

Université de Limoges
Faculté de Pharmacie

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en Pharmacie

présentée et soutenue publiquement

le 2 décembre 2019

par

Kyllian LAFAYE

né le 20 août 1995, à Périgueux

Accompagnement de personnes dépendantes à l'alcool à l'officine :
Élaboration et expérimentation de guides patients dans le cadre du
maintien de l'abstinence après sevrage et de la réduction de
consommation

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Franck Saint-Marcoux

M. le Docteur André Nguyen

M. le Professeur Nicolas Picard

M^{me} le Docteur Aline Louradour

M. le Docteur Laurent Arnaud

Président

Directeur

Co-directeur

Juge

Juge



Université de Limoges Faculté de Pharmacie

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en Pharmacie

présentée et soutenue publiquement

le 2 décembre 2019

par

Kyllian LAFAYE

né le 20 août 1995, à Périgueux

Accompagnement de personnes dépendantes à l'alcool à l'officine : Élaboration et expérimentation de guides patients dans le cadre du maintien de l'abstinence après sevrage et de la réduction de consommation

Élaboration et expérimentation de guides patients dans le cadre du
maintien de l'abstinence après sevrage et de la réduction de
consommation

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Franck Saint-Marcoux

M. le Docteur André Nguyen

M. le Professeur Nicolas Picard

M^{me} le Docteur Aline Louradour

M. le Docteur Laurent Arnaud

Président

Directeur

Co-directeur

Juge

Juge



Liste des enseignants

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

VICE-DOYEN : Madame le Professeur Catherine **FAGNERE**

ASSESEURS : Madame le Professeur Sylvie **ROGEZ**
Monsieur le Professeur Serge **BATTU**

PROFESSEURS :

BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
FAGNERE Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE ORGANIQUE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
ROUSSEAU Annick	BIOSTATISTIQUE
TROUILLAS Patrick	CHIMIE PHYSIQUE - PHYSIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE
ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE
SAINT-MARCOUX Franck	TOXICOLOGIE

MCU-P DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

CHAUZEIX Jasmine	HEMATOLOGIE
JOST Jérémy	PHARMACIE CLINIQUE



MAITRES DE CONFERENCES :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BEGAUD Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTROLE DU MEDICAMENT
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
DELEBASSEE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE- IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
FABRE Gabin	CHIMIE PHYSIQUE – PHYSIQUE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
LAVERDET Betty	PHARMACIE GALENIQUE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MERCIER Aurélien	PARASITOLOGIE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE- IMMUNOLOGIE
PASCAUD-MATHIEU Patricia	PHARMACIE GALENIQUE – BIOMATERIAUX CERAMIQUES
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE



VIGNOLES Philippe

BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET
INFORMATIQUE

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :

BOUDOT Clotilde

(01/09/2018-31/08/2020)

MICROBIOLOGIE

MARCHAND Guillaume

(01/09/2018-31/08/2019)

CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE

PROFESSEURS EMERITES :

DREYFUSS Gilles (jusqu'au 31/03/2020)

A ma mamie, partie trop tôt mais que je n'oublie pas.



Remerciements

Messieurs et madame les membres du jury, je vous remercie infiniment de me faire l'honneur de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Franck Saint-Marcoux,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Votre intérêt pour mon travail et votre bienveillance à mon égard me touchent particulièrement, soyez-en convaincu. Vos enseignements dispensés à la faculté m'ont toujours grandement intéressés, et je suis honoré que vous répondez présent pour ce moment si spécial pour moi.

Monsieur le Docteur André Nguyen,

Vous remercier en quelques lignes ne suffirait pas. La première fois où je vous ai vu remonter aux enseignements de 2^{ème} année où vous nous apprenez à nous « ré-humaniser » après la PACES. Environ 2 ans et demi plus tard, je me souviens être venu vous voir avec mon projet de faire une thèse en addictologie (et en particulier sur l'alcool), en voulant trouver une alternative pour accompagner les patients ayant des troubles de l'usage d'alcool. Présent au début en tant que tuteur du Diplôme Universitaire d'Addictologie Pratique de la faculté de Médecine de Limoges, puis en tant que directeur de thèse, votre disponibilité (parfois tard le soir, mais aussi les week-end), vos idées et votre soutien ont donné, je l'espère, de la qualité à ce travail. J'espère sincèrement que cette thèse sera utile à AddictLim, tout comme j'espère pouvoir continuer à collaborer avec vous et le réseau par la suite de mon exercice professionnel. Merci infiniment pour la direction de cette thèse.

Monsieur le Professeur Nicolas Picard,

Au même titre qu'André, je souhaiterais vous remercier pour m'avoir accompagné sur ce thème en tant que co-directeur de thèse alors que vous êtes énormément sollicité par vos activités professionnelles. Vous avoir eu comme Professeur pendant mes études de Pharmacie aura été un privilège : passionné, passionnant et accessible, vous êtes une chance pour cette faculté. J'espère un jour vous retrouver sur un trail (mais pas trop long...) !

Madame le Docteur Aline Louradour,

Aline, je te remercie de m'avoir accepté comme étudiant de 6^{ème} année et aussi de me faire l'honneur d'être le premier étudiant dont tu juges le travail. J'espère que cette thèse sera à la hauteur de tes attentes et qu'elle reflètera la même rigueur qui m'a animée chaque jour lors de mon passage à Condat. Encore merci de m'avoir appris à devenir pharmacien.

Monsieur le Docteur Laurent Arnaud,

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail, mais également pour ta présence et ta gentillesse, que ce soit lors de mon passage en tant qu'externe dans le service, mais aussi lorsque je suis venu te voir avec des délais un peu raccourcis !



Aux enseignants des facultés de Médecine et de Pharmacie de Limoges,

Madame le Professeur Catherine Fagnère, vous qui, plus qu'une vice-doyenne, avez toujours été disponible lorsque nous nous égarions, et qui avez toujours eu une écoute attentive à nos préoccupations, qu'elles soient universitaires ou personnelles.

Monsieur le Professeur Franck Sturtz, vous êtes bien plus qu'un Professeur dont j'ai suivi les enseignements en première année. Aussi tuteur de mémoire de Master 1 SVS, « chef du tutorat » lorsque nous étions au bureau (ça date déjà de l'année 2015-2016 !) et partenaire de squash (d'ailleurs bien meilleur que moi), vos conseils et votre soutien ont toujours eu une place importante pendant mon parcours universitaire. J'espère continuer à partager ces moments avec vous en dehors de la faculté et ne pas vous perdre de vue. C'est pour quand le triathlon ?

Monsieur le Professeur Philippe Nubukpo, je vous remercie d'avoir su me donner l'envie (et surtout la possibilité) de suivre les enseignements du DUAP, mais aussi pour votre gentillesse et votre spontanéité tout au long de ces enseignements. Enfin, merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail lors de ma soutenance de mémoire du DU et de vos encouragements à le poursuivre.

Docteur Véronique Rouyer, je vous remercie aussi de votre bienveillance à mon égard lors du DUAP et de votre intérêt pour ce travail. J'aimerais un jour, savoir qu'il puisse vous servir dans votre pratique médicale.

À tous les interlocuteurs qui ont participé à l'expérimentation,

A mes copains de promo, Dylan, William, Lucile, Ahmad et Pierre-Marie.

A Camille.

Et aux Docteurs Younes Khyati, Isabelle Nougier, et Laurent Durengue.

Aux personnes qui, par leur participation, ont rendu ce travail possible,

Et en particulier lors de sa mise en place, un grand merci au Docteur André Nguyen, le Professeur Nicolas Picard et Patricia pour l'aspect logistique.

Pour la relecture finale de ce travail, un grand merci à toi Benoit qui m'a évité de nombreuses erreurs ... mais aussi à toi Cara pour ta bienveillante relecture de mon anglais douteux.

Pour la relecture de ma bibliographie et ses conseils, un immense merci à Madame Anne-Laure Roudier.

Sans oublier tous les patients, qui souffrent d'une maladie parfois difficile à appréhender et qui ont accepté de créer (ou de renforcer) un premier lien avec leur pharmacien.



Aux maîtres de stages (et leurs équipes officinales) qui m'ont accueilli lors de mes études de Pharmacie,

Et en particulier à toute l'équipe de la Pharmacie de la Mairie de Condat-sur-Vienne avec qui j'ai eu le plaisir de faire mon stage de 6^{ème} année de pharmacie.

Aline, encore une fois pour m'avoir encadré et été présente tout au long du stage et même après.

Aurélie, pour m'avoir enseigné ta rigueur et ton intérêt pour les nouvelles missions du pharmacien.

Agnès C, pour ton expérience, ta gentillesse et tes conseils, sans oublier Elisabeth qui est une personne formidable.

Erika, pour tes conseils et ta disponibilité.

Agnès B, pour ta présence et de ta spontanéité.

Sans oublier Amélie et Alexia qui ont partagé un bout de chemin avec moi.



A ma famille, sans qui je ne serai rien et à qui je dois tout.

Papa, ce serait hypocrite de prétendre pouvoir te remercier en quelques lignes. Je ne sais même pas comment m'y prendre tellement tu as tant donné pour nous. Il y a quelques années déjà, quand notre famille s'est fragilisée, tu as toujours été auprès de nous sans nous laisser derrière toi. Grâce à toi j'ai appris tellement. Tu m'as transmis certaines valeurs, dont l'importance de la famille et d'aimer sans compter, la volonté de ne jamais abandonner et même le virus de la course à pied. J'aime beaucoup te charrier mais cette fois je veux juste que tu saches à quel point je suis heureux d'être ton fils et que je serai là pour toi le jour l'occasion se présentera.

Mégane, ma sœur au caractère bien trempé ! Quand nous étions petits, on se disputait souvent (faut dire que je n'étais pas facile avec toi) et je te remercie énormément de ne pas m'avoir défiguré à ces occasions ! Plus tard, des moments douloureux ont laissé des cicatrices. Aujourd'hui, certaines plaies ne sont pas tout à fait refermées et je me rends compte que je n'ai pas toujours pu être à tes côtés pour t'aider à avancer et j'en suis navré. Malgré tout, tu es restée une sœur très attentionnée et tu es devenue une super maman. Tu peux être fière de la personne que tu es, et même si l'on peut paraître différents (ou avoir des caractères qui s'opposent !), n'oublie pas que je serai toujours présent pour toi.

Marraine, je te suis infiniment reconnaissant. Tu es une personne pleine d'attention et j'aime pouvoir discuter avec toi, même quand (parfois) on s'éternise ! Tu as toujours veillé sur nous, et tu es (au même titre que bien des personnes de notre famille) d'une gentillesse peu commune. Tu as une vie bien remplie et pourtant tu as toujours été disponible. Je n'oublierai jamais tous ces bons moments que l'on partage en famille, comme ta venue à ma remise de diplôme ou à l'arrivée de mon premier marathon dans cette magnifique ville pluvieuse que tu habites ! Merci pour tout.

Papy et Mamie de Vergt, grâce à votre altruisme, votre éducation et votre amour, nous sommes tous devenus des personnes altruistes et attentionnées. Je vous aime profondément et souhaite que vous restiez parmi nous le plus longtemps possible. Mamie, je vois bien que tu es fatiguée et je profite de chaque seconde pour te dire à quel point je tiens à toi. Papy, je crois que je t'ai toujours vu sourire, raconter des blagues (pas toujours très drôles !) et ne jamais montrer un signe de faiblesse. Je tiens énormément à toi et je sais que parfois tu peux souffrir. Je me suis investi du mieux que j'ai pu dans cette thèse qui t'es en partie destinée. J'ai toujours essayé de penser à comment je pourrais t'aider, si j'en avais la possibilité. J'espère un jour pouvoir te ressembler sur bien des aspects.

