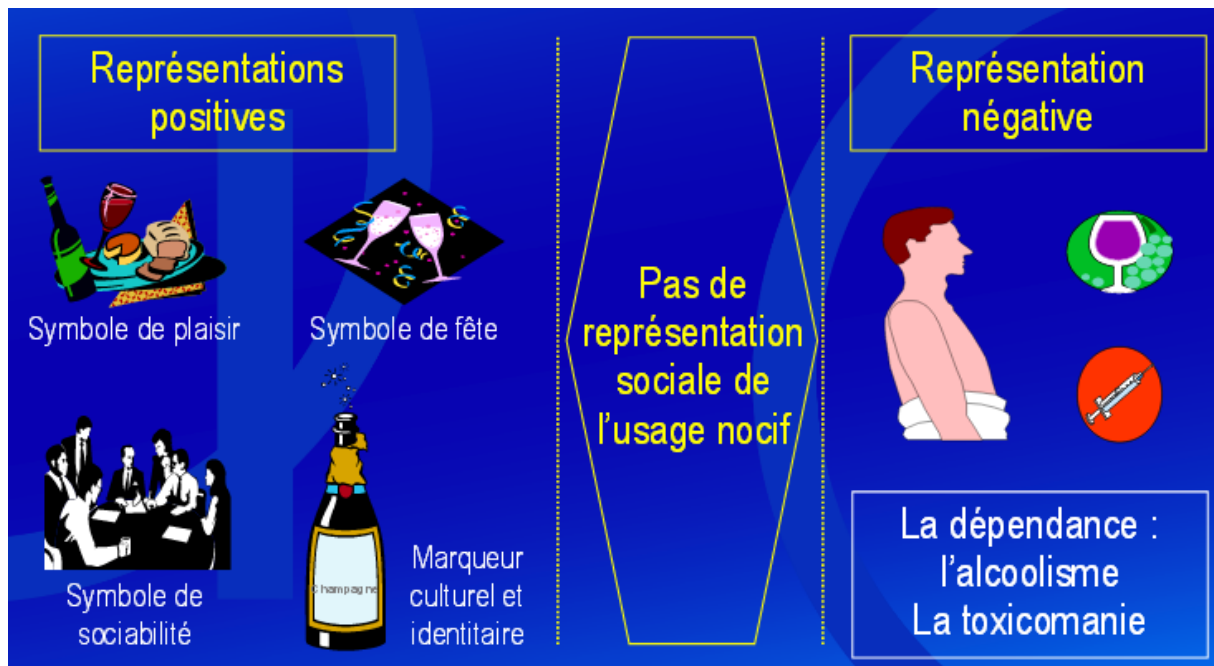
**Figure 16 : Répartition des différents modes de consommation selon les sexes**  
(COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LENGAGNE P) [49]

Grace à ce schéma on remarque que la majorité des femmes et des hommes sont des consommateurs sans risque.

Ensuite, la seconde catégorie d'hommes est une population de consommateurs à risque ponctuel. Quant à celle de femmes, c'est une population de non-consommateurs.

Les hommes qui boivent en moyenne 22 verres d'alcool ou plus par semaine, ou ceux qui consomment, au moins 6 verres ou plus en une même occasion, sont des consommateurs à risque d'alcoolisation excessive chronique. Ils représentent 13% de la population masculine.

### 1.2.5. Représentation schématique de la consommation d'alcool [50]



**Figure 17 : Schéma général concernant l'alcool**  
(sفالcoologie)

Ce schéma nous montre les trois représentations possibles de l'alcool dans la vie d'un individu.

Le côté positif de l'alcool s'explique par la convivialité et la sociabilité qu'il entraîne. De plus, en fonction des populations, c'est un marqueur culturel et identitaire. Par exemple, les hommes de la campagne qui consomment leur vin à chaque repas ; ou encore le jeune qui ne consomme que lors de soirée ; ou encore le prêtre qui boit une gorgée de vin lors des messes...

Ensuite le côté négatif s'explique par la dépendance à l'alcool liée à une consommation continue. Effectivement la personne est sous l'emprise de cette drogue et on parle de toxicomanie. Elle ne consomme plus par plaisir. Les conséquences sont des perturbations psychologiques et des risques importants de développer des maladies notamment des cancers.

Par contre, il est très difficile de représenter le côté social de l'usage nocif. A ce stade il n'y a rien de positif puisque le risque de basculer est faible, mais il n'y a rien de négatif puisqu'il n'y a pas de dépendance. C'est-à-dire qu'il y a une consommation aux caractéristiques positives mais l'organisme risque de perdre le contrôle. La représentation qui pourrait être faite est un individu avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête. Ceci

expliquerait que s'il arrête, il retourne à gauche du schéma et s'il continue, il s'oriente vers la droite.

### **1.3. Les effets de l'alcool**

#### **1.3.1. Les effets d'une alcoolisation modérée**

L'alcool exerce des effets antagonistes sur le système nerveux. A faible dose, il est psychostimulant et excitant.

Une alcoolémie modérée, inférieure ou égale à 0,50g/l, n'entraîne pas, en général, de troubles du comportement. En revanche, elle provoque des altérations telles qu'un allongement du temps de réaction, un rétrécissement du champ visuel, ainsi que des manifestations neurologiques et visuelles. Les tâches cognitives sont exécutées plus rapidement et avec une sensation subjective de facilité mais avec un taux d'erreurs accru.

Pour finir, chez certaine personne il existe un effet d' « attente ». C'est-à-dire que la simple croyance de consommer une boisson alcoolisée peut être capable de modifier le comportement. [5] [51]

#### **1.3.2. Les effets aigus de l'alcoolisation**

L'alcoolisation aigüe porte le nom d' « ivresse ».

L'alcool exerce une toxicité fonctionnelle sur le système nerveux, dans laquelle les effets aigus persistent tant que l'alcoolémie reste élevée et disparaît ensuite. Ces effets peuvent avoir des conséquences graves à court terme (accident, violence,...) mais n'entraînent pas de séquelles. [12]

Comme on l'a dit précédemment, l'alcool exerce des effets antagonistes sur le système nerveux. Mais à doses plus élevées, l'alcool devient un produit sédatif, altérant la vigilance et pouvant induire un coma. De plus il perturbe les fonctions motrices, c'est-à-dire qu'il entraîne des pertes d'équilibre et de la coordination des mouvements. [5]

De plus, l'alcool a une action sur le cervelet, ce qui se traduit par des troubles de la parole et de l'équilibre.

L'ivresse s'accompagne de troubles graves du comportement, tel que de la violence, de l'agressivité, des accidents, ... Ceci s'explique par le fait que l'alcool possède un effet désinhibiteur, qui entraîne une augmentation de l'impulsivité, qui modifie le comportement de prise de risque et l'estimation de ses propres capacités.



Tous ces effets sont variables d'un individu à l'autre. Ils dépendent du sexe, de la corpulence, de l'état psychologique ... Ces derniers sont plus importants dans la phase ascendante que dans la phase descendante de l'ivresse.

Pour finir une intoxication aigue massive peut entrainer un coma voire un décès. [51]

### **1.3.3. Les effets d'une consommation prolongée d'alcool**

A long terme, la consommation d'alcool peut entrainer des effets réversibles ou irréversibles. [5]

#### **1.3.3.1. Effets sur le foie**

Le foie est l'organe cible de l'alcool. Plusieurs maladies hépatiques peuvent être provoquées par la consommation excessive d'alcool.

Notamment la stéatose, c'est l'accumulation, à un degré varié de triglycérides sous forme de macro vésicules, principalement dans les hépatocytes de la zone centrale du foie.

Mais aussi l'hépatite alcoolique, est l'association de nécrose hépatocytaire, d'inflammation et de fibrose. Elle se caractérise par une défaillance du foie (une insuffisance hépatique) et un ictère, pouvant conduire à un coma par défaillance du foie (une encéphalopathie hépatique).

Puis la cirrhose, qui est une inflammation chronique entrainant la destruction des cellules hépatiques. Leur régénération est anarchique, sous forme de nodules. La maladie conduit à la perte des fonctions de l'organe et s'accompagne de multiples complications.

Le risque de développer ces pathologies est lié de manière exponentielle à la consommation moyenne quotidienne d'alcool, sans qu'un seuil exact ne puisse être établi.

Elles peuvent exister isolément ou être associées et touchent davantage les femmes. Il s'agit de pathologies graves : en cas de cirrhose et/ou d'hépatite alcoolique sévère, la survie à 5 ans varie de 20 % à 60 %. [5] [12] [52] [53]

### 1.3.3.2. Effets sur le système nerveux

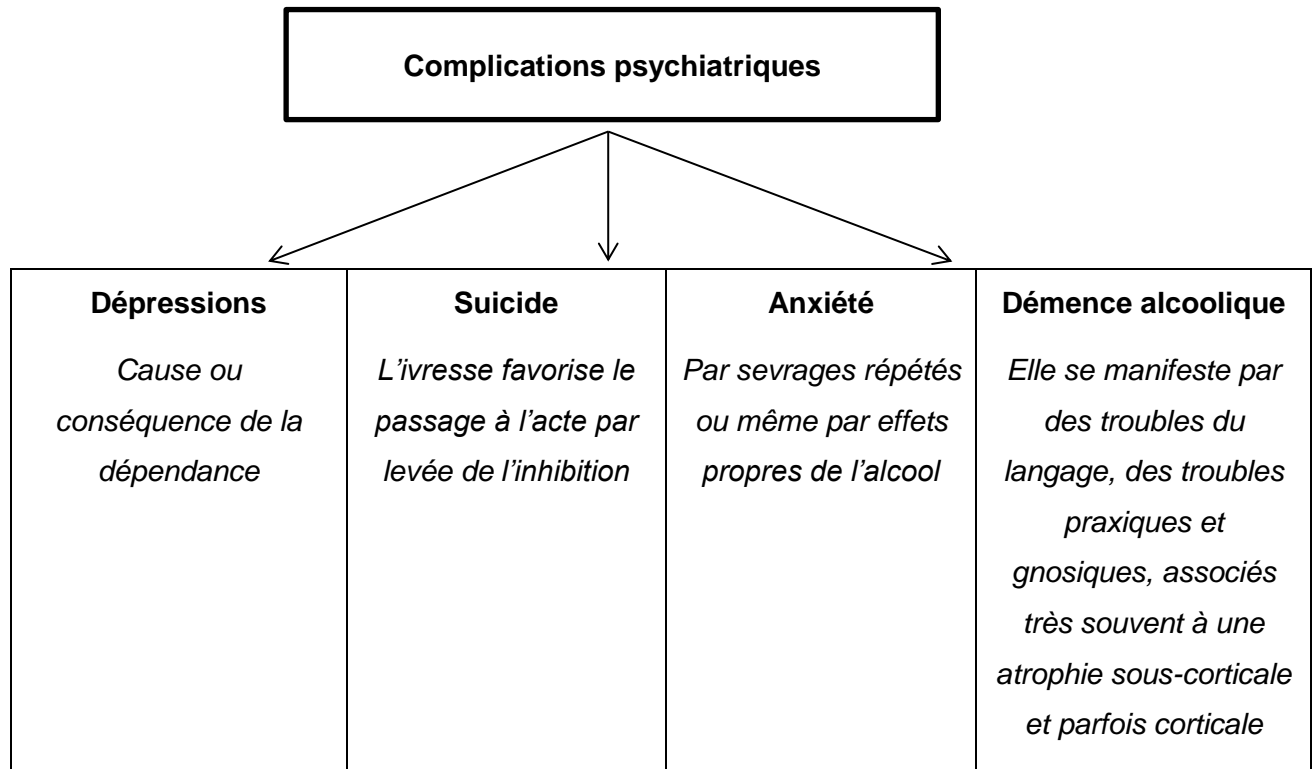
L'alcool est aussi un neurotoxique, qu'il soit consommé de façon ponctuelle ou chronique. [54]

A long terme, il existe une toxicité lésionnelle qui comprend des effets chroniques résultant d'une consommation d'alcool prolongée, persistant de façon définitive ou non, même après arrêt de cette consommation. [12]

On peut observer :

- des neuropathies périphériques : la polyneuropathie des membres inférieurs qui est une complication fréquente de l'intoxication alcoolique ; des neuropathies optiques
- un syndrome cérébelleux, qui se manifeste par un trouble de la marche
  - des risques d'encéphalopathies :
- des encéphalopathies :
  - de Wernicke, qui est une complication fréquente et sévère de l'intoxication alcoolique. Elle se manifeste par l'apparition brutale de troubles mentaux, une paralysie des mouvements oculaires, et une démarche ataxique. Sa prise en compte doit être systématique dans le suivi des patients alcoolo-dépendants. Elle peut être prévenue par l'administration de vitamine B1
  - le syndrome de KORSAKOFF, qui est une pathologie qui complique l'éthylisme du sujet âgé. Il se manifeste par une altération de la capacité à se rappeler des événements et autres informations enregistrées avant la maladie (amnésie rétrograde), et une altération de la capacité à acquérir des informations nouvelles (amnésie antérograde)

- des complications psychiatriques :



**Figure 18 : Les complications psychiatriques liées à l'alcool**

Toutes ces complications sont dues à des lésions anatomiques, des destructions cellulaires et des carences nutritionnelles provoquées par une consommation prolongée d'alcool. Effectivement, l'alcool entraîne une perte neuronale, une modification de la fluidité des neurones, de l'activité des récepteurs (cf 1.1.4).

Il est important de savoir que ces complications sont plus sévères chez le sujet âgé car il est plus particulièrement exposé aux ivresses alcooliques du fait de troubles organiques cérébraux associés.

On peut également évoquer le syndrome de sevrage alcoolique qui se manifeste par de l'anxiété, de l'agitation, une insomnie, des cauchemars, ceci favorisant des conduites suicidaires ou de la culpabilité.

Mais il existe aussi par des manifestations neurovégétatives telles que de la sueur, des tremblements, de l'hypertension et des manifestations digestives telles que de l'anorexie, des nausées, des vomissements et de la diarrhée.

[32] [51]

### 1.3.3.3. Les complications indirectes [32]

Les complications indirectes sont les suivantes :

- des complications vasculaires, de type hémorragies cérébrales à cause de l'effet hypertenseur de l'alcool
- des complications traumatiques, comme un hématome cérébral
- des complications métaboliques :
  - une hyponatrémie qui peut être responsable de confusion et de convulsion
  - une hypoglycémie qui peut survenir chez une personne qui consomme de l'alcool à jeun

### 1.3.3.4. Les cancers

La relation entre la consommation d'alcool et le risque de développer un cancer de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon-rectum (chez l'homme) et du sein (chez la femme) apparaît bien établie.

Effectivement, la consommation d'alcool est associée de façon dose-dépendante à une augmentation de l'incidence de plusieurs types de cancers. Tous les types de boissons alcoolisées semblent impliqués.

Par exemple, les cancers buccaux et du pharynx sont 37 fois plus élevés chez les grands buveurs / grands fumeurs, que chez les non-buveurs non-fumeurs.

En ce qui concerne le cancer de l'œsophage, les grands buveurs présentent un risque de le développer 10 fois supérieur à celui des abstinentes complets. [54] [55]

### 1.3.3.5. Mortalité

L'alcool est la deuxième cause de mortalité en France. La consommation excessive de boissons alcoolisées, contribue de façon directe ou indirecte à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins.

Il est responsable d'un décès sur onze.

Au début des années 2000, environ 37 000 décès étaient attribuables à l'alcool (10 000 par cancer, 6 800 par cirrhose ou autres pathologies digestives, 3 000 par alcoolisme dépendance et 2 300 par accidents de la route). [5] [56]

Plus récemment, on détermine 49 000 décès par an liés à l'alcool. Ce nombre a été actualisé à partir des dernières données disponibles en 2009 sur la mortalité et sur

l'augmentation des risques d'être touché par certaines pathologies (cancers, cirrhoses) suivant les quantités d'alcool consommées.

L'augmentation relativement aux données antérieures correspond à la réévaluation du rôle de l'alcool dans certaines pathologies et non à une évolution de la mortalité liée à l'alcool, qui tend à baisser. C'est ce que nous montre le tableau suivant. [57]

<b>Année 2000</b>	<b>Année 2007</b>
37 000	30 000

**Tableau 13 : Nombre de décès attribuables à l'alcool**

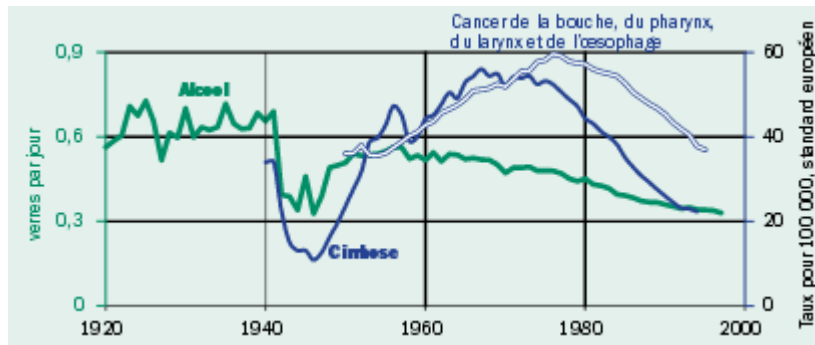
(Inserm) [5]

La diminution s'explique par les campagnes de prévention, notamment routières, mais également par l'amélioration des traitements de la cirrhose alcoolique. [5]

Des études montrent que plus d'un décès par cancer sur 9 est directement attribuable à l'alcool. On estime qu'en 2009, plus de 15 200 décès par cancer lui étaient imputables. L'alcool représente ainsi la seconde cause de mortalité évitable par cancer après le tabac. [56] [58]

Le nombre de décès suite à un accident de la route lié à l'alcool a été évalué à 1400 pour les années 2007-2008. Pour un conducteur avec une alcoolémie non nulle, le risque d'être responsable d'un accident mortel de la circulation est multiplié par 8,5.

Le schéma suivant nous montre que le nombre de pathologies qui peuvent être associées à l'alcool augmente bien avec le nombre de verres consommés par jour. On remarque que lorsque cette consommation a diminué entre les années 1940 et 1950 les nombres de cirrhose a également diminué.