Papy, depuis le départ de mamie j'ai toujours essayé d'être là pour profiter de l'instant avec toi. La vie ne vous a pas épargné, et pourtant vous avez toujours été l'autre moitié de notre famille. J'aime beaucoup tous les moments que l'on passe ensemble (que ce soit lorsque l'on parle de jolies voitures, que l'on prend un café ou un bon repas !). J'espère un jour avoir ta ténacité et ton altruisme.

A ma nièce Marie, qui compte pour moi comme la prune de mes yeux. Ton arrivée parmi nous laisse beaucoup de souvenirs, et je t'aime énormément.

Et bien évidemment à tout le reste de ma famille, et en particulier Jacques, Laurent, Charlotte, Manon, Victor et Juliette, il s'écoule parfois du temps sans que l'on se voit où que l'on se donne des nouvelles, pourtant j'ai toujours une pensée pour vous.



Et aussi à mes amis,

Florian, mon bestou ! Je ne te remercierai jamais assez de tous les plans dans lesquels on a pu s'embarquer quand on passe du temps ensemble (faut dire, poissard que tu es...). On s'est bien amusés depuis le collège... Des souvenirs avec toi j'en ai tous un tas, mais on les gardera pour nous ! On a emprunté des chemins différents et pourtant on se rejoint tous les deux aujourd'hui dans la santé. Même à distance, je ne doute pas que tu es un excellent infirmier et je te souhaite de t'éclater ton exercice. T'as intérêt de rentrer rapidement en France ou c'est moi qui viendrais te chercher !

Les survivants (pour les intimes), mes copains du Périgord (et maintenant de toute la France) sur qui j'ai toujours pu compter, Nanou, Totor, Léa, et Nikoko. On ne se voit pas parfois pendant plusieurs mois, et pourtant quand on se retrouve, c'est comme si c'était la veille. Faut dire qu'on est une belle bande de bras cassés qui s'entendent à merveille. Depuis le lycée (voire même la primaire pour les plus vieux) on se supporte et votre compagnie fait le plus grand bien. Merci à vous d'avoir enfin accepté les chocolaines !

Les p'tits potes, Ben, Chris, Lulu et Marcus, toujours présents pour les bons moments entre copains (depuis l'inter... ah non il en manquait un...). Heureusement que la P2 est là pour faire des rencontres comme vous ! Le temps passe et même si on s'éloigne en distance, soyez sûrs que je n'oublierai jamais la p'tite carotide du vendredi matin !

Aux cookies-cooquiches, le groupe le plus recyclé de l'histoire, merci pour ce bon temps passé avec vous (des vacances à Villemolaque, à Soulac, en passant par les parties de 7 familles dans le hall de la BU). Vous serez tous et toutes de très bons médecins, alors bon internat !

A mes amis potards,

À mes amis de promo des études de Pharma, en particulier le p'tit chris perdu en chemin, la p'tite lulu l'abricot rescapée ainsi qu'à Ahmad.

Aux « vieux » qui ont toujours su transmettre leurs conseils, Doudou, Matthieu, Leslie, Arnaud, Thibault, Damien et les autres.

A mes amis Dylan et Edouard, qui ont eu la gentillesse de me convier à leur soutenance de thèse. Vous êtes déjà d'excellents pharmaciens et je vous souhaite une très belle carrière.

A mes amis d'enfance,

Élevés comme des frères et sœurs dans la nounou family, on a grandi, nos vies se sont éparpillées mais j'ai toujours une pensée pour vous.

A mes amis condatois,

Benoît et Katia, vous êtes des personnes au grand cœur. Je suis très content que l'on vous ait rencontrés.



Aux associations dont j'ai pu faire partie ou dans lesquelles je continue de m'épanouir,

En particulier un immense merci à la famille du Tutorat. Se sentir accompagné loin des siens lors de la première année, ça n'a pas de prix. Aux tuteurs de cette époque, merci beaucoup. Aux différents bureaux du tutorat, et en particulier à celui de l'année 2014-2015 qui m'a poussé à en faire partie à mon tour, mais aussi au mien l'année suivante. Mais bien sûr cela n'existerait pas sans la faculté (y compris zaza) prête à nous épauler, et encore moins sans les tutorés.

Au chancre, qui rappelle le début d'un bon nombre d'amitiés.

A la faluche de Limoges, qui est bien plus qu'une communauté. Un grand merci à Ben et Anaïs de m'avoir intégré dans la famille, et à Alexis, Anthony, Ben, Coraline, Allan, Jules et Palmyre de m'avoir demandé à leur tour de les accompagner.

A Humani'Lim, qui, par des mesures concrètes (locales et à l'étranger), œuvre pour changer des mentalités et pense à autrui.. D'ailleurs, ce n'est pas ça la santé ? Merci à Leslie d'avoir été une si bonne présidente.

À l'Association De Protection Civile de la Haute-Vienne, et en particulier à Jean-François Cueille et Laurent Delanier de nous avoir accueilli avec Audrey même si notre présence s'est considérablement amenuïe au fil du temps. Quel bon souvenir d'avoir passé les vieilles charrues sous le commandement de notre Beubeu national (aïe aïe aïe). Sans oublier bien sûr tous les copains qu'on s'y est fait.

A mon club de course à pied, qui m'a permis de reprendre après 5 ans d'arrêt. Grâce (ou à cause) du challenge fou lancé par mon ami Beubeu, j'ai réussi avec vous mon premier marathon en 6 mois d'entraînement. Avant Back to the run, maintenant Happy runners, notre structure a changée mais l'esprit en est resté le même. Aujourd'hui, je suis mordu de course à pied à cause de vous !



Enfin Audrey, je souhaitais finir par te remercier, toi qui es devenue si importante à mes yeux. Il s'en est passé du temps depuis cette soirée de 2^{ème} année où l'on s'est rencontrés. Alors comment te remercier ? Moi qui d'habitude ne veut pas exprimer mes sentiments, j'ai cette fois tant à te dire et en même temps je n'arrive pas à trouver mes mots. Avoir été présente à mes côtés pendant ces 5 belles années me rappelle que tu as un grand coeur et je souhaite juste te dire que je t'aime. Aussi, je me permets de te remémorer que tu seras une excellente pédiatre, alors ne doute pas de toi ! Bien sûr, je n'oublie pas Papa et Maman Flours, qui ont accepté que je prenne soin de toi et qui sont des beaux parents formidables.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	21
I. Généralités.....	22
I.1. L'alcool, une problématique de santé publique	22
I.2. Quelle politique de santé en France ?	25
I.2.1. Plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011).....	25
I.2.2. Plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011)	26
I.2.3. Plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017).....	26
I.2.4. Plan cancer (2014-2019).....	26
I.2.5. Plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022).....	26
I.3. Mécanisme d'action de l'alcool sur l'organisme	27
I.3.1. Sur le cerveau et le système nerveux.....	27
I.3.1.1 Alcool et transmissions gabaergiques.....	27
I.3.1.2 Alcool et transmissions glutamatergiques	28
I.3.1.3 Alcool et autres transmissions du système nerveux.....	29
I.3.1.4 Psychopathologie de l'addiction à l'alcool :	29
I.3.1.5 Complications de l'alcoolisation sur le cerveau et le système nerveux.....	31
I.3.1.5.1. Complications aiguës	31
I.3.1.5.2. Complications neuro-psychiatriques chroniques.....	33
I.3.2. Complications somatiques de l'alcoolisation.....	34
I.3.2.1 Complications digestives.....	35
I.3.2.2 Alcool et cancers.....	35
I.3.2.3 Complications cardiovasculaires	36
I.3.2.4 Conséquences nutritionnelles	37
I.3.2.5 Syndrome d'alcoolisation fœtal (SAF) et allaitement.....	37
I.4. Trouble de l'usage de l'alcool	38
I.4.1. Objectif thérapeutique : abstinence ou réduction de consommation ?	39
I.5. Mécanisme d'action des médicaments de l'abstinence et de la réduction de consommation d'alcool.....	40
I.5.1. Acamprosate (AOTAL® et génériques)	42
I.5.2. Naltrexone (REVIA® et génériques).....	42
I.5.3. Disulfirame (ESPERAL®).....	42
I.5.4. Nalméfène (SELINCRO®).....	42
I.5.5. Baclofène (BACLOCUR®).....	42
I.6. Rôle et formation du pharmacien dans l'accompagnement du patient alcoolo-dépendant	45
I.6.1. Rôles du pharmacien	45
I.6.1.1 Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB).....	45
I.6.1.2 Orientation vers un professionnel de santé plus adapté.....	48
I.6.1.3 Dispensation de médicament(s).....	48
I.6.1.4 Éducation pour la santé	49
I.6.2. Formation du pharmacien :.....	49
I.6.2.1 Enseignements universitaires liés aux études de Pharmacie de la faculté de Limoges.....	49
I.6.2.2 Diplôme Inter-Universitaire en Addictologie Pratique et Thérapeutique (DIUAPT).....	50
I.6.2.3 Développement professionnel continu (DPC).....	50
I.6.2.4 Autres formations en addictologie.....	51
I.7. Les messages clés pour échanger et accompagner le patient.....	51
I.7.1. Craving.....	52
I.7.2. Rechute.....	52
I.7.3. Structures et acteurs en addictologie.....	53
I.7.3.1 Filière hospitalière de soins en addictologie.....	53



I.7.3.1.1. Le court séjour en addictologie (médecine ou psychiatrie).....	54
I.7.3.1.2. L'hôpital de jour en addictologie	54
I.7.3.1.3. Le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en addictologie .	54
I.7.3.1.4. Les consultations hospitalières en addictologie	55
I.7.3.1.5. Les Équipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)	55
I.7.3.2 Les réseaux de santé et professionnels de ville	55
I.7.3.3 Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).....	56
I.7.3.4 Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogue (CAARUD).....	57
I.7.3.5 Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT).....	57
I.7.3.6 Cas particulier des associations : ANPAA et associations néphalistes.....	58
II. Élaboration des guides médicaments à destination des patients	59
II.1. Principe	59
II.2. Matériels et méthodes	59
II.2.1. Forme du guide	59
II.2.2. Contenu du guide	59
II.2.3. Architecture des guides	59
II.2.3.1 Page de couverture – première page	60
II.2.3.2 Information pharmacologie – deuxième page.....	60
II.2.3.3 Conseils – troisième page.....	60
II.2.3.4 Les idées vraies et fausses – quatrième page	60
II.3. Résultats	60
II.4. Interprétation	61
II.4.1. Première page.....	61
II.4.2. Deuxième page	63
II.4.2.1 Concernant l'encadré « ¹ » sur les renseignements généraux du médicament	64
II.4.2.2 Concernant l'encadré « ² » sur la posologie du médicament.....	64
II.4.2.3 Concernant l'encadré « ³ » sur les mises en garde spéciales.....	65
II.4.2.4 Concernant l'encadré « ⁴ » sur les effets secondaires du médicament.....	65
II.4.3. Troisième page.....	67
II.4.3.1 Concernant l'encadré « ¹ » sur la conduite à tenir en cas d'oubli du médicament.....	68
II.4.3.2 Concernant l'encadré « ² » sur la conduite à tenir en cas de surdosage du médicament.....	68
II.4.3.3 Concernant l'encadré « ³ » sur l'envie de consommer lors du traitement	69
II.4.3.4 Concernant l'encadré « ⁴ » sur la reconsommation d'alcool	69
II.4.4. Quatrième page.....	70
II.4.4.1 Concernant l'encadré « ¹ » sur la grossesse et l'allaitement sous traitement..	70
II.4.4.2 Concernant l'encadré « ² » sur les activités nécessitant une vigilance particulière	71
II.5. Discussion.....	71
III. Expérimentation des guides pour accompagner les patients	72
III.1. Présentation et objectifs de l'expérimentation.....	72
III.1.1. Objectif principal.....	72
III.1.2. Objectifs secondaires	72
III.2. Principes de l'expérimentation.....	72
III.2.1. Elaboration du protocole d'expérimentation officinal.....	72
III.2.2. Expérimentation officinale	72
III.3. Matériel et méthodes	73
III.3.1. Elaboration du protocole d'expérimentation officinal.....	73
III.3.1.1 Page d'introduction	73



III.3.1.2 Guide pharmacien.....	74
III.3.1.3 Table des annexes.....	75
III.3.1.4 Validation du protocole.....	75
III.3.2. Mise en place de l'expérimentation.....	75
III.3.2.1 Recrutement des interlocuteurs et officines participant à l'expérimentation ...	76
III.3.2.2 Explication de la démarche d'expérimentation	76
III.3.2.3 Suivi des officines participant à l'expérimentation	77
III.3.3. Questionnaire d'évaluation patient.....	77
III.3.4. Entretiens de fin d'expérimentation avec les interlocuteurs	79
III.4. Résultats	79
III.4.1. Mise en place de l'expérimentation officinale.....	79
III.4.1.1 Recrutement des interlocuteurs et officines participant à l'expérimentation ...	79
III.4.1.2 Explication de la démarche d'expérimentation	80
III.4.1.3 Suivi des officines participant à l'expérimentation	80
III.4.2. Questionnaires d'évaluation patients	80
III.4.2.1 Acamprosate AOTAL®.....	81
III.4.2.2 Naltrexone REVIA®	82
III.4.2.3 Disulfirame ESPERAL®.....	82
III.4.2.4 Nalméfène SELINCRO®.....	82
III.4.2.5 Baclofène BACLOCUR®.....	83
III.4.3. Entretiens de fin d'expérimentation avec les interlocuteurs	83
III.4.3.1 Officines ayant pu recruter des patients et ayant eu des retours	83
III.4.3.2 Officine ayant pu recruter des patients et n'ayant pas pu avoir de retour	84
III.4.3.3 Officines n'ayant pas pu recruter de patients	84
III.5. Discussion des résultats	85
III.5.1. Questionnaires d'évaluation patients	85
III.5.2. Entretiens de fin d'expérimentation avec les interlocuteurs	86
III.5.2.1 Officines ayant pu recruter des patients et ayant eu des retours	86
III.5.2.2 Officine ayant seulement pu recruter des patients sans retours	86
III.5.2.3 Officines n'ayant pas pu recruter de patients	87
III.6. Biais et limites	87
III.6.1. Biais	87
III.6.2. Limites :	88
III.6.3. Perspectives.....	88
Conclusion	89
Références bibliographiques	90
Annexes	95
Serment de Galien	155



Table des illustrations

Figure 1 : Tableau mural antialcoolique par le Dr Galtier-Boissière, 1902, éditions Colin	22
Figure 2 : Valeur alimentaire du vin, comité national de propagande en faveur du vin, Ministère de l'agriculture	23
Figure 3 : Représentation de la molécule d'éthanol dans les trois dimensions de l'espace (20)	27
Figure 4 : Balance physiologique entre le glutamate et le GABA dans le système nerveux central (21).....	28
Figure 5 : Balance doublement modifiée lors de l'ingestion d'alcool (21).....	28
Figure 6 : Action de l'alcool et d'autres substances psychoactives sur des structures cérébrales appartenant au circuit mésolimbique (25)	30
Figure 7 : Le Moniteur des pharmacies Formation, Cahier 2 du n°3095 du 19 septembre 2015	41
Figure 8 : Modèle du changement de Prochaska et Di Clemente	46
Figure 9 : HAS, Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève. Décembre 2014	48
Figure 10 : Guide patient : première page	61
Figure 11 : Guide patient : deuxième page.....	63
Figure 12 : Guide patient : troisième page.....	67
Figure 13 : Guide patient : quatrième page	70
Figure 14 : Résumé de la démarche à suivre lors de l'arrivée d'un patient au comptoir voulant participer à l'expérimentation	76
Figure 15 : Questionnaire d'évaluation du patient disponible en Annexe 6	78
Figure 16 : Nombre de guides patients distribués par médicament et proportion du nombre total de guides correspondant	81



Table des tableaux

Tableau 1 : Les différentes phases de l'intoxication alcoolique.....	31
Tableau 2 : Trouble de l'usage d'une substance (ici l'alcool) – DSM-5 (traduction non officielle) (41).....	38
Tableau 3 : Informations pharmacologiques des médicaments utilisés dans le maintien de l'abstinence d'alcool après sevrage (26), (47)	43
Tableau 4 : Informations pharmacologiques des médicaments utilisés dans la réduction de la consommation d'alcool dans une logique de RdRD (26), (47).....	44
Tableau 5 : Résultats de recherche (catégorie pharmacien, spécialité adjoint ou titulaire, année 2019, mot-clé « addiction »), Agence nationale de DPC, 13 Juin 2019.....	50
Tableau 6 : Posologies évoquées dans les guides (<i>cf encadré 2</i>)	64
Tableau 7 : Mises en garde spéciales évoquées dans les guides (<i>cf encadré 3</i>).....	65
Tableau 8 : Effets indésirables évoqués dans les guides (<i>cf encadré 4</i>).....	66
Tableau 9 : Conduite à tenir en cas d'oubli évoquée dans les guides (<i>cf encadré 1</i>).....	68
Tableau 10 : Conduite à tenir en cas de surdosage évoquée dans les guides (<i>cf encadré 2</i>)	68
Tableau 11 : Plan du guide pharmacien	74



Introduction

La prise en charge des addictions et en particulier de l'alcool nécessite l'intervention et l'interaction de différents professionnels issus du domaine de la santé (médecin addictologue, médecin traitant, infirmier...) et également du domaine social (assistant de service social, conseiller en économie sociale familiale, ...). Le pharmacien d'officine est un des acteurs du parcours du malade et participe à l'accompagnement des patients dépendants, notamment lors de la dispensation d'un traitement pharmacologique. Il peut également avoir un rôle dans le repérage, l'information, l'orientation ou dans la prévention de la rechute. Ces missions s'inscrivent dans la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (ou loi HPST) du 21 juillet 2009 qui fait mention de nouvelles missions des officines (ou pharmacies de ville). Celles-ci renforcent le rôle des officines au sein du système de santé et donc le rôle du pharmacien dans la prise en charge des patients. Il peut désormais être amené à « proposer des conseils ou des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes » et à « participer aux actions d'accompagnement de patients » (1).

Le succès de la prise en charge d'un patient dépendant requiert que tous les acteurs s'y intéressent et se mobilisent. À l'heure où la coopération entre professionnels de santé est nécessaire, il relève du devoir du pharmacien de s'impliquer dans le domaine de l'addictologie, en particulier dans le trouble de l'usage d'alcool (TUA).

L'objectif de ce travail est l'élaboration puis l'expérimentation d'un guide concernant les médicaments indiqués dans les TUA et à destination du patient avec comme finalités :

- Pour le pharmacien d'officine, d'avoir un support papier rappelant le conseil minimal à transmettre lors de l'acte de dispensation pharmaceutique. Ce support permettra de donner une même information à tous les patients.
- Pour le patient, d'avoir un document simple, pratique et synthétique à garder afin de pouvoir s'y référer si besoin.
- Enfin, l'objectif global est d'optimiser la prise en charge médicamenteuse à travers une meilleure compréhension du médicament et de son observance.



I. Généralités

I.1. L'alcool, une problématique de santé publique

L'histoire de l'alcool est commune à de nombreuses civilisations qui ont pu exister ou qui persistent aujourd'hui. Les boissons alcoolisées sont issues la plupart du temps de matières premières végétales contenant des sucres après fermentation, distillation ou macération.

De nombreuses sociétés ont fabriqué de l'alcool avec des végétaux locaux : en Asie, le saké japonais est obtenu à partir du riz, en Amérique centrale la tequila et le mezcal sont obtenus à partir d'Agave, le rhum à partir de la canne à sucre, la vodka dans les pays d'Europe de l'Est et l'aquavit dans les pays scandinaves sont produits à partir de céréales ou de pommes de terre. Sur le bassin méditerranéen, le raisin est à l'origine du vin dont la consommation date de l'époque gallo-romaine.

De part ses propriétés pharmacologiques, la consommation et l'utilisation d'alcool s'est ancrée dans les pratiques et la culture : célébration d'évènements festifs, religion, ou même utilisation médicinale des propriétés antiseptiques de l'alcool en Egypte ancienne contre les parasitoses (2) et des « eaux-de-vies » comme antiseptiques internes jusqu'au XX^e siècle.

Les premières mentions de consommation excessive sont anciennes : les notions d'excès existent dans différentes civilisations antiques (3), Platon a décrit les désordres et délires que peut provoquer le vin (4).

Cependant, la prise de conscience de mettre en place des actions d'information et de prévention est récente puisqu'il faut attendre le début du XX^e siècle pour que les mentalités commencent à changer et qu'un enseignement antialcoolique s'établisse dans les écoles primaires et secondaires (5).

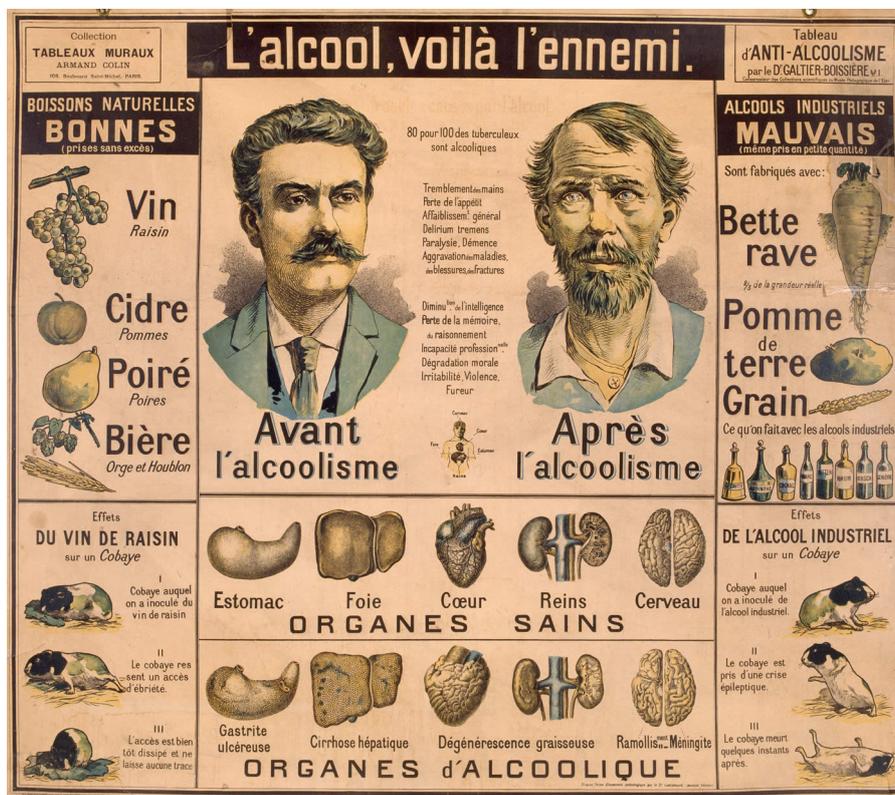


Figure 1 : Tableau mural antialcoolique par le Dr Galtier-Boissière, 1902, éditions Colin