**Figure 19 : Évolution de la consommation d'alcool et de la mortalité par cirrhose et par cancer de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage en France (HILL C) [56]**

Ce tableau nous montre le nombre de décès par pathologies attribuables à l'alcool.

**Tableau 1** Nombre de décès total, fraction et nombre attribuable à l'alcool par sexe et cause de décès, France / **Table 1** Total number of deaths, alcohol-attributable fraction and number of deaths due to alcohol by gender and cause of death, France

Cause de décès	Hommes			Femmes			Total		
	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool
<b>Cancer<sup>a</sup></b>	<b>89 824</b>	<b>12%</b>	<b>11 197</b>	<b>62 941</b>	<b>6%</b>	<b>4 003</b>	<b>152 765</b>	<b>10%</b>	<b>15 200</b>
Cavité buccale	1 270	75%	951	491	36%	178	1 761	64%	1 129
Pharynx	2 139	86%	1 842	252	49%	172	2 492	81%	2 014
Œsophage	3 402	84%	2 860	882	53%	467	4 284	78%	3 327
Colon-rectum	9 792	30%	2 949	8 523	9%	750	18 314	20%	3 699
Foie	6 203	30%	1 850	2 215	9%	201	8 418	24%	2 051
Larynx	1 240	60%	745	150	24%	35	1 390	56%	781
Sein	220	0%	0	12 547	18%	2 199	12 767	17%	2 199
<b>Maladie cardiovasculaire</b>	<b>66 833</b>	<b>14%</b>	<b>9 523</b>	<b>77 510</b>	<b>3%</b>	<b>2 710</b>	<b>144 343</b>	<b>8%</b>	<b>12 233</b>
Maladie hypertensive	3 099	46%	1 420	5 834	15%	866	8 933	9%	2 286
Cardiopathie ischémique	20 774	5%	938	15 765	-3%	-529	36 539	0%	409
Cardiomyopathie alcoolique	74	100%	74	10	100%	10	84	100%	84
Arythmie cardiaque	4 236	53%	2 250	6 277	22%	1 366	10 513	34%	3 615
Accident vasculaire cérébral hémorragique	7 734	48%	3 704	10 139	8%	827	17 874	25%	4 531
Accident vasculaire cérébral ischémique	5 532	19%	1 050	8 581	2%	150	14 112	9%	1 200
Varices œsophagiennes	88	100%	88	20	100%	20	108	100%	108
<b>Maladie digestive</b>	<b>12 543</b>	<b>45%</b>	<b>5 627</b>	<b>10 888</b>	<b>20%</b>	<b>2 145</b>	<b>23 431</b>	<b>33%</b>	<b>7 772</b>
Gastrite alcoolique	0	100%	0	0	100%	0	0	100%	0
Maladie alcoolique du foie	3 543	100%	3 543	1 317	100%	1 317	4 860	100%	4 860
Hépatite chronique sans prédiagn	15	100%	15	10	100%	10	25	100%	25
Fibrose et cirrhose du foie	1 684	100%	1 684	767	100%	767	2 451	100%	2 451
Cholécystite	109	-47%	-51	201	-10%	-19	310	-23%	-70
Pancréatite	596	74%	438	428	17%	71	1 024	50%	509
<b>Autres maladies</b>	<b>95 382</b>	<b>13%</b>	<b>3 441</b>	<b>104 926</b>	<b>5%</b>	<b>634</b>	<b>200 308</b>	<b>9%</b>	<b>4 075</b>
Diabète de type 2	3 048	21%	638	3 311	-4%	-143	6 359	8%	494
Encéphalopathie de Wernicke	6	100%	6	4	100%	4	10	100%	10
Maladie mentale due à l'alcool	2 251	100%	2 251	608	100%	608	2 859	100%	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	75	100%	75	26	100%	26	101	100%	101
Epilepsie et mal épileptique	859	53%	459	752	18%	137	1 611	37%	596
Polynévrite alcoolique	12	100%	12	4	100%	4	16	100%	16
<b>Cause externe</b>	<b>22 620</b>	<b>25%</b>	<b>5 545</b>	<b>14 748</b>	<b>18%</b>	<b>2 609</b>	<b>37 368</b>	<b>22%</b>	<b>8 154</b>
<b>Inconnue, mal spécifiée<sup>b</sup></b>	<b>7 671</b>	<b>16%</b>	<b>1 250</b>	<b>6 848</b>	<b>5%</b>	<b>363</b>	<b>14 519</b>	<b>11%</b>	<b>1 613</b>
<b>Total</b>	<b>272 253</b>	<b>13%</b>	<b>36 584</b>	<b>263 113</b>	<b>5%</b>	<b>12 465</b>	<b>535 366</b>	<b>9%</b>	<b>49 048</b>

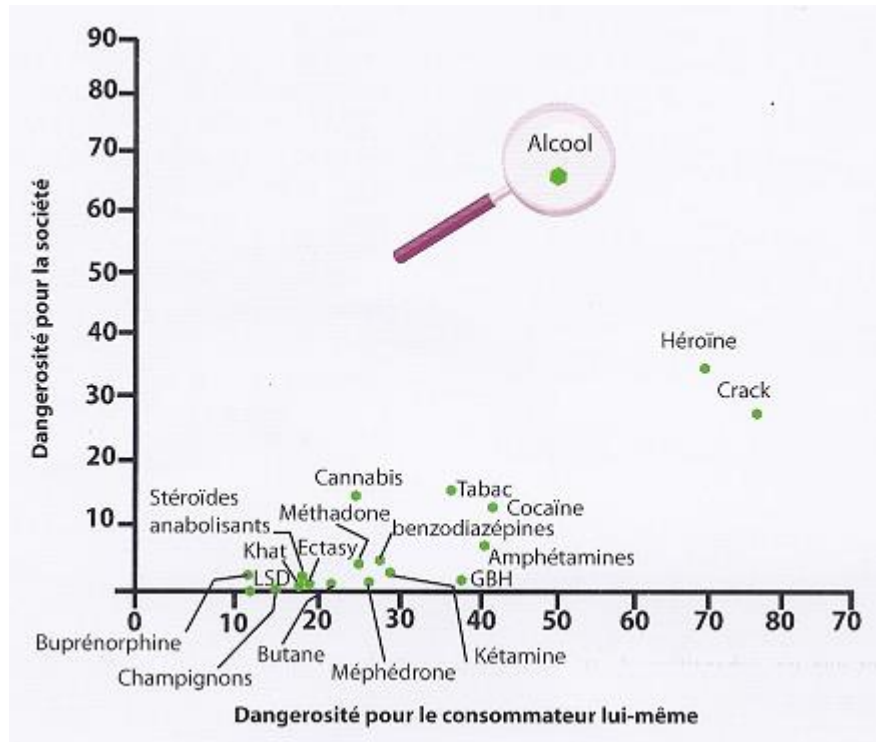
<sup>a</sup> Les cancers de localisation mal précisée ou non spécifiée (CIM : C76-C80) ont été répartis entre les localisations spécifiées au prorata des localisations spécifiées, par sexe et par âge.  
<sup>b</sup> Une fraction des décès par cause inconnue ou mal spécifiée (CIM : R96-R99) égale à la fraction des causes spécifiées attribuables à l'alcool a été attribuée à l'alcool, par sexe et classe d'âge.

**Figure 20 : Nombre total des décès dans la population de 25 ans et plus, et fraction attribuable à l'alcool, par sexe en 1995**

(InVES) [10]

#### 1.4. La dangerosité de l'alcool

Le schéma suivant montre que l'alcool est la drogue qui présente la plus grande dangerosité pour la société.



**Figure 21 : Classification de la dangerosité des drogues**  
(Le courrier des addictions) [59]

Effectivement, c'est un produit qui est en libre accès, et dont les prix restent plus raisonnables que pour les drogues comme l'héroïne et le crack. La majorité de la population peut y accéder sans limite. C'est donc un danger pour la santé et pour la population environnante (accident de la voie publique mettant en jeu la vie d'autrui,...)

Cependant, des limites existent. La réglementation la plus connue est la vente interdite aux mineurs, mais elle est très peu respectée. Ceci est donc un danger pour le jeune consommateur et pour le vendeur.

Pour le consommateur lui-même il n'intervient qu'en 3<sup>ème</sup> position. Effectivement, on n'observe pas de transmission de pathologies par voie sanguine. Ce n'est pas illégal donc ça entraîne moins de violence.



## **2. Alcool et officine : enquête**

## **2.1. Le pharmacien**

### **2.1.1. La place du pharmacien**

Le pharmacien est une personne de proximité, à l'écoute, riche de conseils pour sa patientèle.

Il a un rôle fondamental dans le dépistage, le suivi, notamment dans l'observance du traitement, dans le soutien psychologique au patient et son entourage, ainsi que dans les conseils.

En matière d'addiction, l'article R4235-2 rappelle que « *Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles, et le dopage* ». [34]

D'où, le pharmacien peut avoir sa place dans la sensibilisation à la consommation d'alcool, dans l'information sur les effets et les conséquences de cette dernière, les numéros spécialisés et l'orientation vers des centres spécialisés, dans le suivi des patients alcoolo-dépendants, les conseils aux proches des patients concernés...

### **2.1.2. Les nouvelles missions du pharmacien**

D'après la loi HPST du 21 juillet 2009 le pharmacien :

- Doit contribuer aux soins de premier recours
- Peut participer à la coopération entre professionnels de santé, à la permanence des soins, aux actions de veille et de protection sanitaire, à l'éducation thérapeutique et à l'accompagnement des patients
- Peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients
- Peut assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur
- Etre désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins du patient. C'est-à-dire qu'à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets
- Peut proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

Il est à noter que le pharmacien dans le domaine de l'addiction est :

- un acteur de soin de premier recours
- un acteur de veille et de protection sanitaire
- un éducateur thérapeutique
- un acteur de lien social

Nous allons détailler ces quelques points.

### **Acteur de soin de premier recours :** [34]

Le pharmacien est concerné, en tant que :

- professionnel de la santé (information, éducation, prévention, orientation, suivi, dépistage). Il doit tout autant savoir dispenser, former au bon usage du médicament, initier aux bonnes pratiques hygiéno-diététiques que prévenir les accidents induits par les activités de travail ou de loisir, ou encore éduquer les voyageurs aux destinations lointaines sur les risques qu'ils encourent
- professionnel du médicament : le pharmacien, de par sa formation, est le spécialiste du médicament, mais, il doit associer à sa délivrance l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition d'informations et de conseils nécessaires au bon usage des médicaments. Il a également un rôle de prise en charge dans certaines pathologies (rhume...) et d'orientation vers des professionnels de santé appropriée aux problèmes rencontrés.
- professionnel de proximité : effectivement en France, avec une moyenne d'une pharmacie pour 2500 habitants, elles constituent un remarquable réseau de proximité ; de plus, le pharmacien a majoritairement une clientèle régulière et fidèle, ce qui lui permet de bien connaître son cadre de vie et également ses habitudes. Il est ainsi un partenaire privilégié pour les autres professionnels de santé notamment avec le médecin pour le suivi du traitement.

De plus, la pharmacie constitue un espace de confidentialité de par l'agencement des locaux et le respect professionnel auquel est tenu le pharmacien. C'est également un lieu de rencontre, d'échange, et de démocratisation de l'information. Effectivement, un des points les plus importants du métier de pharmacien est le dialogue avec les patients sur la santé: la

sienne, la santé générale ou la santé médiatisée. Le pharmacien peut alors mieux connaître son patient et effectuer une « éducation personnalisée ». Il peut prendre le temps nécessaire pour rassurer le patient, ajouter des informations complémentaires du médecin et veiller à la bonne compréhension de sa maladie. Dans une société où l'accès à l'information est devenu simple et rapide grâce notamment aux médias ou à Internet, les erreurs de compréhension se multiplient engendrant mauvaises interprétations et confusions.

#### **Acteur de veille et de protection sanitaire :** [34]

Le pharmacien veille aux problèmes liés aux médicaments en les signalant aux autorités (pharmacovigilance, pharmacodépendance, matériovigilance, retrait de lot du médicament, ...), à la bonne utilisation des produits dispensés dans sa pharmacie. Pour finir, il collabore avec l'ANSM en retirant les médicaments jugés dangereux pour la santé.

Il peut également participer aux études épidémiologiques dans les études nationales, régionales et départementales concernant les thématiques de santé.

#### **Educateur thérapeutique :** [34]

L'éducation thérapeutique a été qualifiée d'« ardente obligation aujourd'hui officiellement reconnue » par l'ordre des pharmaciens.

Elle se définit par un enseignement individuel ou collectif dispensé à un patient ou à son entourage visant à améliorer la prise en charge médicale d'une affection, notamment d'une affection de longue durée.

Le pharmacien a alors pour rôle de :

- Informer, promouvoir la prévention et le dépistage
- Soutenir et accompagner les patients
- Expliquer et informer sur la pathologie et les traitements

#### **Acteur de lien social :** [34]

Effectivement, le pharmacien a un lien avec le patient de par leur fidélité. Il a un lien avec les personnes dépendantes et marginalisées, car il est un guide dans les parcours de soins du patient et sait l'orienter vers les autres professionnels de santé ou les structures d'accueil.

## **2.2. L'enquête**

Il s'agit d'une enquête qui s'est réalisée sur le mois de février, dans la pharmacie de Mme Nougier à Limoges, lieu où j'ai réalisé mon stage officinal de 6<sup>ème</sup> année.

### **2.2.1. Objectifs de l'enquête**

L'enquête consiste à présenter aux patients qui se présentent au comptoir, un questionnaire concernant leur consommation d'alcool.

Les objectifs sont de savoir :

- » si le questionnaire est adapté à la pratique officinale
- » la réaction du patient face à la présentation de ce questionnaire en officine, par le pharmacien
- » si le patient accepte d'y répondre facilement dans ce contexte
- » si le pharmacien est à l'aise pour aborder le sujet de l'alcool au comptoir
- » si c'est réalisable à l'officine

## 2.2.2. Matériel et méthodologie

### 2.2.2.1. Matériel

#### 2.2.2.1.1. La vitrine

Mi-janvier, une vitrine sur la thématique « alcool » a été élaborée et installée au sein de la pharmacie. L'équipe m'a chargé de réaliser cette vitrine. Cette dernière était constituée de plusieurs affiches, dont une qui informait sur l'enquête qui allait être réalisée.



Figure 22 : Photographie de la vitrine

L'affiche 1 est là pour interpeller la personne. C'est une affiche créée par le CRIPS île de France et validée par la MILDT et l'INPES. (annexe 1)

L'affiche 2 sert à informer le patient que tout au long du mois de février une enquête sur la thématique « alcool » sera réalisée. (annexe 2)

Le 3 (annexe 3) et le 5 (annexe 4) sont des affiches informant sur la notion de verre standard. Le 3 est un verre en plastique, qui représente « un équivalent de verre utilisé au quotidien », sur lequel les quantités de verres standards pour chaque alcool sont reportées, afin que le patient se rende compte réellement la valeur d'un verre standard.

L'affiche 4 (annexe 5) informe sur le numéro d'appel d'alcool info service pour les personnes qui veulent parler de leur problème avec l'alcool.

L'emplacement de cette présentation a été stratégique. Effectivement nous avons placé ces affiches sur un pylône qui se trouve sur le côté gauche dans l'officine, face à la porte d'entrée. Les personnes étaient alors obligées de passer devant pour accéder au comptoir. De plus, le coin d'attente se trouve face à ce côté du pylône, et lorsque le patient était amené à attendre il pouvait être facilement interpellé et voir l'information.

#### **2.2.2.1.2. Le prospectus**

##### **(1) Contenu**

Le prospectus est constitué de 6 faces, 3 à l'intérieur et 3 à l'extérieur.

Les faces internes :

- La première, est nommée « faire le point ». Elle rappelle à la personne qu'elle accepte d'évaluer sa consommation d'alcool, que le test qu'elle va réaliser est le « test FACE », que le professionnel de santé lui donne quelques informations sur l'alcool et la consommation. On y retrouve également les différents scores que le patient peut obtenir après avoir réalisé le test, et que l'on pourra commenter avec lui s'il le souhaite. Pour finir, on trouve les recommandations de l'OMS.
- La deuxième, appelée « informations », comporte plusieurs informations sur la consommation d'alcool.
- La troisième, correspond au questionnaire FACE (nous expliquerons dans la partie méthodologie pourquoi nous avons choisi ce questionnaire).

## Faire le point

## Informations

### Questionnaire FACE

1. Vous participez à une évaluation de vos consommations d'alcool.

2. Vous acceptez de passer un questionnaire d'évaluation : questionnaire FACE.

3. Une information vous est donnée par votre professionnel de santé.

4. Le résultat de votre test est compris :

entre 0 à 4 pour une femme ou entre 0 à 5 pour un homme

entre 4 et 8 pour une femme ou entre 5 et 8 pour un homme

Au-delà de 8

Votre professionnel de santé est à votre écoute, n'hésitez pas à lui en parler. Plus d'informations sur le site Internet [www.alcoolinfoservice.fr](http://www.alcoolinfoservice.fr)

Recommandations de L'Organisation Mondiale de la Santé

. pas plus de 3 verres par jour (homme)

. pas plus de 2 verres par jour (femme)

. jamais plus de 4 verres par occasion

. au moins un jour par semaine sans alcool

**1. Boire « trop » c'est quand ?**

. Quand je conduis ma voiture/mon scooter, ...

. Quand je suis **enceinte** ou quand j'allaite (alcool = 0, tabac = 0, ...)

. Quand je suis sur mon **lieu de travail**

. Quand je suis malade et que je prends des **médicaments**

...

**2. Boire « trop » c'est combien ?**

. Quand je bois plus de **21 verres pour l'homme** ou **14 chez la femme** par semaine

. Quand je prend plus de **4 verres sur un temps court**

. Quand je bois que je suis **enceinte, j'allaite** ou que je suis un **enfant**

...

**3. Boire « trop », c'est comment ?**

. Quand je commence à consommer dès mon **jeune âge**

. Quand j'en prends pour **tenir le coup**

. Quand j'en prends pour **me soulager**

. Quand j'en prends pour **ne pas penser/pour oublier**

. Quand je recherche **l'ivresse rapide, la «défonce»**

. Quand je l'associe avec **d'autres produits (médicaments, tabac, cannabis, ...)**

1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

0  1  2  3  4

Jamais ≤ 1 fois 2 à 4 fois 2 à 3 fois ≥ 4 fois

par mois par mois par sem. par sem.