On retrouve par exemple ce tableau mural antialcoolique fait par le Dr Galtier-Boissière en 1902, destiné à être affiché dans les salles de classe pour éveiller les consciences des enfants. Sur ce tableau, beaucoup d'idées ressortent :

- Il existe une dichotomie entre certains alcools dont la consommation serait bénéfique pour l'organisme (vin, cidre, poiré, bière), et de mauvais alcools « industriels » (fabriqués à partir de betterave, pomme de terre et grain) même en petites quantités. Ces boissons ne sont pas qualifiées de boissons alcoolisées mais de boissons naturelles, qui sont bonnes et doivent être consommées. C'est un message de confiance pour encourager la consommation, puisque le secteur viticole fait vivre un nombre considérable de français à cette époque (6) ;
- On retrouve aussi la notion d'excès à ne pas dépasser mais qui est cependant mentionnée en petits caractères et donc considérée comme un message de santé publique peu important ;
- L'ivresse est normalisée et sous-estimée : l'état d'ébriété se dissipe sans laisser de traces ;
- Certaines idées sont pourtant vraies comme la possible survenue d'une cirrhose hépatique au cours de consommations chroniques d'alcool ;
- La vision de l'alcoolique est stéréotypée et stigmatisée : les organes d'alcoolique et le teint terne sont les conséquences à redouter pour celui qui est alcoolique, on dénonce l'«ennemi » ;
- Des informations erronées sont toutefois présentes : l'alcool, quelque soit le mode de consommation, reste néfaste pour l'organisme. Il est aussi écrit que 80 % des tuberculeux sont alcooliques. L'association tuberculeux-alcool renvoie à une image négative de l'alcool, qui ne concerne, rappelons-le, que les alcools « industriels ».

Les premiers messages de santé publique sont adressés aux enfants pour sensibiliser aux dommages de l'alcool, mais la consommation d'alcool et en particulier le vin ne sont pas traités comme une réelle problématique de santé publique.

Durant l'entre-deux-guerres, la viticulture est en crise notamment à cause de la surproduction et de la mévente (7). L'Etat crée le 04 juillet 1931 le Comité National de la Propagande en faveur du Vin (CNPV) afin d'inciter les citoyens à la consommation. Ce comité est sous le contrôle direct du ministère de l'agriculture et est chargé de faire la publicité du vin.



Figure 2 : Valeur alimentaire du vin, comité national de propagande en faveur du vin, Ministère de l'agriculture

Sur l'affiche éditée par le CNPV, on peut voir que le vin est assimilé à une denrée alimentaire dont la valeur nutritionnelle semble démesurée : un litre de vin serait l'équivalent de 900 grammes de lait, 370 grammes de pain, 585 grammes de viande ou de 5 œufs. Il n'est pas précisé sur quels arguments ces équivalences ont été faites, mais le message est clairement écrit : « buvez du vin ».

Pourtant, l'alcool a des conséquences désastreuses pour la santé. C'est la troisième cause de mortalité évitable derrière le tabac et la pollution atmosphérique. L'alcool est responsable d'environ 41 000 décès par an (8). Parmi ce nombre, les causes de décès peuvent être réparties en deux grandes catégories :

- Les décès liés à une consommation aiguë d'alcool : diminution des fonctions cognitives en rapport avec un état aigu d'alcoolisation pouvant conduire à des accidents mortels ;
- Les décès liés à une consommation chronique d'alcool : cancers de différents organes, maladies cardiologiques, digestives ou autre.

En 2015, Pierre Kopp, de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), a publié une note de synthèse dans laquelle le coût social en France des drogues de l'année 2010 est quantifié (9).

Les conséquences pour la santé de cette substance se répercutent sur l'économie et à ce titre, cet auteur a « quantifié » ce coût en deux catégories : le coût social et le coût externe :

- Le coût « social » regroupe à la fois le coût pour les finances publiques, c'est-à-dire les dépenses de prévention, de répression et de soins, d'économie de retraites non versées ainsi que les taxes prélevées lors des ventes ;
- Le coût « externe » englobe lui la valeur des vies humaines perdues, de la perte de qualité de vie et de production.

Pour l'alcool, considérée comme drogue licite au même titre que le tabac, cela représente 118 milliards d'euros en 2010. En comparaison, cette même année, le tabac et les drogues illicites représentent respectivement 122 milliards et 9 milliards d'euros.

Cela représente un coût évitable très important pour la société qui est à mettre en opposition aux 19,6 milliards d'euros de chiffre d'affaires que l'alcool représente en 2011.

L'alcool représente toujours un réel enjeu de santé publique puisqu'en 2017 (10) :

- 10 % des Français sont des consommateurs quotidiens, et les hommes consomment plus fréquemment de l'alcool car 15,2 % d'entre eux boivent tous les jours contre 5,1 % des femmes ;
- Les hommes consomment de l'alcool de manière plus importante que les femmes car lors d'un jour de consommation, un homme boit en moyenne 2,8 verres contre 1,8 verre pour les femmes.

Alors même si l'on entend fréquemment que la quantité d'alcool consommée entre 1960 et 2017 a diminué de 26 à 11,7 litres équivalents d'alcool pur par an et par habitant de plus de 15 ans, il faut rester prudent car cette tendance à la baisse de consommation stagne depuis 2013 (11).



I.2. Quelle politique de santé en France ?

Historiquement en France, les politiques de santé concernant l'alcool et ses conséquences ont tardé à se mettre en place puisque les premières réformes de santé publique apparaissent dans la loi à partir de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle en 4 dates clefs :

- En 1956, l'interdiction de boire dans les cantines pour les enfants de moins de 14 ans permet de lutter contre l'ivresse dans les cantines scolaires ;
- En 1961, la consommation d'alcool au travail est réprimée par l'installation de fontaines à eau et de distributeurs de limonade dans les entreprises ;
- En 1978, les premiers messages de sécurité routière apparaissent et la conduite en état d'ivresse est encadrée : on tolère une éthanolémie inférieure à 0,8 g/L (12) ;
- En 1991, la loi Évin a permis d'encadrer la publicité de l'alcool. Cette loi interdit la publicité dans la presse pour la jeunesse, la diffusion de messages publicitaires à la radio en dehors des horaires de classe, à la télévision et au cinéma, la distribution aux mineurs de publicités pour des boissons alcoolisées ainsi que la vente, la distribution et l'introduction de boissons alcoolisées dans les établissements d'activités physiques et sportives. Cette loi marque le tournant de la place de l'alcool dans la société et permet de le traiter comme un véritable problème de santé publique. Elle permet néanmoins d'autoriser certains affichages publicitaires sous condition de faire apparaître un message sanitaire sur l'abus d'alcool (13).

Ces dernières années, la lutte contre l'alcool en France s'organise sous l'application de plans de santé publique nationaux concernant les différentes addictions :

- Le plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011) ;
- Le plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011) ;
- Le plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017) ;
- Le plan cancer (2014-2019) ;
- Et le plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022).

I.2.1. Plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011)

Il permet d'organiser la prise en charge hospitalière (consultations d'addictologie, renforcement des équipes hospitalières de liaison, création de nouveaux services d'addictologie et de pôles d'addictologie dans les CHU), d'accompagner les conduites addictives (création des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), de places d'accueil en hébergement et l'implication de la médecine de ville), et la mobilisation de la communauté scientifique et médicale autour de l'addictologie (filiale d'enseignement en addictologie pour les formations médicale et paramédicale, les travailleurs sociaux et dans la formation continue et le développement de la recherche pour les addictions avec et sans substance ainsi que la coordination des programmes de recherche) (14).



I.2.2. Plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011)

Ce plan est réparti en cinq grands axes, avec notamment pour l'alcool un volet « Prévention, communication et information » pour réduire l'entrée en consommation et l'abus d'alcool, un autre axe « Formation, recherche et observation » pour mieux répondre aux besoins de santé publique, et enfin le volet « International » pour mener une politique de lutte collective (15).

I.2.3. Plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017)

Ce dernier comporte 5 parties. Pour l'alcool, la lutte s'organise autour (16) :

- De la prévention, la prise en charge et la réduction des risques ;
- De l'action menée concernant une meilleure application de la loi ;
- Et sur la continuité du plan précédent avec la fondation de politiques de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur la recherche et la formation et le renforcement de la coordinations des actions nationales et internationales.

I.2.4. Plan cancer (2014-2019)

Conjointement au plan précédent, l'Institut National du Cancer (INCa) compte lutter contre l'alcool qui est la deuxième cause de cancers en France après le tabac. Autour de ce plan se dressent 4 actions : l'amélioration du respect des mesures d'encadrement de l'offre, l'aide aux personnes pour l'arrêt de consommation excessive, l'amélioration des connaissances sur les liens alcool-cancer, et l'expérimentation et la conduite d'actions de prévention de la consommation excessive.

I.2.5. Plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022)

A l'heure actuelle, la lutte contre l'alcool en France repose sur ces plans qui ont conduit au Plan national de mobilisation contre les addictions élaboré par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA) pour les années 2018 à 2022 (17). Ce dernier s'organise en 6 axes pour protéger dès les plus jeune âge, mieux répondre aux conséquences des addictions pour les citoyens et la société, améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic, renforcer les connaissances et favoriser leur diffusion, renforcer la coopération internationale et créer les conditions de l'efficacité de l'action publique sur l'ensemble du territoire.

Cette lutte s'appuie aussi sur le Plan d'action régional Europe (2012-2020) pour la réduction de l'usage nocif d'alcool (stratégie mondiale de l'OMS de 2010) (18). Il recense un ensemble d'action de santé publique autour de dix thèmes principaux :

- L'engagement de chaque nation dans l'adhésion au plan ;
- La réponse des services de santé pour la prise en charge la plus précoce dans le parcours de soin ;
- L'action communautaire et notamment dans les milieux scolaire et professionnel ;
- Les politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant ;



- La disponibilité de l'alcool dans les points de vente ;
- Le marketing des boissons alcoolisées ;
- Les politiques de prix ;
- La réduction des conséquences néfastes de la consommation et de l'intoxication alcoolique ;
- La réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit de manière illégale ;
- Le suivi et la surveillance des précédentes mesures.

Même si la lutte contre les conduites addictives s'organise, l'alcool reste un problème de santé publique sensible en France. En 2015, un amendement visant à assouplir la Loi Evin a été adopté et permet notamment aux collectivités territoriales de faire la promotion de leur patrimoine viticole (19).

I.3. Mécanisme d'action de l'alcool sur l'organisme

La compréhension du mode d'action de l'éthanol sur l'organisme permet de mieux comprendre ses effets recherchés et ses effets néfastes.

Lorsque l'on parle des effets de l'alcool sur l'organisme, c'est la molécule d'éthanol ou d'alcool éthylique de formule semi-développée ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$) qui est concernée.

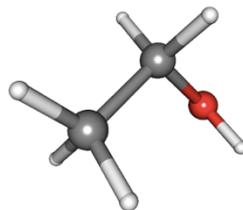


Figure 3 : Représentation de la molécule d'éthanol dans les trois dimensions de l'espace (20)

Sur la molécule d'éthanol ci-dessus, les atomes de carbone (au nombre de deux) sont représentés en noir, l'atome d'oxygène en rouge, et les atomes d'hydrogène (au nombre de six) en blanc.

I.3.1. Sur le cerveau et le système nerveux

L'ingestion d'alcool va avoir différentes conséquences pour les transmissions du système nerveux.

I.3.1.1 Alcool et transmissions gabaergiques

L'éthanol est un modulateur des récepteurs GABA en particulier de type A, canaux ioniques activés physiologiquement par la fixation d'acide γ -aminobutyrique (ou GABA).



La fixation du GABA sur son récepteur permet aux ions chlorure de pénétrer à l'intérieur du neurone post-synaptique, d'hyperpolariser la cellule et de diminuer l'intensité du potentiel d'action.

Le GABA est le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central. L'éthanol, en se fixant sur un site allostérique du sous-récepteur GABA-A, va augmenter l'efficacité physiologique du GABA en sensibilisant le récepteur à ce ligand endogène, lui permettant de rester ouvert plus longtemps. Ceci a pour conséquence finale une diminution de l'activité neuronale.

1.3.1.2 Alcool et transmissions glutamatergiques

L'éthanol est aussi un antagoniste des récepteurs NMDA (ou N-méthyl-D-aspartate), canaux ioniques activés physiologiquement par le glutamate et réprimés physiologiquement par la fixation de glycine.

Le glutamate est le principal neurotransmetteur exciteur du système nerveux central, et l'éthanol va interagir avec des sous-unités des récepteurs NMDA pour diminuer les transmissions glutamatergiques, ce qui aura pour conséquence une diminution de l'activité neuronale.

A l'état physiologique, il existe une balance entre les transmissions GABAergiques (inhibitrices) et glutamatergiques (excitatrices), puisque ces deux neurotransmetteurs partagent un métabolisme commun.

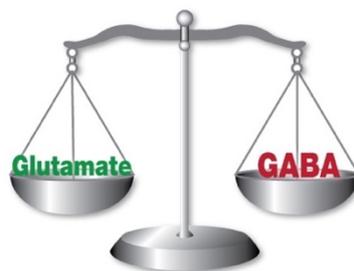


Figure 4 : Balance physiologique entre le glutamate et le GABA dans le système nerveux central (21)

L'alcool, qui a à la fois un rôle d'agoniste GABAergique et d'antagoniste glutamatergique, a donc un double effet dépresseur du système nerveux central (SNC), ce qui explique entre autres ses capacités sédatives, relaxantes et anxiolytiques.



Figure 5 : Balance doublement modifiée lors de l'ingestion d'alcool (21)



L'éthanol renforce les transmissions GABAergiques et réprime les transmissions glutamatergiques, ayant pour conséquence un puissant effet déprimeur du SNC.

Cependant à long terme, lors d'une consommation chronique en boissons alcoolisées, les récepteurs au GABA sont progressivement désensibilisés et les récepteurs au NMDA hypersensibilisés (22). Ce mécanisme serait à l'origine de l'effet rebond d'excitation caractéristique que l'on peut observer lors d'un sevrage en alcool (*cf. I.3.1.5.1 Complications aiguës, Syndrome de sevrage et delirium tremens*).

I.3.1.3 Alcool et autres transmissions du système nerveux

D'autres transmissions sont modifiées lors de la consommation d'alcool (23) :

- Potentialisation des récepteurs 5-HT₃ sérotoninergiques (récepteurs situés au niveau de l'*area postrema* ayant pour conséquence une augmentation du réflexe vomitif après stimulation) ;
- Potentialisation des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine (en particulier le sous-récepteur α -7) ce qui augmenterait la libération de dopamine dans le cerveau ;
- Inhibition des canaux sodiques voltage-dépendants à haute concentration (comme certains anesthésiques locaux), stimulation des canaux potassiques (impliqués dans la diminution du potentiel d'action) et inhibition des canaux calciques voltage-dépendants (avec pour conséquence une diminution de relargage des différents neurotransmetteurs).

I.3.1.4 Psychopathologie de l'addiction à l'alcool :

Il existe plusieurs théories pouvant expliquer la dépendance à l'alcool (24) :

- ❖ La théorie membranaire : selon cette théorie, au cours des consommations chroniques d'alcool, les membranes des cellules se rigidifient jusqu'à atteindre un état d'équilibre et lors d'un sevrage en alcool, ces membranes sont déstabilisées.
- ❖ La théorie des déterminants biologiques : divers neurotransmetteurs dont la dopamine, le GABA, les endorphines et le glutamate sont mis en jeu, expliquant les effets complexes de la dépendance.
- ❖ La théorie des opioïdes endogènes : où l'acétaldéhyde (métabolite de l'éthanol) accumulé se combine à des substances endogènes pour former des endorphines à l'origine de l'état de bien être lors de consommation ponctuelle, et de l'état de sevrage lors de consommations chroniques et qui nécessite de poursuivre la consommation.

En réalité, la psychopathologie des addictions relève d'un mécanisme très complexe. Selon Nestler (25), toutes les addictions auraient un mécanisme commun, que ce soit pour les addictions avec substance (alcool, cocaïne, nicotine...) ou sans substance (jeu pathologique, troubles des conduites alimentaires, addictions au sexe ou au travail, achats compulsifs...).



La théorie des déterminants biologiques est la plus étudiée et enseignée pour comprendre le mécanisme de mise en place de l'addiction. L'augmentation du taux en dopamine dans le circuit mésolimbique (aussi appelé circuit de la récompense) en serait à l'origine, et en particulier dans certaines zones qui le compose (26) :

- l'aire tegmentale ventrale, région correspondant au départ d'un des deux grands faisceaux de la voie dopaminergique, passant par le noyau accumbens et se terminant dans l'amygdale, le cortex préfrontal et l'hippocampe ;
- le noyau accumbens, structure neuronale impliquée dans la saillance, c'est-à-dire dans l'attention que l'on peut donner à une action ;
- l'amygdale, structure impliquée dans la mise en mémoire affective de l'expérience ;
- le cortex préfrontal (et en particulier dans la région orbitofrontale), impliqué dans le contrôle des décisions et notamment liés à la récompense ;
- l'hippocampe, impliquée dans la mémoire épisodique (ou autobiographique) et en particulier dans la mise en mémoire de nouveaux lieux, évènements ou d'informations sensorielles.

La libération de dopamine à doses supraphysiologiques dans le système de la récompense est une constante commune aux addictions. Dans le cadre de l'alcool, ce serait principalement dû au système GABAergique.

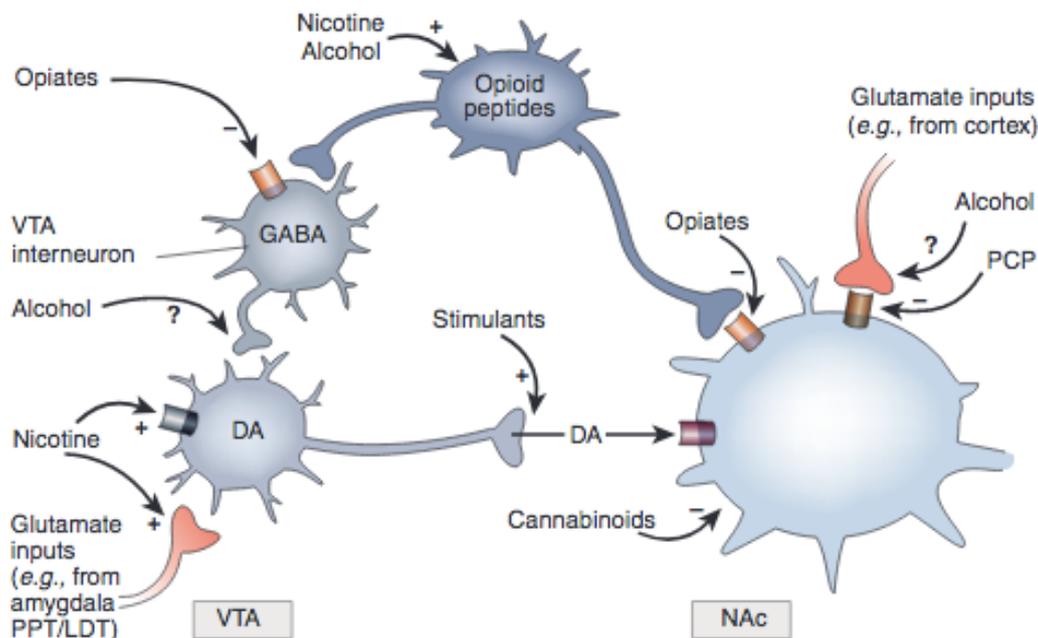


Figure 6 : Action de l'alcool et d'autres substances psychoactives sur des structures cérébrales appartenant au circuit mésolimbique (25)

Le mécanisme d'augmentation en dopamine dans ce circuit mésolimbique repose sur le fait que l'alcool est un agoniste des récepteurs aux opioïdes, en particulier les sous-récepteurs μ . L'alcool est aussi un antagoniste partiel des sous-récepteurs κ et aurait une activité sur les sous-récepteurs δ .

La stimulation des peptides endogènes diminue l'activité GABAergique de l'interneurone dans l'aire tegmentale ventrale (VTA), ce qui permet d'augmenter le relargage en dopamine, provoquant un effet renforçant dit « positif » (27).

L'alcool, pourrait aussi d'une part agir directement sur le neurone dopaminergique et d'autre part agir directement sur la fixation de glutamate dans le noyau accumbens (NAc) (25).

I.3.1.5 Complications de l'alcoolisation sur le cerveau et le système nerveux

L'alcool a des effets immédiats et des effets à long terme sur l'organisme. On peut classer les complications de l'alcoolisation sur le cerveau et en général sur le système nerveux en deux grandes catégories : les complications aiguës et les complications chroniques.

I.3.1.5.1. Complications aiguës

Les complications aiguës sont principalement liées au phénomène d'alcoolisation, on y retrouve l'intoxication alcoolique (dont le *binge drinking*), les accidents et violences liés à la perturbation des fonctions cognitives, mais aussi le syndrome de sevrage dont le *delirium tremens*.

La prise en charge immédiate des complications aiguës de l'alcoolisation relève plus du domaine médical qu'addictologique.

❖ Intoxication alcoolique (ivresses simples et pathologiques) et le binge drinking :

Lors de la consommation aiguë d'alcool, les effets cliniques de l'intoxication alcoolique de l'ivresse simple peuvent être répartis en trois phases : la phase d'excitation psychomotrice, la phase d'incoordination ou d'instabilité, puis le coma éthylique dans les cas les plus sévères (26).

Tableau 1 : Les différentes phases de l'intoxication alcoolique

Phase d'excitation psychomotrice <i>Ethanolémie d'environ 0,5 à 2 g/L</i>	Elle se caractérise par une phase ébrieuse, euphorique, joyeuse. À ce stade, les perceptions sensorielles (concentration, temps de réaction et nociception), la mémoire et le jugement sont déjà altérés, et on peut observer une perte de contrôle des membres supérieurs.
Phase d'incoordination <i>Ethanolémie d'environ 1,5 à 4 g/L</i>	Elle se caractérise par une phase d'ataxie (incoordination des mouvements), mais aussi par des symptômes plus marqués comme une désorientation tempo-spatiale, un état de somnolence et de confusion, et d'une dysmétrie (exécution de mouvements sans mesure dans l'espace et le temps).
Phase de coma <i>Ethanolémie supérieure à 3 voire 4 g/L</i>	Elle a pour principaux risques l'hypothermie et l'hypotension artérielle. On parle de personne « ivre morte » ou de personne « comateuse » et les fonctions neurologiques sont très affaiblies, jusqu'aux réflexes ostéo-tendineux pouvant être abolis, mais aussi une diminution de la sensibilité et une hypotonie. Le sujet est difficilement stimuable et les conséquences d'une telle consommation peuvent aller jusqu'au décès.