2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

0  1  2  3  4

1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7 ou 9 ≥ 10

3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

0  4

Non Oui

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

0  4

Non Oui

5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

0  4

Non Oui

TOTAL

**Qu'est ce qu'un verre standard ?**

1 verre standard = 10gr d'alcool

1 verre de vin	1 verre de bière	1 verre de cidre	1 verre de spiritueux	1 verre de spiritueux	1 verre de spiritueux	1 verre de spiritueux
150 ml	330 ml	150 ml	40 ml	30 ml	20 ml	10 ml
12 g d'alcool	12 g d'alcool	12 g d'alcool	12 g d'alcool	12 g d'alcool	12 g d'alcool	12 g d'alcool

**Figure 23 : Face interne du prospectus**

Les faces externes :

- La première, correspond à la page d'accueil
- La deuxième, regroupe les adresses de Limoges auxquelles le patient peut s'adresser si nécessaire, s'il n'ose pas en parler à son médecin ou à son pharmacien
- La troisième représente la deuxième partie du questionnaire



**Partie à garder  
par le professionnel**

Questionnaire rempli :  oui  non  
Si refus document remis  oui  non

Avez-vous déjà abordé votre consommation d'alcool avec un professionnel ?  
 oui  non

Pensez-vous avoir besoin d'un temps d'entretien spécifique sur votre consommation d'alcool ?  
 oui  non  
Si oui, un RDV a-t-il été pris ?  
 oui  non  
Avec quel professionnel ?

Avez-vous appris des informations lors de cet entretien ?  
 oui  non

Date et lieu de l'entretien :

Date de naissance :

Sexe: Homme femme

Le patient a-t-il un traitement régulier?  
 oui  non  
si oui le(s)quel(s) :

Antécédents :



**Addictions**  
un professionnel près de chez vous !  
**Réseau de santé**  
Limousin

**Structures spécialisées**  
**Haute-Vienne**  
CSAPA\* ANPAA 87 (Limoges) : 05 55 34 46 00  
CSAPA\* Bobillot (Limoges) 05 55 34 43 77  
PAL\*\* CH Esquirol (Limoges) Limoges : 05 55 43 10

**Etablissements de santé**  
**Haute-Vienne**  
Centre hospitalier Bellac : 05 55 47 20 20  
Centre hospitalier Dupuytren (CHU) : 05 55 05 55 55  
Centre hospitalier Monts et Barrages (St Léonard) : 05 55 56 43 00  
Centre hospitalier St Junien : 05 55 43 50 00  
Centre hospitalier St Yrieix : 05 55 75 75 75

**Associations d'entraide**  
**Haute-Vienne**  
Alcooliques Anonymes (Limoges) : 05 55 38 43 22  
Alcooliques Anonymes (St Junien) : 06 85 48 28 63  
La santé de la famille (Limoges) : 06 85 82 99 45  
Vie libre (Limoges) : 05 55 04 15 08

**Pour en savoir plus**  
[www.alcoolinfoservice.fr](http://www.alcoolinfoservice.fr)  
Conseils, évaluations, programmes personnalisés

**Ecoute alcool France**  
0 811 91 30 30

**Alcool,  
On fait le point ?**

**Votre médecin,  
Votre pharmacien,  
et d'autres professionnels de santé  
sont à votre écoute**

Le réseau AddictLim vous propose un accompagnement du professionnel et du patient

version 14-01

CSAPA Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie  
\*\*MS : Médecins d'Addictologie de Limousin




**Figure 24 : Face externe du prospectus**

**(2) Objectif de l'outil**

Cette plaquette a été conçue, réalisée et imprimée avec le réseau ADDICTLIM.

Les objectifs étaient de créer :

- ❖ un outil pratique, synthétique et rapide d'utilisation : effectivement le prospectus permet une approche simplifiée ; il regroupe les informations essentielles ; le questionnaire se fait en 5 minutes
- ❖ un outil utilisable par tout le personnel de l'officine, à tout moment : grâce au prospectus, peu d'explication est nécessaire pour la compréhension du patient (par exemple si on manque de temps)
- ❖ un outil simple dont les données sont faciles de compréhension
- ❖ un document renfermant les données qui interpellent et qui doivent être connues, notamment les normes OMS et les types d'usage
- ❖ un outil qui permet à la fois de réaliser un questionnaire et laisser une trace de l'information au patient (partie de document à remettre)

### **2.2.2.1.3. Le questionnaire**

#### **2.2.2.1.3.1. Présentation des différents outils ou questionnaires existants [60]**

Il existe plusieurs outils d'évaluation des consommations d'alcool. Les plus utilisés sont le DETA CAGE, le FACE, l'AUDIT, le CRAFT et le MAST.

Le DETA est la traduction française du questionnaire CAGE et signifie « diminuer, entourage, trop et alcool ». Il comprend quatre questions résolument orientées vers la recherche d'un mésusage d'alcool et explore la vie entière du sujet.

L'AUDIT qui signifie Alcohol Use Disorders Identification Test est un auto-questionnaire, composé de 10 questions liées à la quantité d'alcool consommée et les dommages induits par la consommation. Il évalue le mésusage sur les 12 derniers mois.

Le CRAFT ou ADOSPA qui signifie Adolescent et Substances Psychoactives, est un test de dépistage précoce des usages à risque et nocif d'alcool qui s'applique aussi pour d'autres substances addictives, telles que le cannabis. Il concerne surtout les jeunes.

Le MAST qui signifie Michigan Alcoholism Screening Test met surtout l'accent sur les effets tardifs d'une consommation inadéquate d'alcool.

Le FACE qui signifie Fast Alcohol Consumption Evaluation, est un outil de repérage des consommations excessives d'alcool qui comprend 5 questions, validé internationalement dans le cadre du programme BMCM qui signifie « boire moins c'est mieux ».

L'AUDIT, le CAGE et le FACE sont les questionnaires les plus utilisés.

#### **2.2.2.1.3.2. Composition du test FACE**

Si nous avons utilisé le FACE, c'est parce qu'il est plus court que l'AUDIT, et qu'il a une meilleure spécificité et sensibilité que le CAGE. Ce fut un compromis pour une utilisation à l'officine.

C'est un questionnaire qui comporte cinq questions.

Questions		Réponses
1	A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	0 : jamais 1 : < 1 fois par mois 2 : 2 à 4 fois par mois 3 : 2 à 3 fois par semaine 4 : > 4 fois par semaine
2	Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	0 : 1 ou 2 1 : 3 ou 4 2 : 5 ou 6 3 : 7 ou 9 4 : > 10
3	Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	0 : Non 4 : Oui
4	Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	0 : Non 4 : Oui
5	Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	0 : Non 4 : Oui

**Tableau 14 : Les questions du questionnaire FACE**

Les items 1 et 2 s'intéressent à la consommation d'alcool (fréquence et quantité).

L'item 3 concerne le contexte social de la personne.

Les items 4 et 5 s'intéressent aux conséquences physiques liées à l'alcool.

Ce sont des items à réponses fermées qui se remplissent en cochant une case, sachant qu'il n'y a qu'une réponse par item, donc une seule case à cocher (précisé au début

du questionnaire). Ce mode de réponse a été choisi car il serait, d'après la littérature, celui limitant au maximum les biais, qu'ils soient liés à la personne interrogée (compréhension du mode de réponse, puis facilité, sécurité et rapidité du remplissage du questionnaire) ou à celle qui en recueille les données (simplicité du recueil limitant le risque d'erreur).

Ce questionnaire anonyme, est placé dans une boîte après que le patient l'ait rempli, sauf s'il en veut une interprétation plus approfondie.

**Les résultats s'interprètent de la façon suivante :**

<b>Scores</b>	<b>Résultats</b>
Entre 0 et 4 pour une femme ou entre 0 et 5 pour un homme	aucun risque, consommation normale
Entre 4 et 8 pour une femme ou entre 5 et 8 pour un homme	consommation à risque
Au-delà de 8	dépendance à l'alcool

**Tableau 15 : Interprétations des scores du test FACE**

**2.2.2.2. Méthodologie**

**2.2.2.2.1. Critères d'inclusion**

Tout d'abord, l'objectif de cette enquête est d'avoir 100 questionnaires remplis. Nous avons à disposition 120 documents, pour avoir une marge en cas de non réponse, ou si le patient prenait le document pour le remplir à domicile, ou si le patient prenait le document pour un proche.

### ***(1) Pour les patients***

Nous avons inclus dans cette étude tous les patients se présentant en pharmacie.

Il n'existe donc dans cette étude aucun critère d'exclusion et de visée spécifique des patients, bien au contraire. Le choix de n'occulter personne était volontaire. On ne voulait pas que les personnes consommatrices d'alcool se sentent stigmatisées ou jugées, sachant que la consommation excessive d'alcool est souvent associée à la honte ou au déni. Cependant, des difficultés ont été rencontrées pour cette population, nous l'expliquerons par la suite. La seule limite à l'inclusion a été la disponibilité de l'équipe officinale.

Les patients ayant répondu au questionnaire, sont de sexe masculin ou féminin, âgés de plus de 18 ans, venant à l'officine pour un conseil ou pour la délivrance d'une ordonnance pour une pathologie spécifique.

### ***(2) Pour la pharmacie et le personnel***

Les objectifs principaux de cette enquête, étant de voir si « aborder la consommation d'alcool à l'officine » est possible et si de telles enquêtes sont réalisables à l'officine. C'est pour cela que dans un premier temps, on ne s'est limité qu'à une seule officine, celle où j'ai réalisé mon stage de sixième année pour plus de simplicité.

En ce qui concerne le personnel de l'officine, tous étaient concernés par cette approche de l'alcool et de la proposition du questionnaire au comptoir. Ceci dans le but que tout le personnel soit capable de répondre aux patients lors de questions sur le sujet de l'alcool ou autres addictions et que personne ne soit mis à l'écart.

#### **2.2.2.2.2. Période d'inclusion**

Le choix a été de faire cette enquête sur un mois. Ceci a permis de laisser le temps au personnel de s'habituer à aborder ce sujet au comptoir et car le temps qui s'offre au personnel est parfois limité.

Le mois choisit a été celui de février. Il n'y a pas de raison spécifique, puisque c'est un questionnaire qui concerne la relation avec l'alcool dans la vie quotidienne. Nous avons utilisé le mois de janvier pour informer les patients sur cette enquête. Nous avons donc, mi-janvier, installé une vitrine informatrice (cf 2.2.2.1.1).

#### **2.2.2.2.3. Protocole de l'étude**

Pendant la période déterminée précédemment, lorsqu'un patient se présentait au comptoir pour la délivrance d'une ordonnance ou pour un conseil, le personnel devait lui proposer de « *participer à une étude concernant la consommation et les rapports avec l'alcool* » dans le cadre d'une thèse. On lui expliquait que cela consistait à remplir un questionnaire (cf 2.2.2.1.3.2) seul, et sous le couvert de l'anonymat.

Si le patient acceptait, le prospectus lui était présenté. On lui rappelait quelques informations sur l'alcool, notamment le verre standard,...

Ce dernier avait deux possibilités :

- soit de remplir le questionnaire à l'officine puis de le rendre immédiatement à la personne ; dans ce cas on découpait la partie questionnaire que l'on mettait dans une boîte destinée au recueil des questionnaires remplis et on remettait au patient la deuxième partie du prospectus qui contenait les informations classiques sur l'alcool et la consommation. On demandait à la personne si elle souhaitait commenter son score ou non.

- soit de l'emporter et le remplir à domicile, puis de le remettre en mains propres ou dans la boîte à lettre de la pharmacie.

#### **2.2.2.2.4. Traitement des données et analyses statistiques**

Toutes les données recueillies, issues des questionnaires récupérés, ont été saisies manuellement sous forme de tableaux Excel.

Tous les résultats, de chaque question, sont conférés en annexe.

Cependant, on ne s'intéressera qu'au score final du test car l'objectif de cette enquête pour cette thèse, n'était pas de déterminer le comportement des patients de l'officine face à l'alcool, mais de voir si elle était réalisable à l'officine (cf 2.2.1.).

### **2.2.3. Résultats**

Sur 120 questionnaires distribués, 94 ont été remplis, soit 78% de réponses. Effectivement, la majorité des personnes a rempli le questionnaire à l'officine, mais environ 40 documents ont été emportés pour les ramener ensuite, selon la volonté de la personne. Au final, 26 questionnaires n'ont pas été restitués, que l'on ne prendra pas en compte pour l'analyse des scores, mais qui nous intéresseront pour l'analyse de l'enquête en général.

Sur les 94 questionnaires, il y a 39 femmes, 47 hommes et 8 indéterminés (n'ont pas rempli les critères « masculin ou féminin » et « âge »).

On remarque que 80% des femmes et 66% des hommes ont une consommation à risque faible ou nul. 15% des femmes et 17% des hommes ont une consommation excessive. Pour finir, 5% des femmes et 17% des hommes présentent une dépendance probable à l'alcool. Les indéterminés ne pouvant être pris en compte dans ce calcul de pourcentage.

Signification	Scores	Femmes	Hommes	Indéterminés	Total
Risque faible ou nul	<4 ou <5	31	31	6	68 (72,3 %)
Consommation excessive	>4 ou >5	6	8	2	16 (17 %)
Dépendance probable	>8	2	8	0	10 (10,6 %)
	Total	39	47	8	94

**Tableau 16 : Tableau récapitulatif des scores finaux de l'enquête**

Ces résultats sont en corrélation avec les données épidémiologiques. C'est-à-dire que les hommes sont plus concernés que les femmes pour la consommation à risque et la dépendance à l'alcool.

En ce qui concerne la consommation d'alcool et l'âge, on remarque que 7,5 % des moins de 45 ans et 10% des plus de 45 ans ont une consommation à risque. Ceci peut s'expliquer par le nouveau mode de consommation des jeunes, c'est-à-dire boire beaucoup en peu de temps, peu de fois dans la semaine.

Puis, 2,5 % des moins de 45 ans et 8,75 % des plus de 45 ans présentent une dépendance à l'alcool. Ceci peut s'expliquer par la consommation quotidienne d'alcool, principalement de vin.

Scores	Femmes < 45 ans	femmes > 45 ans	Femmes ind.*	hommes < 45 ans	hommes > 45 ans	hommes ind.*
<4 ou <5	10	21	0	8	18	5
>4 ou >5	3	3	0	3	5	0
>8	0	2	0	2	5	1
Total	13	26	0	13	28	6

**Tableau 17 : Tableau récapitulatif de l'enquête en fonction de l'âge**

(\* âge indéterminé) (Dans ce tableau n'apparaissent pas les huit indéterminés)

C'est résultats sont également en corrélation avec les données épidémiologiques citées dans la première partie de ce travail.

Nous allons par la suite analyser le déroulement et les résultats de cette enquête. Nous allons parler des remarques qui ont été faites puis nous concluons sur les objectifs.

## **2.2.4. Analyse et remarques**

### **2.2.4.1. Le questionnaire**

On a remarqué que le questionnaire FACE était bien adapté à la pratique officinale, puisqu'il se fait rapidement, les questions sont ciblées, et nous permettent de se faire une idée sur les rapports du patient avec l'alcool.

Les remarques qui ont été faites par l'équipe et par certains patients sur le questionnaire sont les suivantes :

- ✓ Les scores ne devraient pas être inscrits en face de chaque réponse, car cela peut influencer la personne. Effectivement, le score donne une idée de l'importance de la réponse. Le patient sait, rien que par la première lecture, dans quelle catégorie il va se retrouver, cela peut alors l'effrayer et donc l'influencer à répondre quelque chose qui ne lui correspond pas.
- ✓ Les réponses ne devraient pas être dans l'ordre croissant de gravité, et ce, pour la même raison que précédemment. La personne sait que si elle répond la dernière réponse possible, elle se retrouvera dans la catégorie qui présente le plus de risque. Même si le questionnaire est anonyme, on peut peut-être craindre que la réponse soit minimisée.
- ✓ La deuxième question a perturbé beaucoup de personnes, qui nous ont demandé le sens de cette dernière. Sachant que la première question concerne la fréquence de la consommation, ils pensaient que la deuxième concernerait le nombre de verre lors du moment de la consommation, mais « journée ordinaire » les interpellait. Ceci d'autant plus que parmi les réponses, il n'y a pas « zéro verre », or la plupart du temps, les personnes ne consomment pas d'alcool en journée ordinaire. Malgré la difficulté de compréhension de la question, elle nous a permis d'échanger et d'ouvrir un dialogue.



Le test FACE étant un questionnaire de référence, les questions ne peuvent pas être modifiées. Par contre, il est possible de ne pas mettre les scores sur le prospectus et de le donner lors de l'échange avec le patient.

#### **2.2.4.2. Le déroulement de l'enquête**

Concernant la mise en place de cette enquête dans l'officine, si notre premier sentiment a été l'appréhension, car la thématique « alcool » est un sujet difficile à aborder et à évoquer avec le patient à l'officine. Nous avons été soulagés car les personnes ont été très réceptives.

#### **2.2.4.3. Réaction et comportement des patients**

##### **Bonne acceptation globale**

Tout d'abord, grâce aux résultats cités précédemment, on remarque que les patients ont accepté cette enquête puisque sur les 120 questionnaires distribués, 94 ont été remplis (78% de réponses).

De plus, si on analyse les résultats, on remarque que 68 personnes (72%) ont une consommation à risque ou nul, 16 (17%) ont une consommation excessive et 10 (11%) présentent une dépendance probable à l'alcool. Ces 10 derniers ont pu évoquer leurs problèmes avec l'alcool, avoir une écoute, ce qui est encourageant pour les professionnels que nous sommes. Les usagers ont pu exprimer leurs consommations, d'autres peut-être pas, mais ils ont pu voir que leur équipe officinale pouvait en parler avec des mots simples, un questionnaire non stigmatisant. Ceci a peut-être permis de libérer la parole.

##### **Deux réactions différentes : surprise / enthousiasme**

Lors de la présentation du questionnaire nous avons eu deux réactions différentes.