Pour une consommation d'alcool identique, des facteurs susceptibles de faire varier l'éthanolémie existent (28) :

- La variabilité inter-individuelle : L'alcool, qui revêt un caractère hydrophile, va diffuser préférentiellement dans les organes et tissus riches en eau (cerveau, foie, poumon, muscles...). Ceci explique que le sexe influence l'éthanolémie. En effet, les femmes ont un volume de distribution pour l'alcool plus faible que les hommes à poids égal : la masse grasseuse est plus importante et la masse musculaire plus faible que chez les hommes, ce qui se traduit par une éthanolémie plus importante lors de consommations identiques d'alcool. Les personnes ayant un poids élevé, ont une alcoolémie plus faible pour une même dose ingérée car l'alcool sera davantage dilué dans l'organisme. Cependant, pour une quantité d'alcool identique ingérée par unité de poids, l'éthanolémie sera plus importante chez le sujet obèse que maigre car le tissu adipeux fixera moins l'alcool.
- La variabilité intra-individuelle : la vacuité de l'estomac, l'accélération de la motilité gastro-intestinale, l'élévation du degré alcoolique de la boisson, la présence de gaz carbonique ou l'ingestion rapide de boissons alcoolisées sont des facteurs susceptibles de faire augmenter l'éthanolémie, et ce, chez un même individu. Certains médicaments peuvent aussi augmenter l'éthanolémie, comme l'aspirine par inhibition de l'ADH gastrique, enzyme intervenant dans le métabolisme de l'éthanol, ou l'érythromycine, par diminution du premier passage hépatique.
- Le phénomène de tolérance : La tolérance, c'est la nécessité d'augmenter les doses pour retrouver le même effet d'une substance. Elle peut également être définie comme la diminution de l'effet de la substance psychoactive pour une même dose consommée. Celle-ci peut expliquer les concentrations d'alcoolémie records qui ont pu être enregistrées dans le monde : en France, un automobiliste a été retrouvé dans le fossé en 2005 avec 9,75 g/L de sang (et une femme a été contrôlée en 2011 avec 5,76 g/L de sang) ; en Pologne, un automobiliste a survécu après avoir été contrôlé à un taux d'alcool de 13,74 g/L ; il existerait même un conducteur Sud-Africain dont la concentration sanguine d'alcool aurait approché les 16 g/L (29).

Il existe aussi des formes d'ivresses dites pathologiques (30) :

- L'ivresse hallucinatoire, où le sujet peut être très violent ;
- L'ivresse délirante avec délire de mégalomanie, de jalousie et de persécution ;
- L'ivresse accompagnée de crise(s) d'épilepsie, que ce soit chez le sujet épileptique (l'alcool peut diminuer le seuil épiléptogène) ou non (on parle alors d'ivresse convulsivante).

Cas particulier du *binge drinking* : Parfois appelé « beuverie » ou « biture express », ce terme représente un mode de consommation excessif qui consiste à boire une quantité d'alcool importante et rapidement, par épisodes ponctuels. C'est un mode de consommation souvent apprécié des jeunes (adolescents, étudiants...) mais aussi des autres catégories de consommateurs qui y associent souvent des jeux d'alcool. Le taux d'alcoolémie chez ces personnes peut monter très rapidement et provoquer des dommages sur certaines parties du cerveau encore en maturation (comme l'hippocampe, le cortex frontal et la substance



blanche). Cela peut entraîner à terme des troubles cognitifs et majorer le risque de dépendance à cette substance.

❖ **Syndrome de sevrage et *delirium tremens* (31) :**

Le syndrome de sevrage (à l'alcool) ne survient que chez les personnes physiquement dépendantes à l'alcool. Les premiers symptômes de sevrage apparaissent dans les heures suivant l'arrêt de consommation. Ces symptômes sont les plus marqués pendant les trois premiers jours suivant l'arrêt de consommation mais peuvent perdurer environ 10 jours.

Les principaux signes de sevrage sont la survenue de vomissements, de tremblements, de sueurs et d'un état anxieux. D'autres signes peuvent se présenter (insomnie, cauchemars, irritabilité, agitation, tachycardie, hypertension artérielle, diarrhées...).

Plus rarement, des convulsions peuvent apparaître et sont le reflet de crises généralisées tonico-cloniques pouvant évoluer vers un état de mal épileptique et mettre en jeu le pronostic vital.

La complication la plus grave du syndrome de sevrage est le *delirium tremens*, qui est un état de confusion agitée et délirante avec risque vital engagé. Le *delirium tremens* est l'association de signes cliniques (confusion, agitation, propos incohérents, délire onirique, inversion du rythme nyctéméral, hallucinations...) à des signes physiques (fièvre, sueurs profuses, déshydratation, modification de la tension, tachycardie, troubles du rythme) pouvant évoluer vers le mal épileptique et le décès. Le risque de *delirium tremens* est une contre indication au sevrage ambulatoire qui doit être réalisé sous surveillance médicale.

Enfin, en altérant le système neurosensoriel et en diminuant la désinhibition, l'alcool peut engendrer des accidents de la route (30 % des accidents mortels sont imputables à l'alcool), du travail (10 à 20 %) et des accidents domestiques (15 à 20 %) mais aussi provoquer des violences comme de la violence conjuguale, des viols, des suicides ou des homicides.

I.3.1.5.2. Complications neuro-psychiatriques chroniques

La consommation chronique d'alcool peut engendrer des complications neuro-psychiatriques comme des séquelles sur le système nerveux.

❖ **Troubles cognitifs : les principales atteintes cognitives liées à la consommation chronique d'alcool concernent :**

- Les fonctions exécutives, où la personne peut présenter des difficultés pour élaborer des stratégies et des projets, maintenir un niveau d'attention, s'adapter aux changements, anticiper le résultat d'une action ou pour analyser les situations de la vie quotidienne (32) ;
- Les fonctions visuo-spatiales, où la désorientation temporo-spatiale perturbe l'apprentissage et la mémoire visuelles. ;
- Les fonctions mnésiques, en particulier de la mémoire épisodique synonyme d'atteinte de l'hippocampe ;



- L'alcool peut aussi être responsable d'alexithymie (difficulté ou incapacité à verbaliser ses émotions) et d'isolement pouvant favoriser la consommation.

❖ Encéphalopathies alcooliques (carencielles) :

- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke : L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est l'association d'une ataxie, d'une confusion et d'une ophtalmoplégie (paralysie oculaire). L'origine proviendrait d'une carence en vitamine B1 (ou pyrophosphate de thiamine). La vitamine B1 intervient dans le métabolisme énergétique des glucides et acides aminés, indispensable au fonctionnement cérébral, mais aussi à la synthèse d'acétylcholine et à la transmission de l'influx nerveux.
- Syndrome de Korsakoff : Ce syndrome associe un syndrome amnésique combiné à des fabulations ou à de fausses reconnaissances. Dans certains cas, une désorientation temporo-spatiale peut être présente. Le plus souvent, il est la conséquence à long terme d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke mal ou non traitée. Cela entraîne des répercussions sociales et nécessite un placement en institution ou la présence d'une tierce personne au quotidien.
- Atteinte cérébelleuse : L'atteinte cérébelleuse (ou atrophie cérébelleuse) correspond à une ataxie statique et locomotrice (sorte de marche ébrieuse) associé à un syndrome cérébelleux cinétique (troubles de la coordination des mouvements des membres).

D'autres conséquences neurologiques peuvent survenir lors de la consommation chronique d'alcool :

- ❖ Polyneuropathie alcoolique : l'origine n'est pas clairement identifiée et serait multifactorielle. Elle se manifeste par des symptômes moteurs (crampes nocturnes aux muscles distaux) et sensitifs (impression de serrement, de raideur ou de froid parfois accompagnée de fourmillements ou d'insensibilité distale) (33).
- ❖ Névrite optique rétrobulbaire (NORB) : C'est une baisse d'acuité visuelle souvent unilatérale avec une sensation de voile ou de brouillard. Il peut y avoir aussi une douleur lors de la mobilisation du globe oculaire. Dans les consommations chroniques d'alcool, cette pathologie peut s'aggraver jusqu'à la cécité définitive.
- ❖ Epilepsie : Comme vu précédemment (*cf I.3.1.5.1 Complications aiguës, formes d'ivresses dites pathologiques*), l'alcool peut être responsable d'ivresse épileptique (par diminution du seuil épileptogène chez le sujet épileptique) ou d'ivresse convulsivante (épilepsie faisant suite à une alcoolisation aiguë importante). Des convulsions peuvent aussi apparaître lors d'un sevrage ou des années après des lésions cérébrales importantes.
- ❖ Hématomes cérébraux : Ils sont liés aux traumatismes et aux chutes pouvant survenir lors des consommations répétitives d'alcool.

I.3.2. Complications somatiques de l'alcoolisation

Les complications somatiques de l'alcoolisation peuvent être classées en 4 catégories : les complications sur le système digestif, la survenue de cancers, les complications cardiovasculaires et nutritionnelles.



I.3.2.1 Complications digestives

Elles touchent principalement le foie et le pancréas.

❖ Foie :

La consommation d'alcool est susceptible d'entraîner des pathologies hépatiques pouvant aboutir à un cancer hépatocellulaire dans les cas les plus sévères (*cf I.3.2.2 Alcool et cancers, cancer du foie*).

Dans un premier temps, l'alcool peut entraîner une stéatose hépatique. Il s'agit d'une surcharge graisseuse qui n'entraîne aucun signe clinique hormis une hépatomégalie (augmentation du volume du foie). L'arrêt de consommation permet un retour à l'état normal du foie.

Si les consommations persistent, une stéato-hépatite peut se manifester. Il s'agit d'une inflammation du foie qui se rajoute à la stéatose précédemment installée. Elle est principalement retrouvée lors d'un bilan biologique avec les ASAT augmentées : le processus nécrotique du foie se met en place, c'est le début de la cytolysse hépatique. Cela peut se manifester par l'apparition d'un ictère, d'une hypertension portale, d'un syndrome hémorragique voire d'une encéphalopathie hépatique. A ce stade, l'arrêt de consommation permet encore de régénérer les dommages occasionnés par l'alcool.

Le foie peut ensuite se fibroser : l'organisme va remplacer les cellules hépatiques endommagées par un tissu cicatriciel. La fibrose peut-être plus ou moins importante et est quotée par stades (F1 : fibrose légère, F2 : fibrose modérée, F3 : fibrose sévère) (34). Le stade cirrhotique (ou stade F4) est la complication hépatique la plus tardive et irréversible de la consommation chronique d'alcool. Elle peut être asymptomatique ou avoir les mêmes signes qu'une hépatite en plus marqués. À ce stade, la diminution d'alcool permet de réduire la fibrose hépatique sans pouvoir régénérer le foie.

❖ Pancréas : L'alcool serait responsable de 7 pancréatites sur 10. Elles peuvent être aiguës ou chroniques, asymptomatiques ou très douloureuses avec une douleur pouvant irradier dans le dos (en général signe d'une atteinte aiguë) ou sur la partie supérieure de l'abdomen (signe d'une atteinte chronique). Cela peut entraîner des nausées, des vomissements, une tachycardie et de la fièvre. Les formes nécrotico-hémorragiques nécessitent une hospitalisation d'urgence.