La première a été la surprise. Les personnes se demandaient pourquoi un tel questionnaire était posé dans une pharmacie, et à un moment où aucune campagne actuelle sur l'alcool ne se déroulait. Lorsqu'on leur disait que c'était pour un travail de thèse de doctorat de pharmacien, la démarche était comprise. Nous leur avons donc demandé pourquoi ça les gênait d'être interrogé sur leur consommation d'alcool à l'officine, ils nous ont répondu qu'ils étaient justes surpris car ce n'était pas courant.

La seconde, a été l'enthousiasme. Les personnes ont répondu sans se poser de questions. Quand on leur demandait si ça ne les gênait pas de répondre à un tel

questionnaire à l'officine, ces dernières nous ont répondu que non car on se trouve dans un « milieu médical ». Ceci nous confirme que pour un certain nombre de personnes le pharmacien est bien considéré comme un professionnel de santé, et qu'il a sa place, en respectant sa fonction, dans tous les domaines de la santé.

### Deux comportements

Face au questionnaire, deux comportements ont été observés.

Le premier, le patient remplissait le questionnaire sur place, le temps que l'on prépare son ordonnance puis nous le rendait ensuite. Certains nous ont questionné sur le sujet, d'autres ne s'y sont pas intéressés.

Le deuxième, la personne préférerait emporter le questionnaire chez elle pour le ramener plus tard. Au final, certains nous les ont ramenés, d'autre non. Ce comportement nous laisse supposer plusieurs hypothèses.

Situations	Hypothèses	Explications
<b>Prospectus rapportés à l'officine</b>	<b>Mal à l'aise</b> face à l'alcool	- à cause de sa propre histoire - à cause de l'histoire d'un proche <b>➡</b> ne veut pas qu'on lui parle de ce sujet
	<b>Pas envie d'en parler</b>	Pour des raisons quelconques
	<b>Contexte pas approprié</b>	Etre pas assez anonyme (dit plusieurs fois) Le pharmacien n'a pas à présenter ce genre de questionnaire à sa patientèle
	<b>Pour un proche</b>	Laisse penser que c'est une gêne, puisque s'il le ramène, il n'y aura pas que leur questionnaire et on ne pourra pas savoir lequel est le sien ou celui du proche
<b>Prospectus non rapportés à l'officine</b>	<b>Pas le temps / oublis</b>	Les personnes n'ont pas vu ce questionnaire comme une priorité de

		santé et n'ont pas pris le temps de le ramener ou ont oublié
--	--	--

**Tableau 18 : Hypothèses et analyses du deuxième comportement face à la présentation du questionnaire**

Dans tous les cas, nous n'avons pas demandé au patient pourquoi il préférerait l'emmener pour ne pas l'offenser et installer un malaise. Mais ce comportement n'est pas celui qui est ressorti en priorité, donc ne déstabilise pas l'enquête.

En résumé, nous pouvons considérer que les personnes ont accepté de participer à cette évaluation sans grande difficulté.

#### **2.2.4.4. Comportement du personnel de l'officine**

Lors du lancement de l'enquête, nous avons peur de la réaction des patients non pas sur notre légitimité à réaliser ce type d'enquête, mais plutôt la peur que le patient se sente stigmatisé ou jugé. Au fil de l'enquête, on s'est aperçu que les patients ne ressentaient pas ceci. Certains se sont même sentis à l'aise et ont parlé de leur consommation, de leur problème ou de ceux d'un de leurs proches. D'autres, se sont rendus compte qu'ils ne maîtrisaient pas le sujet et ont posé des questions. Il y a eu des échanges très intéressants, rassurants pour le personnel.

Le principal problème rencontré a été que les personnes pour lesquelles on savait qu'il y avait une consommation excessive, nous n'avons pas pu leur présenter les questionnaires. Nous avons peur qu'ils se sentent jugés. Par contre, pour les patients venant chercher leur traitement de substitutions aux opiacés on n'a pas rencontré ce blocage. Effectivement, un dialogue s'est instauré avec ces patients, ce qui fait que la barrière du jugement est dépassée et les patients ont répondu sans problème.

Pour finir, en ce qui concerne les patients qui ont rempli le questionnaire, qui obtenaient un score supérieur à 4 ou 5, et qui nous disait « *Ah, mais je peux le remplir votre questionnaire, je ne suis pas alcoolique moi* », il était difficile d'apporter une information supplémentaire car ils sont dans le déni de prise en charge. Ils nous disaient « *ce n'est pas parce que l'on boit du vin tous les jours que l'on dépendant* ». Face à ce comportement, que l'on soit pharmacien ou médecin, la réaction est la même, « *il ne faut pas insister* », mais il faut faire passer le message en douceur, par des mots simples, non choquants, pour interpeller. La personne ne le montrera peut-être pas, mais arrivée chez elle, elle peut y repenser et réfléchir.

#### 2.2.4.5. Contexte officinal

Le milieu de l'officine, surtout dans une pharmacie de quartier, est un contexte chaleureux et rassurant. Effectivement, les patients ont leurs repères, leurs habitudes avec le personnel et se sentent alors facilement à l'aise pour aborder ce genre de questions.

Le principal problème est l'anonymat absolu. Il est vrai que lorsque le patient est au comptoir, même si on le laisse remplir son questionnaire, quand on revient, il peut ne pas avoir fini de le remplir, ou on peut regarder ses réponses devant lui, ce qui peut être gênant pour le patient. De plus, il n'est pas réellement seul, d'autres patients sont autour, ce qui peut le perturber. Nous détaillerons alors les solutions possibles qui peuvent être mis en place, dans la conclusion de l'enquête.

#### 2.2.4.6. Analyse résultats

Si on analyse les résultats, on remarque qu'ils sont en corrélation avec les données épidémiologiques citées dans la première partie.

Signification	Données de la pyramide de Skinner	Résultats de l'enquête
Risque faible ou nul	70-75 %	72,3 %
Consommation excessive	10-15 %	17 %
Dépendance probable	10-15 %	10,6 %

**Tableau 19 : Comparaison des résultats de l'enquête et des données de la pyramide de skinner**

Ceci nous prouve que, la plupart des patients ont répondu honnêtement.

De plus, on observe des résultats positifs à la dépendance à l'alcool, donc les patients ont accepté le questionnaire.

#### **2.2.4.7. Connaissance du patient**

Le questionnaire comporte une question qui est la suivante « avez-vous appris des informations lors de cet entretien ? ». La majorité des réponses est « non » et ce, surtout pour les hommes.

Cependant, lors des conversations, nous avons remarqué que les personnes n'avaient aucune connaissance sur les normes standards. Pour certains, boire un verre tous les jours est signe de dépendance, pour d'autres non.

Ensuite, ils n'ont aucune notion du verre standard. Effectivement, pour eux, le verre standard est le verre de cuisine, pour tout type d'alcool. Ils ne pensent pas à adapter la quantité et le degré de la boisson. De plus, dans le prospectus, sur la partie du questionnaire, nous avons inscrit la règle des verres standards en fonction de l'alcool concerné pour justement rappeler cette notion. Mais certains patients ont coché un verre, qui pour eux représentait le verre standard sans prêter attention au fait que ce dernier était associé à un alcool. Celui qui ressort le plus souvent est le verre ballon.

Pour finir, les patients savent qu'il y a des degrés variables en fonction du type d'alcool. Cependant, pour eux le whisky apporte plus d'alcool que la bière. Effectivement, le whisky a un degré plus élevé que la bière, mais si on respecte les verres standards, le verre de whisky sera moins conséquent que le verre de bière. Donc au final, la quantité d'alcool pure apporté est la même. Mais ceci n'est pas clair dans la tête du patient.

#### **2.2.5. Conclusion de l'enquête**

En conclusion, nous allons voir si l'enquête réalisée sur un mois répond aux objectifs et surtout si c'est réalisable à l'officine.

La première question est : « Est-ce que le questionnaire est adapté à la pratique officinale ? ». L'analyse nous permet de dire que oui, puisqu'il est court, donc rapide à réaliser ; le patient a le temps de répondre sans être dérangé par le praticien. De plus, en globalité, les questions sont simples et résument correctement la consommation d'alcool.

La deuxième question est : « Est-ce que le patient réagit bien face à la présentation de ce questionnaire par le pharmacien ? ». Dans la globalité, les patients ont correctement réagi. La plupart ont trouvé ça bien, et nous ont dit que le pharmacien avait sa place dans une telle enquête. Quant à ceux qui ont été surpris, si ce questionnaire avait été présenté

dans le cadre d'une campagne régionale ou autre, il n'y aurait pas eu cette surprise. Donc rien ne contre-indique ce type d'enquête dans une officine.

La troisième question est : « Est-ce que le patient a accepté d'y répondre facilement dans ce contexte ? ». La réponse est qu'ils ont accepté. Certains ont même demandé plus d'information sur le sujet, quand à d'autres, ils ont voulu parler de leur consommation qu'ils ne pensaient pas à risque ou de celle d'un proche. Ceci montre que le pharmacien a été considéré comme un professionnel de santé et qu'il a sa place dans de telle campagne. Quant à ceux qui ont préféré emporter le questionnaire chez eux, comme ils sont en minorité, ils ne permettent pas de conclure sur le fait que l'enquête a été mal accueillie à l'officine. On peut donc conclure sur le fait que oui, le patient a bien réagi et y participe facilement même dans un contexte officinal.

La quatrième question est : « Est-ce que le pharmacien est à l'aise pour aborder le sujet de l'alcool au comptoir ? ». Comme on l'a dit précédemment, la première impression était l'angoisse car nous savons que l'alcool est un sujet tabou associé à la honte. C'est un sujet qui normalement, est plus facilement abordé par le médecin, d'autant plus qu'il est dans un bureau, face au patient, donc c'est plus confidentiel. Nous avons alors peur du refus catégorique des patients à répondre au comptoir et à aborder le sujet avec un pharmacien. Mais après quelques questionnaires, pour lesquels il n'y avait pas eu de patient réfractaire, la confiance est revenue et tout s'est déroulé facilement. Le seul problème rencontré était pour les patients consommateurs. Pour eux, nous n'avons pas pu leur faire faire le questionnaire. Je pense que le blocage vient essentiellement de nous, car nous aurions pu leur faire faire sans aller plus loin dans nos questions pour ne pas les bloquer. Mais au final, nous n'avons pas laissé le choix à ces patients qui auraient peut-être abordé leur consommation par la suite. De plus ici, nous faisons faire le questionnaire en fonction du temps, et nous nous sommes certainement cachés derrière ce critère. Mais si c'était une enquête régionale, les personnes auraient été au courant et nous aurions d'une part été plus à l'aise et d'autre part dans l'obligation de la faire faire à tout le monde. Après le patient a le droit de refuser de la faire, mais c'est son choix.

La dernière question est : « Est-ce que c'est réalisable à l'officine ? ». On peut conclure que oui, car tout d'abord aucun des autres objectifs de cette enquête n'a été conclu comme négatif. Le seul problème lié à l'officine est l'anonymat. Effectivement, la personne n'est pas seule, d'autres patients sont autour, le pharmacien peut revenir devant elle avant

qu'elle n'est finie de remplir le questionnaire,... C'est pour cela qu'il pourrait être intéressant d'isoler dans un coin de l'officine un endroit où le patient peut remplir le questionnaire sans être gêné. Après elle peut rester au comptoir si ça ne la gêne pas. De plus, comme l'on récupère le questionnaire, le patient peut croire que l'on a repéré son questionnaire et que l'on peut aller le revoir après. Il serait donc intéressant là aussi, de mettre en place une urne scellée opaque, où le patient vient placer son questionnaire lui-même, sauf s'il veut qu'on le commente avec lui. Dans ce cas, il serait alors difficile pour nous, même si on regarde dans l'urne le soir même, de savoir quel bulletin correspond à quel patient. Cela permettrait de les rassurer, et peut-être d'éviter que certains les emmène chez eux.

Ces analyses ont été regroupées sous forme de tableau.

Questions	Oui	Non
Est-ce que le questionnaire est adapté à la pratique officinale ?	Court Rapide Questions simples	
Est-ce que le patient réagit bien face à la présentation de ce questionnaire par le pharmacien ?	Bonne réaction Demandes de plus d'informations sur le sujet Dialogue sur leur consommation qu'il ne pensait pas à risque ou de celle d'un proche Bon taux participation (78%) Pharmacien légitime	Plutôt dans le cadre d'une campagne nationale ou régionale pour certains
Est-ce que le patient a accepté d'y répondre facilement dans ce contexte ?	Bon taux de participation (78,40 %)	Certains l'ont emporté, d'autres ne l'ont pas rapporté
Est-ce que le pharmacien est à l'aise pour aborder le sujet de l'alcool au comptoir ?	Confiance rapide grâce au patient	Difficulté avec patient déjà repéré ayant une problématique excessive d'alcool
Est-ce que c'est réalisable à l'officine ?	Adapté Acceptation patient et pharmacien	Dépendant de la motivation du titulaire et/ de l'équipe

**Tableau 20 : Résumé des réponses aux objectifs de l'enquête**



En conclusion, on remarque que rien n'empêche la mise en place d'un tel questionnaire dans une officine, ni sur le fond, ni sur la forme. On peut donc supposer que l'information, la sensibilisation, la participation à des études épidémiologiques des réseaux de santé concernés et des autorités compétentes peuvent être réalisables par le pharmacien d'officine.

De plus, ces campagnes font entre autre partie des nouvelles missions du pharmacien, donc il est dans la capacité et le droit de réaliser de telles enquêtes.

Nous allons détailler tout cela dans la troisième partie.

### **3. Place du pharmacien dans le repérage et le suivi d'une consommation problématique d'alcool**

### **3.1. La prévention**

#### **3.1.1. Définition de l'OMS [61]**

Pour l'OMS, la santé doit se définir non seulement comme « l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental, social ».

Quant à la prévention, c'est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

L'OMS distingue 3 types de prévention, qu'elle qualifie de primaire, secondaire ou tertiaire et qui correspondent en fait à des états successifs de la maladie.

##### **3.1.1.1. La prévention primaire**

Elle est définie par l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas.

Elle peut être effectuée par le pharmacien qui peut mettre en avant dans son officine des campagnes de prévention par l'intermédiaire de vitrines, de prospectus... Nous allons détailler ceci par la suite.

##### **3.1.1.2. La prévention secondaire**

Elle a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.

En ce qui concerne l'alcool, on peut placer dans ce type de prévention, le RPIB qui signifie Repérage Précoce et Intervention Brève. Nous expliquerons ceci dans la partie 3.2.

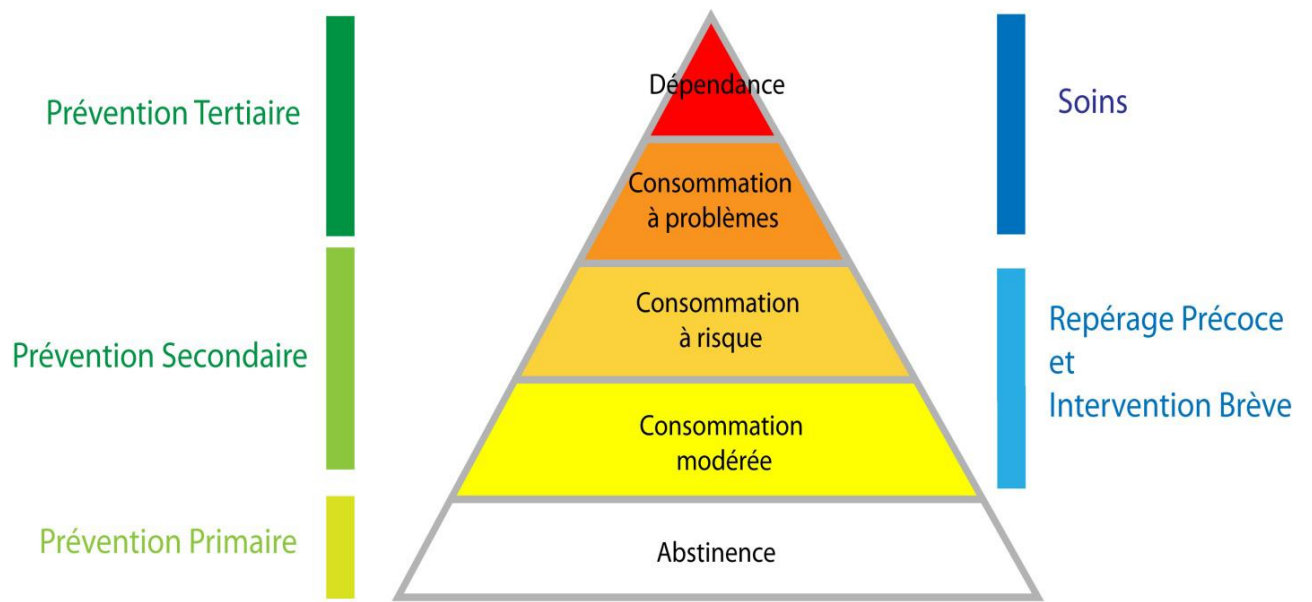
##### **3.1.1.3. La prévention tertiaire**

Elle intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

Elle vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique.

Le pharmacien, face à l'alcoolisme et à la prévention tertiaire, peut intervenir par l'éducation thérapeutique. Nous le détaillerons dans la partie 3.3.

On peut associer sur un schéma les trois types de prévention avec les différents modes de consommations d'alcool.



Pyramide des dépendances

**Figure 25 : La pyramide des dépendances**

(J LA HAYE SAINT HILAIRE S. DE) [22]

On remarque que le pharmacien peut intervenir à tous ces niveaux, sauf dans le soin proprement dit.

### **3.1.2. Support de communication à l'officine**

#### **3.1.2.1. Les différentes voies de prévention [22]**

Il existe différents types de prévention : la prévention universelle et la prévention de proximité.

##### ***(1) La prévention universelle***

Elle a pour objectif de diminuer les niveaux de consommations en limitant la demande et l'offre.

Elle utilise alors des campagnes d'information et d'éducation pour la santé, mesure de contrôle social...

##### ***(2) La prévention de proximité***

L'objectif est de développer les capacités de choix et de réflexion de chacun, c'est un rôle d'éducation.

Elle apporte les mesures et outils sur les effets et risques des conduites addictives aux concitoyens, à tous les âges de la vie et en tous lieux.

#### **3.1.2.2. L'information**

Il existe différentes voies de communications que l'on peut mettre en place à l'officine.

Le pharmacien doit participer aux campagnes publiques. De plus il doit mettre en place des semaines de prévention au sujet de thématique « alcool » plusieurs fois dans l'année dans son officine.

##### **3.1.2.2.1. La vitrine**

###### ***(1) Généralités***

La vitrine est un moyen d'information pour la clientèle de l'officine et pour la population externe si c'est une vitrine au donnant extérieur.

Leurs emplacements doivent être stratégiques, c'est-à-dire qu'ils doivent être placés là où la population peut les voir.

- Soit on a une vitrine extérieure, dans ce cas on ne fera que des vitrines de campagnes régionales ou nationales pour que la population comprenne l'intérêt.

- Soit on fait des vitrines internes à la pharmacie, à n'importe quel moment de l'année pour faire des rappels sur un problème de santé publique de façon personnalisée à l'esprit de la pharmacie.

Elles doivent, dans tous les cas, contenir des affiches qui interpellent et qui informent.

Par cet intermédiaire, on peut mettre en place la prévention universelle et de proximité. Effectivement, une campagne d'affichage a été réalisée à la demande de la MILDT, en partenariat avec la Direction générale de la santé, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens et l'INPES.

Ces 4 affiches ont pour objectif de :

- ✓ Faciliter le dialogue sur les dangers de l'alcool
- ✓ Permettre au grand public d'identifier l'équipe officinale comme ressource en matière d'information et de prévention de la consommation d'alcool

Toutes les pharmacies d'officine de métropole et des DOM ont reçu ces 4 affiches à partir du 21 juin 2010.

Parmi les affiches mises à disposition, 5 sont intéressantes. Nous allons expliquer leur intérêt dans une vitrine d'officine.

### **Affiches qui interpellent :** [62]



Cette affiche permet de s'interroger sur sa motivation à consommer de l'alcool.



Cette affiche permet de s'interroger sur son niveau de consommation.



Cette affiche permet de s'interpeller sur ses connaissances concernant les conséquences de la consommation d'alcool (conséquences médicale et judiciaire).



Cette affiche permet de se demander si l'on sait vers qui se tourner en cas de problème avec l'alcool.

Toutes ces affiches permettent l'interpellation et la réflexion des personnes qui les voient. De plus, placer dans la vitrine d'une officine, elles permettent de faire comprendre aux patients que le pharmacien peut les renseigner sur ce sujet.

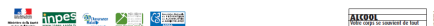
### **Affiches qui informent : [62]**

Il y a la même quantité d'alcool dans  
un demi de bière, une coupe de champagne,  
un ballon de vin, un verre de pastis...



Consommés au-delà des seuils recommandés, 3 verres par jour pour l'homme, 2 pour la femme, tous les alcools représentent le même danger.

**Pour rester en bonne santé, diminuez votre consommation.**



Cette affiche rappelle les quantités références de chaque alcool.

Cette dernière, fait partie des affiches du RPIB (cf. 3.1.3.).

Parmi ces dernières, il est important de toujours mettre une affiche avec un numéro d'appel d'alcool info service. Par exemple, l'affiche suivante : [63]



Ces affiches ne sont pas exhaustives, et sont des exemples.

**(2) Mettre en place les vitrines avec les affiches :**

Le tableau suivant nous permet de comprendre comment les mettre en place et pourquoi.

Vitrines	Arguments
A la vue extérieure ➡ population générale	- pour les campagnes nationales, régionales ➔ affiches déterminées
A l'intérieur de l'officine ➡ patientèle de l'officine	- pour faire passer un message personnalisé de santé à n'importe quel moment de l'année, ceci permet d'ouvrir le dialogue sur le sujet  *période de fêtes * hors période de fêtes

**Tableau 21: Les éléments de choix pour la mise en place des vitrines**

**Campagnes nationales ou régionales :**

Ces campagnes se retrouvent régulièrement tout au long de l'année. On retrouve des affiches, des films publicitaires, des prospectus. Mais peu sont relayées dans les officines. C'est un point négatif que le pharmacien devrait résoudre lui-même en demandant ces affiches et en les installant. Bien évidemment, ce serait plus intéressant dans les vitrines extérieures pour sensibiliser un plus large nombre de personnes, mais rien n'empêche de le faire en interne à l'officine.



Il est important de noter que de mettre en place ces campagnes dans l'officine, au moment où elles sont diffusées, montre que le pharmacien est impliqué dans une démarche de santé publique majeure.

Par exemple, le 18 novembre 2013, c'est la campagne « ils ne gâcheront pas la fête et ne feront pas figure de rabat-joie » qui a été mise en place. L'objectif était de valoriser ceux qui refusent de prendre un verre de plus. Un film publicitaire était diffusé à la télé. A partir de là, le pharmacien d'officine pouvait mettre en place des affiches, rédigées par ses soins, sur les astuces que les personnes peuvent avoir pour pouvoir dire non face à un verre d'alcool, puis des affiches correspondant à la campagne.

### **Information tout au long de l'année (campagnes personnalisées):**

En ce qui concerne les périodes de fêtes, il serait intéressant de mettre en avant des rappels :

- » sur les équivalences des alcools (alcool/quantité)
- » sur les effets d'une consommation excessive (violence, trouble du comportement, de la vision et de l'équilibre,...)
- » sur les risques liés à une consommation excessive (accidents de la route, comas, décès,...)
- » sur le code pénal lié à l'alcool (taux d'alcoolémie autorisé, amendes...)
- » remettre de l'information
- » rappel sur les campagnes types capitaine de soirée

Quant à l'information hors période de fêtes, plusieurs sujets peuvent être abordés. C'est au pharmacien avec son équipe de décider d'un sujet. Par exemple « Les jeunes et l'alcool », ici on mettra plutôt des affiches interpellantes sur les accidents de la route, les violences liées à l'alcool... Ou encore, « Savoir dire non », dans ce cas il faut mettre des affiches sur lesquelles on retrouve des phrases adaptées pour le refus d'un verre, ou des situations qui montrent que c'est celui qui refuse qui est intelligent et non celui qui insiste. « Alcool et grossesse », par exemple, il faut mettre une affiches indiquant les conséquences de la consommation d'alcool pour le bébé. « Les conséquences de la consommation d'alcool quotidienne », dans ce cas, on mettra des affiches sur les conséquences physiques de l'alcool (cancers,..). Ou faire tout simplement des rappels, comme nous les avons cités au-dessus.

Il faut savoir, que les affiches classiques, que l'on trouve sur les sites de l'INPES, ANPAA, MILDT, OFDT, cespharm, ... sont très intéressantes pour mettre en avant la prévention ou l'interpellation, mais elles sont connues. Donc à force d'être vues on ne les voit plus. C'est pour cela, qu'il serait intéressant que l'équipe officinale prenne le temps d'étudier le sujet et de créer elle-même ses affiches informatrices. Par exemple, l'annexe 3 montre un verre que nous avons réalisé pour informer les patients sur les verres standards de façon plus réaliste.

Il faut savoir répéter les messages.

### 3.1.2.2.2. Prospectus

Le prospectus est un moyen d'information et de communication important car c'est celui-ci que le patient va pouvoir emporter chez lui. Il lui permettra d'avoir de la documentation lorsqu'il se posera des questions.

Il est donc important que le pharmacien possède ces documents et les distribue.

En ce qui concerne la distribution, elle peut être faite lors des campagnes mais également tout au long de l'année. C'est pourquoi, il est intéressant d'avoir, dans l'officine, un lieu « documentation » où le patient a en accès libre.

Il en existe un nombre important, mais la pharmacie doit posséder en priorité des documents instructifs et informatifs.

### Documents instructifs : [62]

#### ✓ Pour le patient :



Ce document est complet, il concerne toute la population. Il renseigne sur les motivations à consommer, ce que c'est, les équivalences, l'action, et les questions classiques que l'on se pose sur l'alcool.



Ce document concerne une population plus ciblée. Il est constitué de trois parties, la première est « ce qu'il faut savoir sur l'alcool », la seconde est « des tests pour savoir où vous en êtes avec l'alcool », et la troisième est « des conseils pour réduire votre consommation ».

✓ **Pour le pharmacien :**

Lorsqu'il se sent insuffisamment renseigné sur le sujet, des documents réservés aux professionnels, sont également mis à sa disposition.



Tous ces documents sont non exhaustifs, ce sont des exemples.

### 3.1.2.2.3. Autres

On peut également informer sur la consommation d'alcool et la grossesse. Effectivement, ce sont 9 mois durant lesquels il ne faut aucune consommation. Mais il serait intéressant de placer ces affiches dans le coin réservé aux produits de grossesse et des nourrissons (annexes 3 et 4). Ceci fait également partie du RPIB. [62]



Quand une officine possède des écrans publicitaires, elle pourrait intégrer des messages de prévention à partir de film validé par le ministère de la santé.

Quand une officine possède un site internet, elle peut y relayer les informations de santé publique (site internet, vidéo,...).

### **3.1.3. Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) [64]**

On se place dans la prévention secondaire.

#### **3.1.3.1. Généralités**

Depuis 2006, le ministère chargé de la Santé développe une stratégie de diffusion à échelle nationale du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB) en matière d'alcool auprès des médecins généralistes conformément à la circulaire de la Direction Générale de la Santé (DGS) du 12 octobre 2006.

Cette initiative est motivée par l'existence d'un programme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de lutte contre les alcoolisations excessives et par la mise en œuvre de stratégies régionales hétérogènes de promotion du RPIB. De plus, elle est conforme à l'un des objectifs du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008

Il est reconnu actuellement comme l'une des dix mesures étant les " meilleures pratiques " dans la lutte contre les problèmes de santé publique liés à l'usage d'alcool.

##### **3.1.3.1.1. Objectif**

Le RPIB vise une réduction de la consommation excessive d'alcool. Le dépistage de l'alcoolisation excessive peut se faire au moyen de nombreux questionnaires. L'AUDIT et le FACE sont les deux questionnaires généralement présentés aux médecins généralistes lors des formations RPIB actuelles. Malgré les variantes sur son contenu, sa durée ou les modalités de sa réalisation, toute intervention brève observe les composantes suivantes : elle s'adresse aux buveurs excessifs et vise en priorité une réduction de leur consommation d'alcool, et non une abstinence. Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien.

### **3.1.3.1.2. Les orientations nationales de diffusion du RPIB**

La stratégie de diffusion de la formation au RPIB promue par le ministère de la Santé dans le cadre de la circulaire N°DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 prévoyait de se dérouler sur une période de cinq ans, de 2006 à 2010. Un financement national d'un million d'euro était prévu, que les acteurs régionaux pouvaient éventuellement compléter (partenariats, DRDR, PRSP ...).

Il était proposé aux régions d'inscrire la formation au RPIB dans leurs priorités locales et d'assurer la mise en œuvre et le suivi de cette action en utilisant la méthode et les outils proposés dans la circulaire N°DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au RPIB en alcoologie. Le texte recommandait fortement que la stratégie de diffusion s'appuie sur une médiatisation de grande ampleur et une structuration au niveau local avec une large mobilisation des partenaires (institutionnels, réseaux, organismes de formation, financeurs...) et la mise en place d'un comité de pilotage et d'un comité opérationnel.

### **3.1.3.1.3. Informations et services à la disposition des acteurs**

#### ***(1) Un registre des formateurs***

Ce dernier est actualisé en continu et est consultable sur le site de l'OFDT.

Il contient les noms des intervenants formés à la conduite des actions de formation RPIB auprès des médecins généralistes déjà actifs sur le territoire national. Les personnes figurant dans le registre ont bien entendu donné leur accord pour y être intégrées et sont à la disposition des personnes voulant se former.

#### ***(2) Guide adressé aux organisateurs des formations et/ou aux formateurs***

Il permet d'élaborer des programmes de formation au RPIB sur mesure réalisés par l'IPPSA.

#### ***(3) Questionnaires d'évaluation***

Ces derniers sont en ligne sur le site de l'OFDT dans l'espace « Organisateurs/promoteurs ».

Ces questionnaires servent pour l'évaluation nationale de la promotion du RPIB.

Il y a cinq questions et deux outils pour y répondre.

❖ Les questions sont :

- Combien de formateurs ont été mobilisés ? (Q1)
- Combien de médecins généralistes ont été formés au RPIB ? (Q2)
- Quelles sont les caractéristiques des formations dispensées ? (Q3)
- Quelle est l'évolution des perceptions sur l'alcool des médecins généralistes formés ? (Q4)
- Quelle est l'évolution des pratiques RPIB des médecins généralistes formés ? (Q5)

❖ Les outils sont :

<b>Outils</b>	
Questionnaire " formation "	Renseigne les trois premières questions (Q1, Q2 et Q3). Il permet également d'actualiser le registre " formateurs "
Questionnaire " médecins généralistes "	Renseigne les représentations des médecins généralistes concernant les problèmes d'alcool de leurs patients et leurs pratiques habituelles face à ces problèmes (Q4 et Q5)

**Tableau 22 : Les outils nécessaires aux acteurs du RPIB  
(OFDT)**

Il comporte deux volets :

- Un questionnaire rempli par le médecin généraliste le jour de la formation avant le début de la séance dans le cas d'une formation collective ou bien avant la visite de formation dans le cas d'une formation individuelle au cabinet du médecin généraliste.
- Un questionnaire téléphonique réalisé par l'OFDT à quelques mois de la formation auprès des médecins généralistes ayant accepté d'être contactés.

#### 3.1.3.1.4. Supports de communication et d'accompagnement particuliers

En ce qui concerne la communication au niveau national, l'INPES a été chargé d'informer le grand public sur les risques liés à la consommation excessive d'alcool et de diffuser aux professionnels de santé des documents d'accompagnement pour la mise en pratique du RPIB.

L'INPES avait mis à disposition des documents pour le public et pour les professionnels de santé.

Parmi ces derniers, pour les patients il y avait :

- Le *Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool* (annexe 6)
- Le dépliant *Alcool : votre corps se souvient de tout* (annexe 7)
- La carte postale *Zéro alcool pendant la grossesse* (annexe 8)
- L'affiche *9 mois / 0 alcool 0 tabac* (annexe 9)
- L'affiche *Il y a la même quantité d'alcool dans un demi de bière, une coupe de champagne, un ballon de vin, un verre de pastis...* (annexe 5)

Pour les professionnels il y avait :

- Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves.
- Le dépliant *Repère pour votre pratique : intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool*. (Annexe 10 et 11)
- Le kit *Alcool. Ouvrons le dialogue* : guide pratique destiné au médecin pour aider ses patients à faire le point sur leur consommation d'alcool et à la réduire le cas échéant (annexe 12)

### **3.1.3.2. Le pharmacien**

#### **3.1.3.2.1. Sa place dans le RPIB**

Comme nous l'avons dit dans le paragraphe précédent, l'objectif du RPIB est la réduction de la consommation excessive d'alcool.

En résumé, la manière d'intervenir passe par les médecins qui présentent des questionnaires aux patients qui ont une consommation anormale d'alcool. Tout ceci, de façon à instaurer un dialogue avec lui, puis l'orienter vers une prise en charge et des soins adaptés.

Mais dans l'expression « consommation excessive d'alcool » ne se place seulement une « consommation anormale *quotidienne* ». On peut également penser à la « consommation excessive *ponctuelle* » qui peut être à l'origine de conséquences graves et qui peut amener la personne vers une consommation quotidienne.

De plus, RPIB signifie « Repérage Précoce et Intervention Brève ». Ici, « repérage précoce » signifie intervenir rapidement chez une personne « dépendante à l'alcool ». Mais on pourrait également penser à intervenir précocement, avant qu'il ne soit trop tard, ou qu'il y ait déjà un problème.

C'est pour ces raisons que le pharmacien peut avoir sa place dans le RPIB.

Effectivement, il peut intervenir de façon moins personnalisée dans un premier temps. C'est-à-dire qu'il s'intéresse à la population générale et non pas seulement à celle qui a un problème avec l'alcool. Pour cela il met en place de l'information dans son officine, il tient un discours général sur l'alcool à toute sa patientèle, il distribue des documents informatifs (cf.3.1.2.). Il peut participer aux recueils de données épidémiologiques pour les autorités de santé, grâce à sa proximité avec ses patients.

Puis, dans un deuxième temps, il peut participer au suivi des personnes prises en charge pour traiter leur dépendance à l'alcool. Ainsi qu'au soutien pour le patient et son entourage.

Nous allons détailler tout ceci ci-dessous.



### 3.1.3.2.2. Son intervention

#### **(1) Le code de déontologie** [34]

D'après le code de déontologie, dont ses articles sont insérés dans le Code de la Santé Publique (CSP), et qui s'impose à tous les pharmaciens inscrits à l'Ordre National des Pharmaciens, le pharmacien doit :

- ❖ exercer sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine
- ❖ contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale
- ❖ être conscient de ses limites, notamment dans son rôle de conseil « chaque fois qu'il lui paraît nécessaire, le pharmacien doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié »
- ❖ le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens, les espaces de confidentialité dans le cadre de la loi HPST doivent être particulièrement respectés

En conclusion, le pharmacien doit informer, orienter, sans juger et tout en respectant le silence.