I.3.2.2 Alcool et cancers

Pour rappel, l'alcool est la troisième cause évitable de mortalité en France derrière le tabac et la pollution atmosphérique. Parmi les décès imputables à l'alcool, les cancers en sont la première cause. De plus, environ 30 000 cancers seraient attribuables à l'alcool (8), (35).

L'INCa a publié un état des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique concernant l'alcool et le risque de cancers en Novembre 2007. On y retrouve une synthèse de différentes études sur la relation alcool-cancer qui ont permis de proposer des messages de prévention aux patients.



Les mécanismes de cancérogénèses imputables à l'alcool sont divers :

- L'acétaldéhyde, principal métabolite de l'éthanol, est génotoxique ;
- L'alcool est solvant des substances cancérogènes ;
- Il y a une formation de radicaux libres très réactifs lors du métabolisme de l'alcool ;
- Mais aussi des réactions inflammatoires, un changement du métabolisme des folates et une modification des concentrations d'hormones sexuelles se passent dans l'organisme.

- ❖ Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) (35) : L'association entre la consommation régulière de boissons alcoolisées et la survenue d'un carcinome épidermoïde des VADS (indépendamment de la consommation de tabac) est prouvée. De plus, il ne faut pas oublier que la consommation de tabac souvent associée majore le risque de survenue de ces cancers.
- ❖ Cancer du foie (hépatocarcinome, ou carcinome hépatocellulaire) (35) : Le cancer du foie serait dans plus d'un tiers des cas attribuable à la consommation chronique et élevée d'alcool. Suivant le niveau de consommation, on considère que la consommation d'alcool augmente le risque d'apparition de ce cancer d'un facteur 2 à 7.
- ❖ Cancers du sein, du côlon et du rectum (35) : Des études démontrent que l'alcool augmente le risque de survenue de ces cancers par divers mécanismes, souvent liés à l'accumulation d'acétaldéhyde après consommation.
- ❖ Autres cancers (35) : Diverses études ont été menées pour démontrer le risque d'apparition de cancers dans diverses localisations de l'organisme. Les résultats sont soit controversés, soit insuffisants, ou alors il n'a été démontré aucune association. Cela concerne le poumon, l'estomac, le pancréas, l'endomètre, les ovaires, la prostate, la vessie et le rein. L'alcool pourrait aussi diminuer le risque de survenue de lymphome non-hodgkinien mais ces résultats sont à prendre avec du recul.

1.3.2.3 Complications cardiovasculaires

Les pathologies cardiovasculaires imputables à l'alcool représentent la deuxième cause de décès associée à la consommation d'alcool (36).

Parmi les complications cardiovasculaires que l'alcool est susceptible d'entraîner ou de majorer, on recense notamment l'hypertension artérielle, les troubles du rythme et les myocardiopathies dilatées primitives :

- La consommation d'alcool favorise une augmentation de la pression artérielle, qui serait notable à partir de 20 grammes par jour (soit l'équivalent de 2 verres standards). Plus la consommation est importante, plus le risque d'hypertension artérielle augmente, et en particulier chez la femme.
- L'apparition de troubles du rythme (type fibrillation auriculaire, tachycardie de Bouveret mais aussi troubles du rythme ventriculaires...) augmente avec la consommation d'alcool.



- Une consommation chronique et de plus de 60 grammes par jour peut conduire à une dilatation d'un ou des ventricules avec atteinte de la fonction ventriculaire systolique pouvant évoluer vers l'insuffisance cardiaque et le décès. Ce phénomène serait réversible lors de l'arrêt de consommation.

On entend fréquemment que la présence de composés polyphénoliques anti-oxydants dans le vin comme les flavonoïdes serait à l'origine d'un facteur protecteur cardiovasculaire pour des consommations faibles à modérées (37).

Cependant, cet effet protecteur est très discuté voir contre-argumenté. Une méta-analyse concernant 2,662 études (38) estime qu'il faille rester sceptique par rapport à l'affirmation que de faibles consommations d'alcool soient associées à des bénéfices pour la santé. Au mieux, cela pourrait être vrai pour de faibles consommations chez une population ayant une variabilité génétique. Au pire, cela est totalement faux et ne protège pas de toutes les co-morbidités que l'alcool peut entraîner.

Dans tous les cas, il ne s'agit pas d'un message de santé publique pertinent à transmettre au quotidien au regard de toutes les complications que l'alcool peut avoir sur la santé.

I.3.2.4 Conséquences nutritionnelles

La consommation excessive d'alcool est associée à une dénutrition protéino-énergétique, que ce soit par réduction significative des consommations riches en micronutriments, mais aussi par réduction de l'absorption et du métabolisme des vitamines (A, B6, B9, B12, C, D, E) et des minéraux (magnésium, sélénium et zinc) (35).

Cela peut être associé à une prise de poids et est favorisé par des facteurs socio-économiques qui peuvent aggraver ces troubles.

I.3.2.5 Syndrome d'alcoolisation fœtal (SAF) et allaitement

Au cours de la grossesse, la consommation d'alcool par la mère va entraîner la diffusion passive de l'éthanol à travers le placenta et le fœtus sera exposé à l'éthanol.

Le fœtus, qui ne peut pas métaboliser l'éthanol, sera imprégné de la substance qui peut avoir des conséquences néfastes comme (39) :

- L'apparition d'anomalies de développement du système nerveux central ;
- La survenue de troubles cognitifs et comportementaux ;
- Un retard staturo-pondéral ;
- Et enfin une éventuelle dysmorphie faciale.

De même que l'alcool est donc à proscrire pendant la grossesse en raison du risque de SAF, il est important de l'éviter lors de l'allaitement. Même s'il n'existe pas de données suffisantes sur l'inocuité de la consommation d'alcool par la mère lors de l'allaitement, l'alcool est une substance lipophile qui est excrété dans le lait maternel. Il peut diminuer la lactation et l'écoulement du lait maternel (40).



I.4. Trouble de l'usage de l'alcool

Selon le manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux 5^{ème} version (DSM-5), les troubles de l'usage de l'alcool sont répartis en trois niveaux de sévérités lorsqu'un certain nombre de critères sont présents au cours des douze derniers mois :

- Il est faible entre deux et trois des critères suivants présents,
- Il est modéré entre quatre et cinq des critères suivants présents,
- Et il est sévère à partir de la présence de six des onze critères suivants.

Tableau 2 : Trouble de l'usage d'une substance (ici l'alcool) – DSM-5 (traduction non officielle) (41)

- 1 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple : absences répétées, diminution des performances de travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile).
- 2 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc.).
- 3 : Persistance de l'usage d'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
- 4 : Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants :
 - un besoin manifeste d'augmenter les quantités d'alcool pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré ;
 - une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.
- 5 : Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :
 - présence de signes de sevrage concernant l'alcool lors de l'arrêt ou forte diminution ;
 - l'alcool est parfois consommé pour éviter ou stopper des signes de sevrages.
- 6 : L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé.
- 7 : Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation d'alcool.
- 8 : Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.
- 9 : Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation d'alcool.
- 10 : L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.
- 11 : On constate la présence régulière d'un *craving*, ou envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool.

Alors quelles sont les repères de consommation que le pharmacien et les autres professionnels de santé doivent promouvoir ?

Selon Santé publique France, le message principal de santé publique à transmettre concernant l'alcool est le suivant : « maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours » (42).



En 2017, de nouveaux repères de consommation d'un usage non problématique d'alcool ont été émis par un comité d'experts pour Santé publique France et l'Institut National du Cancer (43) :

- Pas plus de 10 verres standards¹ par semaine ;
- Pas plus de 2 verres standards par jour quel que soit le sexe ;
- Remplacer la mention « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » par un message signifiant que toute consommation d'alcool est à risque pour la santé.

Par ailleurs, ils recommandent aussi :

- De ne pas consommer d'alcool pour les femmes envisageant une grossesse, enceintes ou allaitantes mais aussi pour les jeunes et adolescents ;
- De ne pas consommer d'alcool en cas de conduite automobile, manipulation d'outils ou de machines, de pratique de sports à risque, de consommation de certains médicaments et de l'existence de certaines pathologies.

I.4.1. Objectif thérapeutique : abstinence ou réduction de consommation ?

Jusqu'à la fin du XX^e siècle, l'abstinence était préconisée pour les patients alcoolo-dépendants. Maintenant, on admet que la réduction des Risques et des Dommages (RdRD) a tout à fait sa place dans la prise en charge du mésusage d'alcool.

En alcoologie, la RdRD désigne l'ensemble des stratégies visant à limiter les dommages sanitaires ou sociaux liés à la consommation d'alcool, en maintenant ou en restaurant le lien social indispensable au processus de soins.

Cela revient à partir de la demande de l'usager en acceptant qu'il puisse consommer, s'y adapter afin d'avancer à son rythme, et l'accompagner afin qu'il avance dans la prise en charge de sa maladie : on parle alors de consommation contrôlée d'alcool.

Cela permet d'offrir une approche graduée en présentant un éventail de possibilités parmi lequel les usagers d'alcool peuvent choisir, en considérant tous les changements positifs comme des succès.

La réduction des risques permet entre autres de ne pas fermer l'accès aux soins de la plus grande partie des consommateurs à risque qui échappe aux soins en raison du dictat de l'abstinence qui pourrait être décourageant pour les consommateurs : il y aurait moins de 10 % des personnes dépendantes à l'alcool qui seraient dans un programme de soins (44).

Plus la consommation d'alcool est importante, plus la réduction de consommation aurait un intérêt bénéfique pour la santé puisque cela permet d'éviter les comorbidités liées à la consommation (*cf I.3.1.5 Complications de l'alcoolisation sur le cerveau et le système nerveux et I.3.2. Complications somatiques de l'alcoolisation*).

Alors quel est l'objectif thérapeutique qui doit être proposé au patient ?

¹ Un verre standard correspond à une quantité d'alcool d'environ de 10 grammes, soit un verre « dose bar ». Cela représente un verre de vin de 10 cl à 12 %, un verre de bière de 25 cl à 5 %, un apéritif de 5 cl à 15 % ou encore un spiritueux de 3,5 cL à 35 %.

En 2009, une étude anglaise s'est intéressée aux objectifs de consommation d'alcool souhaités parmi 742 consommateurs problématiques d'alcool. Environ 54,3 % d'entre eux ont déclaré préférer une abstinence totale contre 45,7 % pour une réduction de consommation (45). Il est important de prendre en compte les attentes des patients, puisque un objectif en accord avec la préférence du patient permet une meilleure adhésion au traitement et donc de maximiser les bénéfices de l'outil médicament.

De plus, il y aurait moins de 8 % des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool (abus/dépendance) qui seraient traités en Europe (46). Ce chiffre montre la grande difficulté de prendre en charge les troubles liés à l'alcool. Il est donc important de bien cibler l'objectif thérapeutique avec le patient pour accompagner les personnes que l'on arrive à repérer.

Ce sera donc au patient de décider en accord avec son médecin addictologue de définir un objectif thérapeutique qui peut être :

- Une réduction des consommations ;
- De consommer en prenant moins de risques, notamment sur la présence éventuelle d'autres conduites addictives ;
- En devenant abstinent.

L'abstinence n'est pas toujours un objectif thérapeutique souhaité, acceptable ou réaliste pour de nombreux patients dépendants à l'alcool et la réduction de consommation permet de proposer un nouveau choix thérapeutique aux patients.

L'adhésion du patient à sa prise en charge est fondamentale pour qu'il persiste dans la boucle de soins et pour qu'il atteigne l'objectif principal d'un traitement du mésusage de l'alcool, qui est l'amélioration de sa qualité de vie (41).