#### **(2) Repérage du buveur excessif**

Pour le pharmacien d'officine, la mise en évidence d'un problème d'alcoolodépendance est liée à :

- ✓ La délivrance d'un traitement de sevrage
- ✓ La présence de signes cliniques évocateurs : visage érythrosique, haleine fétide, tremblements, irritabilité, dénutrition
- ✓ Une personne de son entourage en a parlé au pharmacien et lui a demandé d'intervenir

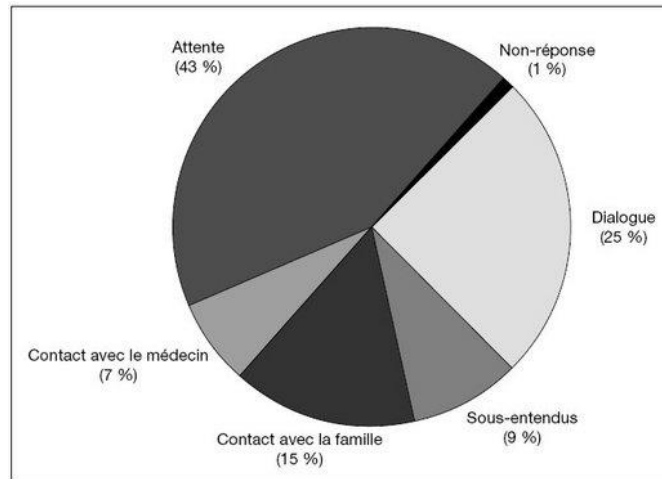
#### **(3) Les différents comportements du pharmacien**

Même si en général les pharmaciens repèrent, parmi leur patientèle ceux qui ont une consommation anormale d'alcool, les réactions faces à ces derniers sont variables :

- certains essaient d'instaurer un dialogue direct avec le sujet. Ils tentent de faire prendre conscience au sujet alcoolique de la nécessité d'une prise en charge médicale et oriente la discussion sur les répercussions familiales et professionnelles
- certains font des sous-entendus, pour que le patient comprenne qu'il peut nous en parler
- certains préfèrent avertir la famille et/ou le médecin traitant

- certains choisissent une attitude d'attente, laissant à leur client la liberté ou non d'évoquer ce problème

Le schéma suivant nous montre les pourcentages associés aux comportements.



**Figure 26 : Comportement du pharmacien vis-à-vis du sujet alcoolique**  
(LA HAYE SAINT HILAIRE S. DE) [22]

#### ***(4) Exemple d'intervention***

Tout d'abord, il faut savoir qu'au comptoir on peut rencontrer différents types d'individus :

- personne non consciente de sa consommation
- personne consciente mais qui n'assume pas
- personne consciente et qui assume

De plus, il y a des personnes sans traitement contre leur addiction et d'autres avec un traitement. C'est par cette classification que l'on va détailler la suite car dans ces deux catégories on retrouve les trois autres citées au-dessus.

## ***Intervention auprès des personnes ayant une consommation excessive d'alcool***

### ***\* Sans traitement***

#### **Ouvrir le dialogue**

\* Lorsqu'un patient se présente au comptoir pour la délivrance d'une prescription ou pour un conseil, et que l'on sait que c'est une personne qui consomme de l'alcool anormalement, il est très difficile d'aborder le sujet sans raison. Ceci s'explique par le fait que la personne peut se sentir stigmatisée et jugée. D'autant plus, que ça peut être une personne des trois catégories citées précédemment.

C'est pour cela, que le pharmacien peut, lors des conseils associés à la délivrance des médicaments, rappeler au patient qu'il ne faut pas les associer à la prise d'alcool. Ceci pourra être à l'origine de deux réactions :

- le patient l'entend, mais ne réagit pas : dans ce cas on le laisse, on sait qu'il a entendu l'information et il pourra peut-être revenir un jour pour parler

- le patient l'entend, comprend que l'on a compris qu'il consomme et commence à nous poser des questions sur les risques encourus et on arrive à l'amener sur le sujet de sa relation avec l'alcool.

Mais dans tous les cas, le pharmacien ne doit pas faire d'allusion, de remarques catégoriques qui peuvent bloquer ou brusquer le patient.

L'approche peut être longue. Il faut que le patient comprenne que l'on sait, qu'il peut nous parler, mais il faut lui laisser le temps de se préparer psychologiquement à aborder ce sujet qui est souvent un fardeau pour lui, une honte.

L'approche est très difficile pour le pharmacien s'il n'y a aucun contexte qui s'y prête. C'est pour cela que dans ce cas, la plupart du temps l'ouverture au dialogue se fera par une parole du patient qui permettra au pharmacien de continuer. Mais si cela arrive, c'est que c'est une personne qui est prête psychologiquement.

\* De plus, le pharmacien peut faire des semaines repérage, pour mieux connaître le comportement de ses patients face à l'alcool. Pour cela il dispose du document suivant, qu'il peut télécharger sur le site CESPARM : [62]



Ce dernier comprend un questionnaire appelé AUDIT (cf. 2.2.2.1.3.1.), puis quelques rappels sur les équivalences et les normes de consommation. Ce dernier peut permettre au pharmacien d'instaurer un dialogue en fonction des résultats obtenus.

### **Dialogue ouvert**

Le dialogue peut s'installer par différentes voies.

Ça peut venir du patient lui-même, dans ce cas c'est une personne consciente qui assume ou non, et qui vient pour une écoute, un conseil, mais cette situation est rare.

Ensuite, ça peut être par la situation que l'on a expliqué ci-dessus, un patient qui vient pour se faire délivrer des médicaments et on lui conseille de ne pas consommer d'alcool avec ce traitement.

Dans tous les cas, lorsque le dialogue est ouvert le pharmacien doit faire plusieurs choses.

Tout d'abord, il doit informer le patient, lui donner les normes OMS (cf. 1.1.6.2) et les modes de consommations. Cela lui permettra de se positionner par rapport à sa propre consommation.

Ensuite, il faut évaluer les causes d'une telle consommation et ce qu'elle lui apporte. Effectivement les causes sont variables d'un individu à l'autre. Comme nous l'avons expliqué dans la partie 1.2.3, l'origine peut être biologique, psychologique ou social. C'est pour cela que le discours sera adapté et donc différent pour chaque personne.

De plus, on lui demande depuis combien de temps il consomme de cette façon et si il a déjà essayé d'arrêter.

Le tableau suivant nous montre quelques réponses que les patients peuvent avoir et quelles sont les réponses adaptées.

REPONSES PATIENTS	ARGUMENTATIONS ET CONSEILS
« Je bois pour me détendre »	<p>Le patient recherche un effet anxiolytique et déstressant.</p> <p>Le pharmacien recherchera avec lui des activités relaxantes (en fonction de ses centres d'intérêts).</p>
« Je bois pour avoir confiance en moi »	Analyser avec lui ses qualités pour qu'il se sente valorisé.
« Je bois pour faire la fête »	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Décidez à l'avance le nombre maximum de verres que vous allez boire, alternez boissons non alcoolisées pour calmer la soif et les boissons alcoolisées ».</li> <li>- « Au cours d'un repas, ne terminez pas votre verre pour ne pas être resservi ».</li> <li>- « Ne participez pas à des tournées ou bien choisissez des boissons non alcoolisées ».</li> <li>- Voir avec lui comment faire la fête sans alcool</li> </ul>
« Je bois de l'alcool parce que je n'ose pas refuser »	Encourager le patient à refuser en l'aidant à préparer et à répéter des phrases de refus : « je prends la route », « mon médecin me le déconseille »...
« Je bois de l'alcool par habitude »	<p>Rappeler au patient les nombreux bénéfices à l'arrêt, sur la vie de tous les jours et à long terme.</p> <p>« Recherchez les situations dans lesquelles vous avez tendance à boire et choisissez celles que vous souhaitez supprimer ».</p>
« J'ai essayé plusieurs fois, mais je rechute à chaque fois »	<p>Expliquer au patient que la rechute provient de sa dépendance à l'alcool, en identifier avec lui les raisons, l'encourager à faire une démarche de sevrage.</p> <p>Pour la réussite du maintien de l'abstinence : prévenir votre entourage de votre décision et trouver des soutiens, prévoir des activités de loisirs pour éviter toute envie de boire, choisir vos boissons (eau, jus de fruits), éviter les excitants (café, thé).</p>

**Tableau 23 : Tableau réponses patient / pharmacien**

(LA HAYE SAINT HILAIRE S. DE) [22]

Pour le motiver à aller vers le chemin du sevrage, il est important de lui rappeler les effets bénéfiques de l'arrêt de la consommation d'alcool. C'est ce qui est détaillé dans le tableau suivant.

<b>BÉNÉFICES SUR LA VIE DE TOUS LES JOURS</b>	<b>BÉNÉFICES À LONG TERME</b>
<p><b>*Au niveau personnel :</b> Se sentir mieux, ne pas culpabiliser, ne pas être dépendant</p> <p><b>*Au niveau familial :</b> Maitriser son comportement (disputes, violence...)</p> <p><b>*Au niveau du travail :</b> Augmentation de la concentration, de la mémoire et de la motivation</p> <p><b>*Au niveau social :</b> Reprise du sport et autres activités, choix de ses fréquentations</p>	<p><b>*Appareil digestif :</b> Hépatite, stéatose, cirrhose</p> <p><b>*Système cardiovasculaire :</b> HTA, troubles du rythme cardiaque, AVC</p> <p><b>*Troubles neurologiques :</b> Neuropathie périphérique par carence en vit B<sub>1</sub> (Syndrome de Korsakoff)</p> <p><b>*Cancers</b> des voies aériennes respiratoires supérieures</p> <p><b>*Troubles psychiques et psychiatriques :</b> Troubles anxieux, de l'humeur</p> <p><b>*Grossesse :</b> Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF)</p>

**Tableau 24 : Les bénéfices de l'arrêt de la consommation d'alcool**

Puis en fonction du discours du patient, on essaie de l'orienter. Effectivement le pharmacien est loin de pouvoir intervenir seul. Il doit travailler en association avec les autres professionnels de santé (cf.3.2). Il faudra adapter cette orientation en fonction du patient. Effectivement, certains patients ne voudront pas aller voir une autre personne que leur médecin traitant, puisqu'ils ont confiance en lui et qu'ils sont connus par ce dernier. Quant à d'autres, ils préféreront aller voir une personne inconnue parce que même s'ils admettent qu'ils ont besoin de se faire aider, ils n'assument pas et ne veulent pas être reconnus. Dans ce dernier cas, on peut donner les numéros de centre ou de médecins spécialistes.

Mais, tout ceci ne se fera pas en une seule fois. C'est un travail de longue haleine. Déjà, si le patient arrive à nous parler de sa consommation au comptoir c'est un premier pas, mais il n'agira sûrement pas tout de suite. Après, il faut donc trouver les mots adaptés pour l'encourager à se soigner. A partir de là, il va réfléchir, y penser. Il faut bien lui expliquer qu'il

ne sera pas seul, une équipe de professionnel sera là pour l'encadrer et l'entourer. Puis, quand il sera prêt, il agira.

En résumé, les principaux rôles que le pharmacien peut avoir face à une consommation problématique pour des personnes qui sont sans traitement, c'est l'information, le dépistage, l'évaluation, l'orientation, le soutien psychologique du patient.

#### **\* Avec traitement**

Lorsqu'un patient est sous traitement lié à son addiction à l'alcool, le pharmacien peut intervenir par le soutien psychologique pour lui et pour sa famille. Effectivement, une personne qui veut s'en sortir, ne peut pas le faire seule, elle a besoin de son entourage.

De plus, il va participer à l'éducation thérapeutique du patient. Il va lui expliquer son traitement, comment le prendre, les effets indésirables qu'il peut y avoir. Puis il va lui rappeler l'importance de l'observance. Il est important que le patient s'implique dans son traitement pour que ça fonctionne et pour limiter les risques de rechutes.

Pour cela le pharmacien peut lui rappeler les effets positifs de l'arrêt de la consommation.

#### **3.1.4. L'éducation thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique est définie comme l'aide apportée aux patients, à leurs familles et/ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie.

En fonction du patient, le pharmacien peut le faire au comptoir ou il peut prendre des rendez-vous et faire des entretiens avec le patient ou son entourage.

L'objectif de ceci étant de diminuer les risques de complications ou de rechutes de la maladie.

#### **3.2. L'orientation du patient alcoolo-dépendant**

Comme nous l'avons dit précédemment, le pharmacien peut être amené à orienter un patient qui est demandeur d'une prise en charge ; ou il peut, lors d'un entretien lui remettre des informations sur les endroits où le patient peut trouver de l'aide, ceci sans qu'il soit demandeur, mais l'information est passée et il pourra y repenser chez lui.

Effectivement, on peut orienter les patients vers leur médecin traitant, mais l'idéal c'est vers des structures spécialisées, qui auront une prise en charge adaptée à l'addictologie.

### **3.2.1. Les réseaux de santé**

#### **3.2.1.1. Définition d'un réseau**

On entend par réseau un ensemble formé d'éléments qui communiquent, qui s'entrecroisent.

Par analogie avec l'étymologie, un réseau permet d'établir des relations entre les professionnels, qu'elles soient physiques ou à distance, dans le but de faire fonctionner un système.

#### **3.2.1.2. Définition d'un réseau de santé**

Selon l'article L.6321-1 : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ».

#### **3.2.1.3. Les missions**

Elles se font en partenariat avec les professionnels de la ville, hospitaliers, associatifs, institutionnels et les réseaux de professionnels concernés par les addictions.

Ces missions sont :

- Favoriser l'accès aux soins des usagers du système de santé
- Assurer la continuité des soins
- Organiser leur coordination
- Garantir l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires
- Développer une prise en charge tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins
- Participer à des actions de santé publique
- Procéder à des actions d'évaluation



#### **3.2.1.4. Les enjeux des réseaux de l'addiction**

Les enjeux sont :

- Repérer précocement les usages à risques et problématiques
- Réduire les délais de recours aux soins
- Assurer le suivi
- Prévenir les ruptures et/ou les rechutes
- Décloisonner les prises en charge entre l'institution et la ville
- Avoir un langage commun, une pratique collective
- Assurer la prise en charge des comorbidités notamment psychiatriques
- Prendre en compte les consommations abusives de médicaments psychotropes

#### **3.2.1.5. Les intérêts des réseaux de santé pour le patient**

Les intérêts sont :

- Une prise en charge globale
- Des choix de prise en charge plus adaptés
- Etre au cœur du système
- Une meilleure prise en charge

#### **3.2.1.6. ADDICTLIM**

Il est le support de Réseau de Santé Ville-Hôpital en Addictologie du Limousin.

Il a été créé en 2009, et a été financé par l'Agence Régionale de Santé pour coordonner et proposer des actions :

- ✓ Autour du parcours de soins (prestations indemnisées pour le patient, réunion de concertation pluridisciplinaire, groupe de parole,...)
- ✓ Autour de la prévention (dépistage, orientation,...)
- ✓ Sur la formation (initiale et continue)
- ✓ Sur la télémédecine (Dossier médical Personnalisé, messagerie sécurisée,...)

Addictilm est destiné à aider les professionnels de santé (médecin généraliste, médecin spécialiste, pharmacien, infirmier, psychologue, travailleur social, travailleur socio-éducatif,...) dans la prise en charge des patients addicts.

### **3.2.2. Les CSAPA**

CSAPA signifie Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

En Haute Vienne il y en a deux à Limoges:

- CSAPAddictologie Centre Bobillot
- CSAPA ANPAA 87

Leurs missions sont regroupées dans le tableau suivant pour le CSAPA Bobillot :

<p style="text-align: center;"><b>Accueil</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informations, renseignements, prise en charge, prise de rendez-vous</li> <li>- Accompagnement familial et/ou entourage</li> <li>- Accompagnement en milieu carcéral, continuité et accès aux soins</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Consultations spécialisées (soins)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations spécialisées en addictologie</li> <li>- Consultations jeunes consommateurs sur site ou délocalisées</li> <li>- Consultations traitements de substitution aux opiacés</li> <li>- Autres consultations : obligations de soins, injonctions thérapeutiques</li> <li>- Consultations d'hépatologie de proximité</li> <li>- Prise en charge des conduites addictives avec ou sans produit</li> <li>- Prise en charge de la dépendance aux opiacés</li> <li>- Prise en charge des comorbidités psychiatriques associées</li> <li>- Prise en charge des comorbidités infectieuses</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Actions de prévention</b></p>	<p>Prévention des conduites addictives avec ou sans produit pour tout public : grand public, professionnels,...</p> <p>Aide à la mise en place et à la réalisation de projets de prévention en addictologie</p> <p>Utilisation et mise à disposition d'outils de prévention dans le cadre de programmes nationaux</p> <p>Partenariats : addictlim, médias locaux, ...</p>
<p style="text-align: center;"><b>Groupes de parole</b></p>	<p>Groupe de parole dans le cadre d'une démarche volontaire : cannabis, hépatite, hygiène de vie, ..</p> <p>Groupe de parole dans le cadre des injonctions thérapeutiques : cannabis,...</p>
<p style="text-align: center;"><b>Ateliers thérapeutiques</b></p>	<p>Culinothérapie, relaxation individuelle</p>
<p style="text-align: center;"><b>Entretiens familiaux</b></p>	<p>Entretiens familiaux sur site</p> <p>Orientation vers la filière de thérapies familiales du CH Esquirol</p>

**Tableau 25 : Exemple des missions du CSAPA Bobillot**

### 3.2.3. L'hôpital [22]

Dans le milieu hospitalier, 4 missions sont prévues :

- l'hospitalisation
- les consultations avec évaluation, repérage précoce et prise en charge
- la mise en place d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- la formation et la recherche

C'est un milieu de proximité, et de plus, dans le domaine de l'addictologie, la personne a la sensation d'aller dans un endroit neutre et non dans un lieu stigmatisé, destiné à ne traiter que l'addiction. La personne peut avoir moins honte et assume plus facilement de se faire traiter. Elle est dans un lieu où n'importe qui peut se faire traiter. Il considère son addiction comme une pathologie comme une autre.

De plus, c'est un lieu de recours. Il regroupe les services d'addictologie et les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) addictologique.

Pour finir, il peut y avoir un Centre d'Addictologie Universitaire (recherche, enseignement...).

Le Pôle Addictologie en Limousin (PAL) répond à ces 3 niveaux.

### 3.2.4. Les numéros d'appels [65] [66]

On peut également donner aux patients des numéros à appeler lorsqu'ils se sentiront prêt.

Ce sont des appels anonymes.

- DROGUES INFO SERVICE : 0 800 23 13 13
- ALCOOL INFO SERVICE : 0 980 980 930

## Conclusion

Ce travail de thèse m'a permis de comprendre l'importance :

- de la problématique de la consommation excessive d'alcool,
- du repérage précoce,
- de la place du pharmacien dans l'abord de cette problématique,
- de la prise en compte de l'avis de la patientèle à l'officine.

A travers cette évaluation, il nous a été apparu que les pharmaciens étaient légitimes pour réaliser ce type de repérage et qu'il y a une attente de la patientèle.

L'outil réalisé en collaboration avec le réseau de santé AddictLim a répondu à nos attentes de faisabilité. Il a permis d'aborder :

- un sujet délicat du fait des représentations que pouvaient avoir chacun des acteurs,
- des recommandations de base validées par l'OMS.

Il nous a également montré les limites que peuvent avoir le professionnel pour aborder cette question surtout quand le pharmacien avait déjà repéré cette problématique.

Il est à noter que seulement 8% des patients dépendant à l'alcool accèdent aux soins. Dans notre évaluation, nous avons retrouvé 11% des personnes qui montrent une dépendance à l'alcool. D'où l'importance du pharmacien dans le repérage et l'orientation des patients. Il sera probablement nécessaire de former les professionnels sur le RPIB, le suivi en officine et le travail pluridisciplinaire.

Actuellement, la DGS et le RESPADD lance un projet « Pharmacien et addiction » dont un des 5 axes est : l'action et la formation en RPIB des pharmaciens. Le travail effectué a surtout développé la première étape qui est le repérage en officine. Ce projet est intéressant car il permet de replacer le pharmacien en tant qu'acteur de santé sur la thématique de l'alcool. Une question peut se poser : « est-ce que toutes les pharmacies y participeraient ? » Pour cela il faudrait une motivation du titulaire et de l'équipe, diffuser des outils pratiques, avoir les connaissances minimales en addictologie, connaître les structures spécialisées et surtout avoir des actions coordonnées des pharmaciens au niveau national ou régional via les instances pharmaceutiques (ordre, syndicat, ...) sur la thématique de l'alcool.

## Références bibliographiques

[1] *Dimensions historiques, culturelles et sociales du « boire »*. In : Inserm. [en ligne]. Paris : ipubli.inserm. Disponible sur : < <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/154/?sequence=11> > (consulté le 28.04.14)

[2] *Alcool Production / offer*. In : OFDT. [en ligne]. Saint-Denis La Plaine : OFDT, 2013. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/offre-1.html> > (consulté le 9.12.13)

[3] *Le courrier des addictions (14)*, 2012, n°2, p.12-14.

[4] *Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur)*. In : OFDT. [en ligne]. Saint-Denis La Plaine : OFDT, 2013. Disponible sur : < [http://www.ofdt.fr/BDD\\_len/seristat/00014.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml) > (consulté le 9.12.13).

[5] *Alcool et santé : bilan et perspectives*. In : Inserm. [en ligne]. Paris : Inserm, 2011. Disponible sur < <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante-bilan-et-perspectives> > (consulté le 06.01.14)

[6] COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LENGAGNE P.. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ?. *Questions d'économie de la santé*, 2008, n° 129, p.1-6.

[7] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). *Drogues, Chiffres clés - 5ème édition*. Saint Denis La Plaine : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2013, 6 p.

[8] *Alcool, La consommation d'alcool en France*. In : OFDT. [en ligne]. Saint-Denis La Plaine : OFDT, 2013. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/conso.html> > (consulté le 9.12.13)

[9] *Tabac - Alcool – Toxicomanie*. In : Insee. [en ligne]. Paris : Insee. Disponible sur : < <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=copyright.htm> > (consulté le 9.12.13)

[10] InVS. Numéro thématique, L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France. *BEH, Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*, 2013, n° 16-17-18.

[11] Inmage 123RF Limited. *123RF* [en ligne]. Dublin : Inmage 123RF Limited, 2005. Disponible sur : < <http://fr.123rf.com/contact.php> > (consulté le 6.01.14)

[12] MICHEL E., JOUGLA E.. Inserm. *Alcool : Effets sur la santé. Rapport.* Paris : Les éditions Inserm, 2001, XII- 358 p.

[13] *Action sur le cerveau.* In : MILDECA. [en ligne]. Paris : MILDECA. Disponible sur : < <http://www.drogues.gouv.fr/mentions-legales/index.html> >. (consulté le 23.12.13)

[14] *Les neurotransmetteurs affectés par les drogues.* In : *Le cerveau à tous les niveaux.* [en ligne]. Disponible sur : < [http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i\\_03/i\\_03\\_m/i\\_03\\_m\\_par/i\\_03\\_m\\_par\\_alcool.html](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_m/i_03_m_par/i_03_m_par_alcool.html) >. (consulté le 30.12.13)

[15] *Gaba : Neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central comme tranquillisant naturel.* In : VitaBasix® [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.vitabasix.com/fr/depression-humeur/gaba/gaba-information-sur-le-produit.html> > (consulté le 30.12.13)

[16] *Neurobiologie et imagerie.* In : SFA (Société Française Alcoologie) [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10> > (consulté le 08.05.14)

[17] BEAUVERD R. *Neurotransmetteurs récepteurs et addiction.* In : Fondation FAS (Fondation d'Aide au Traitement et à la prévention de l'alcoolisme) [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.lafondationfas.org/fr/presentations> > (consulté le 02.01.14)

[18] *Quand la sérotonine tombe sur un os.* In : Inserm. [en ligne]. Paris : Inserm, 2012. Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/quand-la-serotonine-tombe-sur-un-os> >. (consulté le 02.01.14)

[19] NAASSILA M. *L'inhibition de l'élimination de la sérotonine extracellulaire par l'alcool n'implique finalement pas le transporteur de la sérotonine.* In : In : sfalcoologie [en ligne]. 2006. Disponible sur : < <http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?action=detail&choix=abstract&id=55&menu=archive> >. (consulté le 02.01.14)

[20] BÉRUT A., BISSON A. *Autour de l'acétylcholine.* In : Antoine Bérut Doc. Sc. [En ligne]. Disponible sur : < [http://perso.ens-lyon.fr/antoine.berut/documents\\_tipe.html](http://perso.ens-lyon.fr/antoine.berut/documents_tipe.html) > (consulté le 02.01.14)

[21] ROBINSON J. *Agonistes et antagonistes cholinergiques, ganglioplégiques et curare.* In : Univ. Rouen - Faculté Médecine Pharmacie. [En ligne]. Disponible sur : < <http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/med-agonistes-et-antagonistes-cholinergiques-131596.kjsp?RH=1378135940782> > (consulté le 02.01.14)

[22] LA HAYE SAINT HILAIRE S. DE, BUXERAUD Jacques (dir). *Prévention des addictions aux substances psychoactives à l'officine*. 168 p. Thèse de doctorat : Pharmacie. Limoges : 2012.

[23] BEAUVERD R.. *Concept neurobiologique de l'alcoolisme*. In : Fondation FAS (Fondation d'aide au traitement et à la prévention de l'alcoolisme) [en ligne]. Disponible sur < <http://www.lafondationfas.org/shared/Comprendre/addiction.pdf> >. (consulté de 02.01.14)

[24] *L'alcool c'est quoi ?* In : ALCOOLINFOSERVICE. [en ligne]. Paris : ALCOOLINFOSERVICE. Disponible sur < <http://www.alcool-info-service.fr> >. (consulté le 16.12.13)

[25] *Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation*  
*Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ?* In : sfalcoologie. [en ligne]. 2001. Disponible sur : < <http://www.sfalcoologie.asso.fr> >. (consulté le 09.12.13)

[26] *Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque – Usage nocif*. In : sfalcoologie. [en ligne]. 2003. Disponible sur < <http://www.sfalcoologie.asso.fr> >. (consulté le 09.12.13)

[27] *Critères d'abus et dépendance à une substance selon le DSM-IV*. In : Inserm. [en ligne]. Paris : ipubli.inserm. Disponible sur : < <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/?sequence=21> > (consulté le 16.12.13)

[28] FOUQUET P. *Lettres aux alcooliques*. France : [S. l. : s.n.], 1991. 96 p.

[29]. *Qu'est-ce qu'une consommation excessive ? L'alcool-dépendance*. In : ALCOOLINFOSERVICE [en ligne]. Paris : ALCOOLINFOSERVICE. Disponible sur < <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/evaluer-consommation-alcool/dependance-alcoolique> >. (consulté le 02.01.14)

[30] *Sevrage simple en alcool*. In : sfalcoologie. [en ligne]. 2006. Disponible sur < <http://www.sfalcoologie.asso.fr> >. (consulté le 02.01.14)

[31] *Usage, usage nocif et dépendance : les différents comportements de consommation*. In : Drogues et dépendances. [en ligne]. Saint-Denis : Drogues et dépendances. Disponible sur < [http://www.drogues-dependance.fr/s\\_informer-dependance.html](http://www.drogues-dependance.fr/s_informer-dependance.html) >. (consulté le 02.01.14)

[32] RATIER B., PIVA C. (dir.). *Approche épidémiologique et étiologique des troubles psychiatriques liés à l'alcoolisme : à propos de cent observations de patients hospitalisés au CH la Valette en 2002*. 99 p. Thèse de doctorat : Médecine. Limoges : 2004.



[33] *Susceptibilité génétique et maladies liées à l'alcool*. In : Inserm. [en ligne]. Paris : ipubli.inserm. Disponible sur : < <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=17> > (consulté le 02.03.14)

[34] NGUYEN André, LACHATRE Gérard (dir.). *Réseau de santé en addictologie : expérience de la Haute-Vienne, place du pharmacien dans ce réseau*. 202 p. Thèse de doctorat : Pharmacie. Limoges : 2011.

[35] CoRoMA [Collège Romand de Médecine de l'Addiction]. *Neurosciences de l'addiction*. In : GREA Group. Romand Etudes Addict. [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.grea.ch/publications/neurosciences-de-laddiction> > (consulté le 16.02.14)

[36] *Addictions* In : Inserm. [en ligne]. Paris : Inserm, 2009. Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions> > (consulté le 02.01.14)

[37] *Peut-on guérir les sujets dépendants de l'alcool avec des médicaments ?* In : Inserm. [en ligne]. Paris : Inserm, 2011. Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/peut-on-guerir-les-sujets-dependants-de-l-alcool-avec-des-medicaments> > (consulté le 20.02.14)

[38] *L'aide à l'arrêt. La préparation à la décision*. In : ALCOOLINFOSERVICE. [en ligne]. Paris : ALCOOLINFOSERVICE. Disponible sur : < <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/traitement-alcoolisme/decider-arreter-alcool> >. (consulté le 20.02.14)

[39] BERTIN A-F., DEPINOY D.. *La prise en charge des patients dépendants de l'alcool*. Reims : Addica, 2005. 20 p.

[40] *Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant*. In : HAS [Haute Autorité de Santé] [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant?xtmc=&xtcr=10](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant?xtmc=&xtcr=10) > (consulté le 20.02.12)

[41] VIDAL. Evidal [en ligne]. Issy les moulineaux, 2014. Disponible sur : < <http://www.evidal.fr.ezproxy.unilim.fr/ml.html> >. (consulté 02.01.14)

[42] DELILE J.-M. *Supplément technique, le baclofène*. In : Baclofène. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.baclofene.org/baclofene/supple%CC%81ment-technique-le-baclofene>. (consulté le 06.04.14)

[43] *Commission évaluation initiale du rapport entre les bénéfices et les risques des produits de santé.* In : ANSM [En ligne]. Disponible sur : < <http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Ordres-du-jour-comptes-rendus-des-groupes-de-travail-comites-commissions-Commissions> > (consulté le 02.01.14)

[44] *"Binge drinking" : quand le cerveau trinque.* In : Inserm. [en ligne]. Paris : Inserm. Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/tout-en-images/binge-drinking-quand-le-cerveau-trinque> >. (consulté le 16.12.13)

[45] *C'est quoi une soirée cartable ?* In : DirectMatin. [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.directmatin.fr/france/2014-03-04/cest-quoi-une-soiree-cartable-662498> > (consulté le 28.04.14)

[46] RIGAUD A. *Quel impact sur la prévention de la notion d'une maladie unique en relation avec l'alcool ?* In : SFA Société Fr. Alcoologie [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A1> > (consulté le 16.12.13)

[47] *Addictologie : quelques notions...*In : RIAM. [en ligne]. 2011. Disponible sur < [http://www.riam53.fr/media/notions\\_addictologie\\_61211\\_016137100\\_1202\\_17012012.pdf](http://www.riam53.fr/media/notions_addictologie_61211_016137100_1202_17012012.pdf) >. (consulté le 23.12.13)

[48] BATEL P.. *L'alcool au seuil de la réduction des risques.* In : Santé Réduction des Risques Usages de Drogues. [en ligne]. Disponible sur : < [http://www.pistes.fr/swaps/62\\_259.htm](http://www.pistes.fr/swaps/62_259.htm) >. (consulté le 09.12.13)

[49] COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LENGAGNE P.. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ?. *Question d'économie de la santé*, 2008, n°129, pp. 1-6.

[50] *Conduites d'alcoolisation.* In : sfalcoologie. [en ligne]. 2009. Disponible sur < [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/7\\_conduitesalcoholisation\\_sfa2009.pdf](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/7_conduitesalcoholisation_sfa2009.pdf) >. (consulté le 19.12.13)

[51] REYNAUD Michel. Alcool. In : *Traité d'addictologie*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2008, p 303-397.

[52] *Hépatite alcoolique sévère: une combinaison de deux traitements efficace.* In : Inserm. [en ligne]. Paris : Inserm, 2011. Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/hepatite-alcoolique-severe-une-combinaison-de-deux-traitements-efficace> >. (consulté le 06.01.14)

[53] *La cirrhose.* In : Inserm. [en ligne]. Paris : Inserm, 2012. Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/thematiques/circulation-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/la-cirrhose> >. (consulté le 06.01.14)

[54] *Alcool Conséquences*. In : OFDT. [en ligne]. Saint-Denis La Plaine : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2013. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/consequ.html> >. (consulté le 09.12.13)

[55] *Alcool et cancer*. In : La ligue contre le cancer. [en ligne]. Paris : La ligue contre le cancer, 2013. Disponible sur : < [http://www.ligue-cancer.net/article/340\\_alcool-et-cancer#.U2uoKcKKDVI](http://www.ligue-cancer.net/article/340_alcool-et-cancer#.U2uoKcKKDVI) >. (consulté le 30.01.14)

[56] HILL C. *Alcool et risque de cancer*. ADSP, 2000, n°30, pp. 14-17.

[57] *Alcool*. In : Drogues info service. [en ligne]. Paris : Drogues info service, 2013. Disponible sur : < [http://www.drogues-info-service.fr/?Alcool\\_589](http://www.drogues-info-service.fr/?Alcool_589) >. (consulté le 28.03.14)

[58] *Alcool*. In : Institut National du Cancer. [en ligne]. Paris la Défense : Institut National du Cancer, 2013. Disponible sur : < <http://www.e-cancer.fr/en/prevention/alcool> >. (consulté le 30.01.14)

[59] *Le courrier des addictions (14)*, 2012, n°2, p. 7.

[60] *Echelles et questionnaires*. In : R.E.S.A.P.S.A.D (Réseau Sud Aquitain des Professionnels de soins en Addictologie). [en ligne]. Aquitaine : R.E.S.A.P.S.A.D, 2011. Disponible sur : < <http://www.resapsad.org/page/echelles-et-questionnaires> >. (consulté le 25.03.14)

[61] FLAJOLET A. *ANNEXE 1 : LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales*. In : Ministère Aff. Soc. Santé [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf> > (consulté le 14.04.14)

[62] INPES.MILDT.ONP. *Catalogue affiche*. In : CESPARM [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/%28offset%29/0/%28theme%29/89> >. (consulté le 14.04.14)

[63] *Tout savoir sur l'alcool*. In : ALCOOLINFOSERVICE. [en ligne]. Paris : ALCOOLINFOSERVICE. Disponible sur < <http://jeunes.alcool-info-service.fr/> >. (consulté le 14.04.14)

[64] *Espace RPIB*. In : OFDT. [en ligne]. Saint-Denis la Plaine : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/reserve/rpib-4.html> >. (consulté le 14.04.14)

[65] *Tout savoir sur l'alcool*. In : ALCOOLINFOSERVICE. [en ligne]. Paris : ALCOOLINFOSERVICE. Disponible sur < <http://www.alcool-info-service.fr/> >. (consulté le 14.04.14)

[66] *Alcool*. In : Drogues info service. [en ligne]. Paris : Drogues info service, 2013.  
Disponible sur : < <http://www.drogues-info-service.fr> >. (consulté le 14.04.14)

## **Table des annexes**

<b>Annexe 1 : Photographie de l’affiche 1 de la vitrine.....</b>	<b>135</b>
<b>Annexe 2 : Affiche 2 de la vitrine.....</b>	<b>136</b>
<b>Annexe 3 : Photographie de l’affiche 3 de la vitrine.....</b>	<b>137</b>
<b>Annexe 4 : Photographie de l’affiche 4 de la vitrine.....</b>	<b>138</b>
<b>Annexe 5 : Affiche 5 de la vitrine.....</b>	<b>139</b>
<b>Annexe 6 : Supports de communication et d'accompagnement pour les patients.....</b>	<b>140</b>
<b>Annexe 7 : Supports de communication et d'accompagnement pour les patients.....</b>	<b>141</b>
<b>Annexe 8 : Supports de communication et d'accompagnement pour les patients.....</b>	<b>142</b>
<b>Annexe 9 : Supports de communication et d'accompagnement pour les patients.....</b>	<b>143</b>
<b>Annexe 10 : Supports de communication et d'accompagnement pour les professionnels.....</b>	<b>144</b>
<b>Annexe 11 : Supports de communication et d'accompagnement pour les professionnels.....</b>	<b>145</b>
<b>Annexe 12 : Supports de communication et d'accompagnement pour les professionnels.....</b>	<b>146</b>

Annexe 1 : Photographie de l'affiche 1 de la vitrine



## Alcool, faire le point

### Travail de thèse de pharmacie

Une enquête sera menée durant le mois de février dans votre pharmacie sur la consommation d'alcool.

### Un questionnaire anonyme et rapide

Votre pharmacien vous proposera de répondre à un questionnaire anonyme et rapide. Des informations pour une consommation raisonnable vous seront remises.

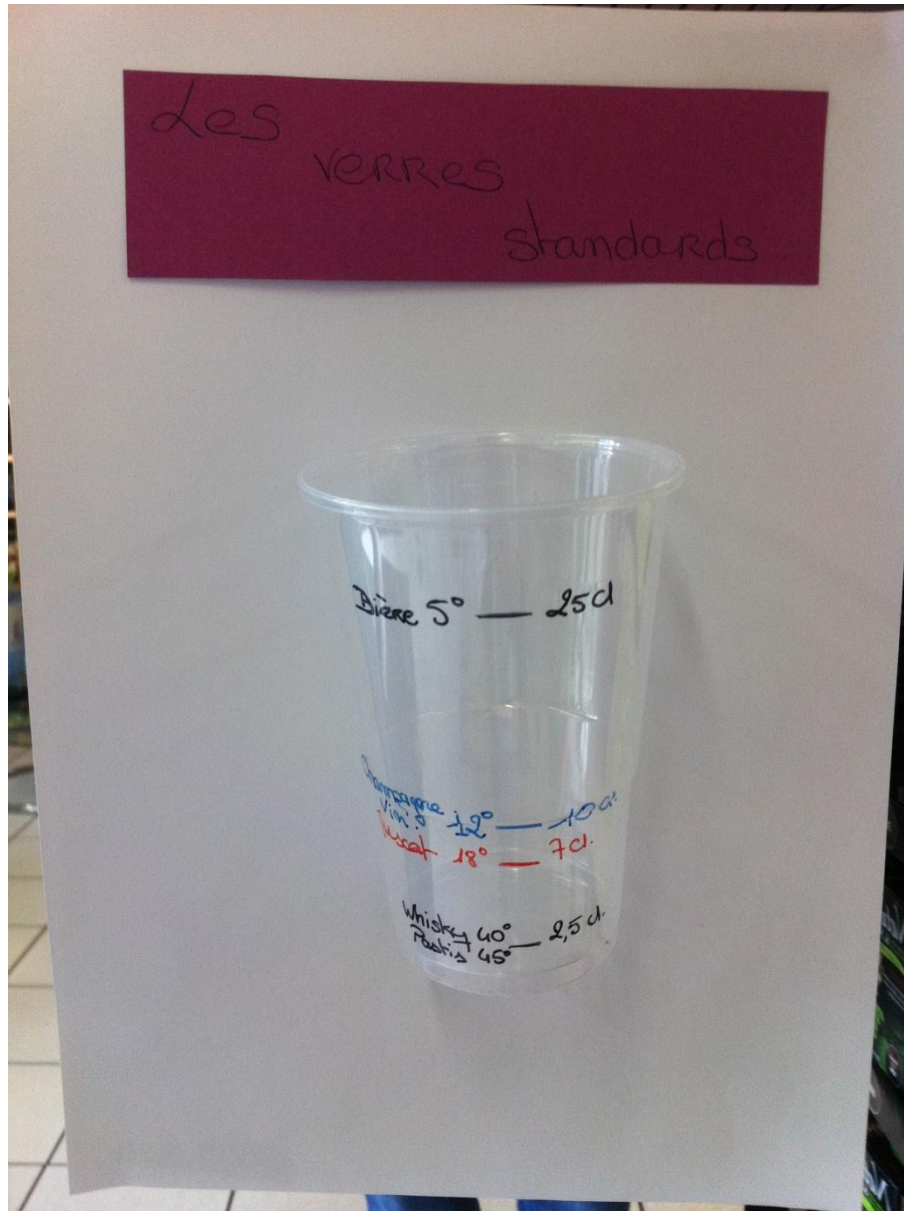
### Le conseil officinal

Votre pharmacien pourra répondre à vos interrogations, vous conseiller et si besoin vous orienter.



Toute l'équipe officinale est à votre disposition pour répondre à vos interrogations.

Annexe 3 : Photographie de l'affiche 3 de la vitrine





Annexe 4 : Photographie de l'affiche 4 de la vitrine



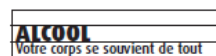
Annexe 5 : Affiche 5 de la vitrine  
(cespharm)

**Il y a la même quantité d'alcool dans  
un demi de bière, une coupe de champagne,  
un ballon de vin, un verre de pastis...**



Consommés au-delà des seuils recommandés, 3 verres par jour pour l'homme, 2 pour la femme,  
**tous les alcools représentent le même danger.**

**Pour rester en bonne santé, diminuez votre consommation.**



21045176-A

**Annexe 6 : Supports de communication et d'accompagnement pour les patients**  
(Cespharm)



**Annexe 7 : Supports de communication et d'accompagnement pour les patients**  
(Cespharm)



**Annexe 8 : Supports de communication et d'accompagnement pour les patients**  
(Cespharm)

---



**Zéro alcool  
pendant la grossesse**

**Annexe 9 : Supports de communication et d'accompagnement pour les patients  
(Cespharm)**



Pendant la grossesse, la consommation de tabac et la consommation d'alcool sont susceptibles d'entraîner des risques pour la santé du fœtus et celle du nouveau-né.

**Parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme.**



Ministère des Solidarités,  
de la Santé et de la Famille

inpes  
www.inpes.fr

Assistance  
Maternelle

Ministère  
de la Santé  
et de la Famille  
www.solidarites-sante.fr

# Annexe 10 : Supports de communication et d'accompagnement pour les professionnels

(Cespharm)



Document réservé aux professionnels de santé

Repères pour  
votre pratique

## Intervention auprès des consommateurs excessifs d'Alcool

Aborder la question alcool en consultation pourrait, à tort, paraître comme une intrusion dans la vie privée de la personne. A cette difficulté, s'en ajoutent d'autres : des représentations de la consommation excessive très différentes et des seuils de consommation à risque mal connus. En termes de prévention, il est important de pouvoir repérer suffisamment tôt la personne ayant une consommation excessive, à risque. Même si un patient s'interroge sur sa consommation, il est rare qu'il aborde spontanément la question en consultation. De plus, cette consommation excessive ne se traduit pas nécessairement par des symptômes ; et lorsque ces troubles sont présents, certains patients n'établissent pas forcément la relation avec l'alcool. Ce repérage précoce permet ensuite de proposer un accompagnement dans une démarche de réduction de la consommation.

### Quand la consommation d'alcool devient-elle excessive ?

L'excès d'alcool n'est perçu souvent que dans 2 formes extrêmes que sont la dépendance et l'ivresse. En fait, il existe aussi (et surtout) de nombreux « buveurs excessifs », qui ne sont pas nécessairement identifiés comme tels, et qui ont pourtant une alcoolisation régulière supérieure à 2 verres par jour pour la femme et 3 verres par jour chez l'homme.

Pourtant, au delà de ce seuil de consommation, les risques pour la santé (cancers, maladies cardiovasculaires, cirrhoses, etc.) s'accroissent et peuvent déjà être responsables de dommages sociaux, psychologiques, de maladies, d'accidents et de décès<sup>1</sup>.

#### Pour information

- Une enquête a estimé que 20% des patients présents dans un établissement de santé au jour donné et 10% des patients vus par les médecins généralistes libéraux en consultation ou en visite présentent une alcoolisation excessive<sup>2</sup>.
- On sait aussi que l'âge moyen d'entrée des patients en soins alcoolologiques spécialisés – pour des problèmes d'alcool – se situe aux alentours de 40 ans, alors que les consommateurs pathologiques ont commencé en général 20 à 25 ans plus tôt : d'où l'intérêt d'un repérage précoce<sup>3</sup>.

#### Verre d'Alcool = un verre de ...



1 - L'agence collective Ineris, Vol 1 : « Alcool d'abus sur la santé » Vol 2 : « Dommages sociaux, abus et dépendance » 2003-2004.

2 - Enquête réalisée par la Drees auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé. Habits et Bénéfices n°162, Septembre 2002.

3 - Alcoolologie et addictologie 2002, 25 (2) : 1-16.

# Annexe 11 : Supports de communication et d'accompagnement pour les professionnels (Cespharm)

- Le programme d'intervention « boire moins, c'est mieux » propose un algorithme simple et une « check-list » (Cf. ANPAA). Ils permettent à l'utilisateur d'adapter ses attitudes et ses conseils en fonction des réactions des patients.
- À l'issue de l'entretien, vous pouvez demander au patient ce qu'il pense du bilan réalisé, comment il le ressent et ce qu'il compte faire : s'il pense qu'il devrait modérer sa consommation ou s'il ne se sent pas prêt à réduire sa consommation d'alcool.

**Votre patient ne souhaite pas parler d'alcool ?**

- Il convient alors de ne jamais insister, mais de respecter un temps de maturation tout en maintenant ouverte la possibilité de reprendre le dialogue à tout moment.

**Et si le test fait envisager une dépendance ?**

- En alcoologie, les interventions précoces sont habituellement destinées à réduire le niveau de consommation chez les buveurs excessifs peu ou pas dépendants. Si vous identifiez une dépendance par le test, vous pouvez discuter des résultats avec votre patient (« Qu'en pensez-vous, qu'avez-vous à en dire ? »). La prise en charge posera, si nécessaire, s'appuyer sur un centre de cure ambulatoire en alcoologie.

**En pratique**

- Pour connaître le centre d'alcoologie le plus proche, vous pouvez consulter le livre ou le site de l'Anpaa ([www.anpaa.asso.fr](http://www.anpaa.asso.fr)).
- Pour obtenir toutes les adresses des structures spécialisées en alcoologie par type d'acteurs (prevention, soins), par département ou par région, vous pouvez également appeler **France Alcool : 0 811 91 30 30 7x7j** (hors d'une consommation locale depuis un poste fixe).

**La check-list est en 8 points :**

- 1 - Analyser les résultats de test d'éprouve
- 2 - Expliquer le risque alcool
- 3 - Expliquer le score standard (équivalences)
- 4 - Recueillir l'avis/le jugement de l'utilisateur
- 5 - Expliquer des méthodes alternatives pour réduire la consommation
- 6 - Proposer des objectifs, indiquer le choix
- 7 - Donner la possibilité de réviser dans une autre consultation
- 8 - Remettre une structure

**Quels conseils chez la femme enceinte ?**

- Chez la femme enceinte, il n'a pas été mis en évidence un seuil de consommation sans risque. En vertu du principe de précaution, il est donc recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir totalement de toute consommation d'alcool (vin, bière, cidre, spiritueux et alcools forts...) dès le début de la grossesse et pendant toute sa durée. Cette recommandation vaut pour toutes les occasions de consommation, qu'elles soient quotidiennes ou ponctuelles, même festives.

**En pratique**

- Ces informations sont à restituer et à valider systématiquement en début de grossesse, lors de l'interrogatoire : l'alcool traverse le placenta et il est potentiellement toxique pour les cellules neurologiques de l'embryon. Seul l'option « être soigné », doit être retenue.

**Pourquoi on ne peut encourager une consommation sous des prétextes de prévention cardiovasculaire ?**

- Au regard des nombreux risques que sa consommation engendre, l'alcool ne doit jamais être considéré comme moyen de prévention des maladies cardiovasculaires ou comme un « aliment » prescrit « à titre de médicament ».

**Recommandations des experts internationaux**

- on ne peut suggérer à un utilisateur de commencer à consommer de l'alcool pour des raisons médicales ;
- on ne peut suggérer ou conseiller à un petit consommateur d'alcool d'augmenter sa consommation pour des raisons médicales.

© Anpaa Actualités, juillet-Août 2004 - n°20.

**Pour toute information complémentaire sur l'alcool :**

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
Possibilité de commander gratuitement les outils d'information et d'aide à l'amélioration (fax : 01 49 33 23 91)
- Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), [www.anpaa.asso.fr](http://www.anpaa.asso.fr) (tél : 01 42 33 51 04)
- Mission interministérielle de lutte contre les dépendances et la toxicomanie (Mist), [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)

**Ecoute Alcool**  
0 811 91 30 30  
A partir de décembre 2004  
7 jours sur 7  
coût d'une communication locale depuis un poste fixe

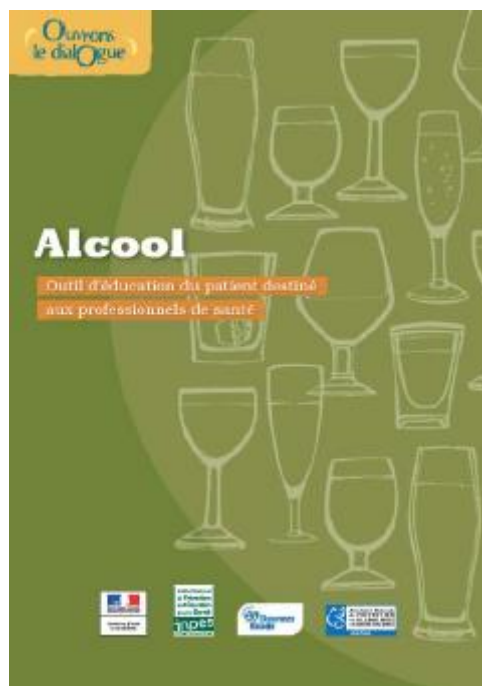
**Aide et soutien, informations conseils, orientation**

Document réalisé dans le cadre du Programme « prévention de la consommation excessive d'alcool » du Ministère de la santé.



## Annexe 12 : Supports de communication et d'accompagnement pour les professionnels

(Cespharm)



## Table des figures

Figure 1 : Les bénéfices de l'alcool .....	27
Figure 2 : Balance globale pondérée dommages/bénéfices .....	27
Figure 3 : Produits ordonnés par score global décroissant de dommages .....	28
Figure 4 : Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur).....	29
Figure 5 : Répartition des profils d'alcoolisation selon l'âge.....	30
Figure 6 : représentation moléculaire de la molécule d'éthanol [11].....	32
Figure 7 : Pharmacocinétique d'absorption de l'éthanol à jeun ou après un repas .....	33
Figure 8 : Métabolisme de l'éthanol .....	35
Figure 9 : Schéma représentatif d'une synapse.....	36
Figure 10 : Action de l'alcool sur le récepteur GABA .....	38
Figure 11 : Schéma représentatif de l'effet de la dopamine .....	40
Figure 12 : Verre standard .....	41
Figure 13 : Le modèle d'Olivenstein .....	47
Figure 14 : La pyramide de skinner.....	62
Figure 15 : La pyramide de skinner complétée par des données épidémiologiques ....	62
Figure 16 : Répartition des différents modes de consommation selon les sexes .....	63
Figure 17 : Schéma général concernant l'alcool.....	64
Figure 18 : Les complications psychiatriques liées à l'alcool .....	68
Figure 19 : Évolution de la consommation d'alcool et de la mortalité par cirrhose et ..	71
Figure 20 : Nombre total des décès dans la population de 25 ans et plus, et fraction attribuable à l'alcool, par sexe en 1995.....	72
Figure 21 : Classification de la dangerosité des drogues .....	73
Figure 22 : Photographie de la vitrine.....	79
Figure 23 : Face interne du prospectus .....	81
Figure 24 : Face externe du prospectus .....	82
Figure 25 : La pyramide des dépendances.....	101
Figure 26 : Comportement du pharmacien vis-à-vis du sujet alcoolique .....	115

## Table des tableaux

Tableau 1: Estimation du nombre de consommateurs d'alcool en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2011 .....	30
Tableau 2 : Consommation de boissons alcoolisées .....	31
Tableau 3 : Les effets du GABA .....	37
Tableau 4 : Les risques d'une consommation d'alcool à risque.....	43
Tableau 5 : Les manifestations indiquant un abus d'alcool.....	44
Tableau 6 : Dommages liés à l'usage nocif d'alcool.....	44
Tableau 7 : Sevrage hospitalier ou ambulatoire.....	50
Tableau 8 : Les manifestations du syndrome de sevrage .....	52
Tableau 9 : Molécule la plus utilisée dans le traitement du sevrage alcoolique .....	53
Tableau 10 : Autres molécules utilisées dans le traitement du sevrage alcoolique.....	54
Tableau 11 : Les molécules utilisées dans le maintien de l'abstinence alcoolique.....	57
Tableau 12 : Les molécules en cours d'évaluation .....	58
Tableau 13 : Nombre de décès attribuables à l'alcool .....	70
Tableau 14 : Les questions du questionnaire FACE .....	84
Tableau 15 : Interprétations des scores du test FACE .....	85
Tableau 16 : Tableau récapitulatif des scores finaux de l'enquête .....	88
Tableau 17 : Tableau récapitulatif de l'enquête en fonction de l'âge.....	88
Tableau 18 : Hypothèses et analyses du deuxième comportement face à la présentation du questionnaire .....	92
Tableau 19 : Comparaison des résultats de l'enquête et des données de la pyramide de skinner .....	93
Tableau 20 : Résumé des réponses aux objectifs de l'enquête .....	97
Tableau 21: Les éléments de choix pour la mise en place des vitrines .....	105
Tableau 22 : Les outils nécessaires aux acteurs du RPIB (OFDT).....	111
Tableau 23 : Tableau réponses patient / pharmacien .....	118
Tableau 24 : Les bénéfices de l'arrêt de la consommation d'alcool.....	119
Tableau 25 : Exemple des missions du CSAPA Bobillot.....	124

## SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes Maîtres de la Faculté, de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.



**Camille FOURNIER**

**Repérage d'une consommation d'alcool en officine :  
Expérimentation de l'utilisation d'un outil**

Résumé :

En France, l'alcool est souvent associé à la festivité, la convivialité,... mais il est également et avant tout un problème de santé publique. Seulement 8% des personnes dépendantes à l'alcool sont pris en charge.

Le pharmacien, acteur de santé publique, est concerné par cette problématique. Il a toute sa place dans l'information, le conseil, le repérage, le suivi et l'orientation.

Cette thèse a pour objectif d'élaborer un outil court et adapté à la pratique officinale, facilitant le repérage et permettant de donner les recommandations de l'OMS.

Mots clés : alcool, officine, consommation excessive, pharmacien, repérage, information, outil

**Recognizing alcohol consumption in a dispensary:  
experimentating in the use of a tool .**

Summary :

In France, alcohol is often associated to festivities, social interaction ... but it is also and above all a problem of public health. Only 8% of the people addicted to alcohol are taken into care.

The pharmacist, acting for the public health, is concerned by this problematics. He or she has everything in place with the information, the advice, the recognition, the follow through and the orientation.

The purpose of this thesis is to develop a brief and suited tool to the dispensary practice , making the recognition easier and allowing to give the recommendations from the OMS .

Key words : alcohol, dispensary, excessive consumption , pharmacist, recognition, information, tool .