I.5. Mécanisme d'action des médicaments de l'abstinence et de la réduction de consommation d'alcool

Il existe en 2019 cinq médicaments ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans la « prise en charge du mésusage d'alcool » (41), à savoir : AOTAL® (Acamprosate), REVIA® (Naltrexone), ESPERAL® (Disulfirame), SELINCRO® (Nalméfène), BACLOCUR® (Baclofène).

Il faut souligner que seuls, ces médicaments n'ont que peu d'intérêt. La prise en charge d'un sujet dépendant à l'alcool doit se faire en complément d'un suivi psychologique.

On peut les classer en deux grandes familles suivant l'objectif de la prise en charge (41) :

- Pour un maintien de l'abstinence après sevrage, seront utilisés l'AOTAL® (Acamprosate) et le REVIA® (Naltrexone) en première intention, mais aussi l'ESPERAL® (Disulfirame) après échec de l'Acamprosate ou de la Naltrexone.
- Pour une réduction de la consommation d'alcool, le SELINCRO® (Nalméfène) sera utilisé. Le BACLOCUR® (Baclofène) dispose aussi d'une AMM dans cette indication depuis le 23 Octobre 2018².

² Le baclofène peut être utilisé après échec des autres traitements médicamenteux disponibles, chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool et une consommation d'alcool à risque élevé. Cette AMM a été octroyée à la spécialité BACLOCUR®, dont la prescription peut émaner de tout médecin.



Les mécanismes d'action de ces médicaments ne sont pas encore complètement élucidés mais nous allons essayer de les présenter successivement en nous aidant de l'illustration suivante.

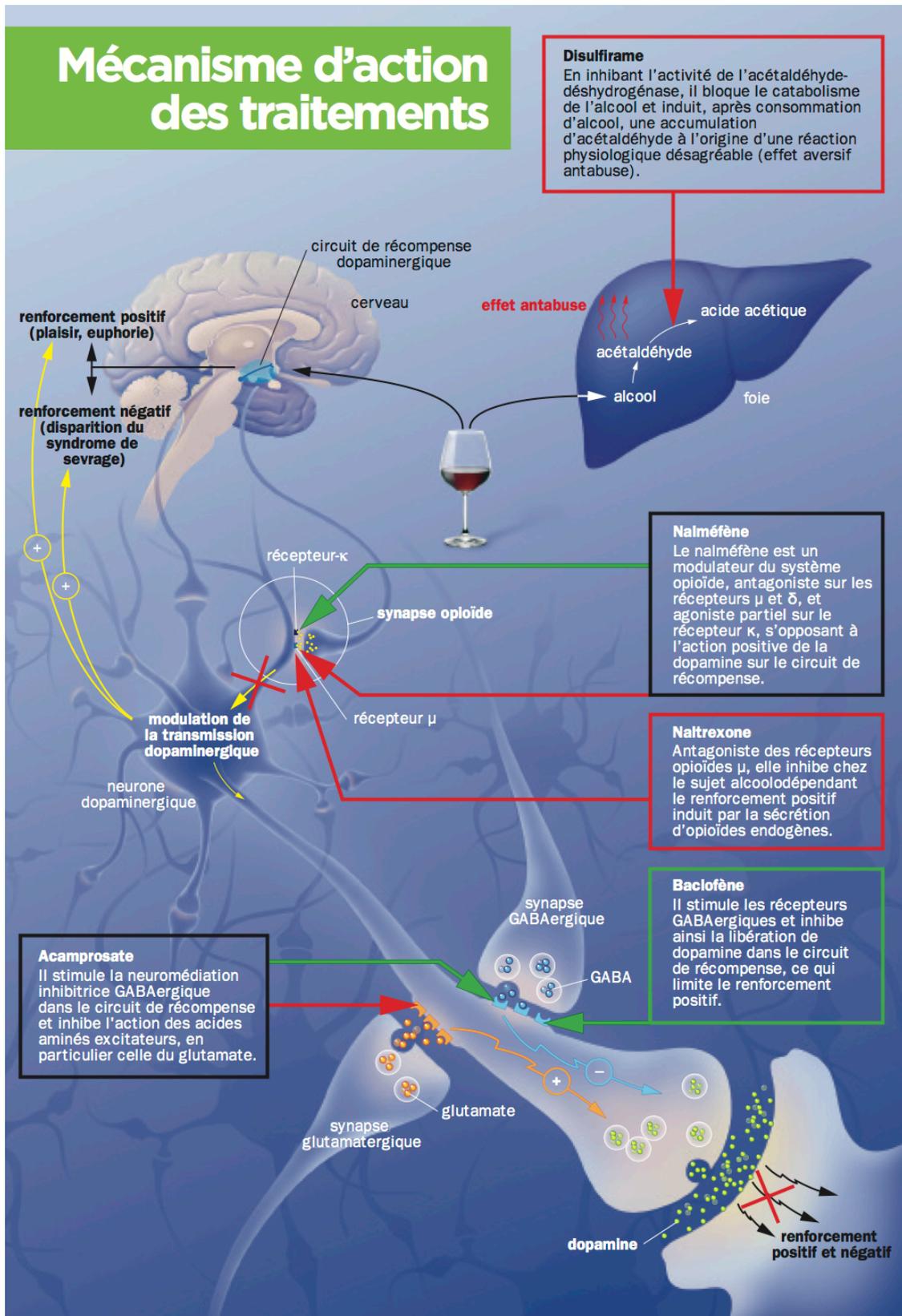


Figure 7 : Le Moniteur des pharmacies Formation, Cahier 2 du n°3095 du 19 septembre 2015



I.5.1. Acamprosate (AOTAL® et génériques)

Par agonisme des sous-récepteurs GABA-A, l'acamprosate diminue la libération de dopamine dans le circuit de récompense et a pour conséquence une diminution du renforcement positif et négatif de l'alcool.

C'est aussi un antagoniste glutamatergique (en particulier des récepteurs NMDA et mGluR5) qui réduit l'hyperexcitabilité neuronale liée à la consommation d'alcool.

Le calcium associé dans sa formulation galénique (présent sous forme d'homotaurinate de calcium) pourrait expliquer une partie des effets thérapeutiques. De plus, il est supérieur à la naltrexone dans le maintien de l'abstinence (41).

I.5.2. Naltrexone (REVIA® et génériques)

La naltrexone est un antagoniste des récepteurs aux opiacés (des trois sous-récepteurs μ , κ et à moindre degré des récepteurs δ) qui réduit l'activation du circuit de la récompense induit par l'alcool ce qui va avoir pour principale conséquence une diminution du renforcement positif à l'alcool et donc l'envie de consommer.

Il diminue les reprises et rechutes et est supérieur à l'acamprosate pour réduire le *craving* (41).

I.5.3. Disulfirame (ESPERAL®)

Le disulfirame va inhiber l'acétaldéhyde déshydrogénase (enzyme hépatique impliquée dans le catabolisme de l'alcool), ce qui va avoir pour conséquence une accumulation d'acétaldéhyde responsable d'effet antabuse³ lors de la consommation d'alcool.

C'est cet effet aversif qui est recherché et qui va être à l'origine d'un dégoût de l'alcool. Il est maintenant donné en seconde intention en raison de son profil de tolérance : il existe de nombreuses contre-indications et d'interactions médicamenteuses avec ce médicament comme certains anti-infectieux et les anti-vitamines K.

I.5.4. Nalméfène (SELINCRO®)

Le nalméfène est un antagoniste des sous-récepteurs aux opiacés μ et δ , mais aussi un agoniste partiel des sous-récepteurs aux opiacés κ . Il va agir en diminuant le renforcement positif lié par la sécrétion d'opioïdes endogènes et en particulier cibler le *craving* de récompense (transmission μ), et les phénomènes dysphoriques (transmission κ).

I.5.5. Baclofène (BACLOCUR®)

Le baclofène est un agoniste GABA-B qui va inhiber entre autres la libération de dopamine et réduire l'activation du circuit de récompense. Il induit aussi des effets sédatifs et notamment anxiolytiques permettant de réduire le *craving*.

³ L'effet antabuse se manifeste notamment par l'apparition d'un flush cutané, de céphalées, de nausées et de vomissements.



Tableau 3 : Informations pharmacologiques des médicaments utilisés dans le maintien de l'abstinence d'alcool après sevrage (26), (47)

	En première intention		En deuxième intention
Nom	Acamprosate AOTAL® 333 mg	Naltrexone REVIA® 50 mg	Disulfirame ESPERAL® 500 mg
Mécanisme d'action	· Agoniste GABA-A (proche de la taurine) · Antagoniste glutamatergique (récepteurs NMDA et mGluR5)	· Antagoniste des récepteurs opiacés (κ , μ , δ)	· Inhibiteur de l'acétaldéhyde déshydrogénase
	→ Réduit l'hyperexcitabilité neuronale liée à la consommation d'alcool	→ Réduit l'activation du circuit de récompense (diminue le renforcement positif et le <i>craving</i>)	→ Action antabuse recherchée pour dégoûter de l'alcool
Posologie	Poids dépendant : ➤ > 60 kg : 2-2-2 ➤ < 60 kg : 2-1-1 <i>Remarque : De préférence à distance des repas si bonne tolérance digestive</i>	1 par jour <i>Remarque : Parfois prescrit 0,5 pendant les 5^{es} jours pour améliorer la tolérance (et donc l'observance) puis 1/jour comme prévu par l'AMM</i>	1 par jour au petit déjeuner
Durée de traitement prévue par l'AMM	1 an <i>Remarque : Cela correspond à la durée minimale du suivi d'un patient dépendant à l'alcool sevré</i>	3 mois <i>Remarque : L'instauration de traitement ne doit être effectuée qu'après arrêt de prise d'opiacés et après vérification de l'absence d'élimination d'opiacés dans les urines du malade</i>	Non renseignée
Contre-indications	Insuffisance rénale sévère, allaitement	Affections hépatiques sévères, prise d'opiacés (<i>Attendre au moins 7 à 10 jours après la dernière prise d'opioïdes</i>)	Insuffisances hépatique et rénale, diabète, atteintes cardiovasculaires et neurologiques (dont épilepsie), grossesse
Effets indésirables	· Peu nombreux, anodins, souvent réversibles en quelques jours · Troubles digestifs (diarrhées le plus souvent) mais aussi prurit, rash, diminution de la libido...	· Transitoires et le plus souvent spontanément résolutifs en quelques jours malgré la poursuite du traitement · Se rapprochent des symptômes aspécifiques du sevrage aux opiacés (troubles digestifs, anxiété, insomnie, céphalées, arthralgie et myalgie...)	· Céphalées, fatigue · Liés à l'effet antabuse
Taux SS⁴	65 %	65 %	65 %
Existence d'un générique	Oui : Acamprosate	Oui : Naltrexone	Non

⁴ Taux de remboursement par la sécurité sociale



Tableau 4 : Informations pharmacologiques des médicaments utilisés dans la réduction de la consommation d'alcool dans une logique de RdRD (26), (47)

	En première intention	En deuxième indication
Nom	Nalméfène SELINCRO® 18 mg	Baclofène BACLOCUR® 10 mg
Mécanisme d'action	· Antagoniste des récepteurs opiacés (μ , δ) · Agoniste partiel des récepteurs opiacés (κ)	· Agoniste GABA-B
	→ Réduit l'activation du circuit de récompense : diminue le renforcement positif et le <i>craving</i> → Diminue le renforcement négatif	→ Réduit l'activation du circuit de récompense + propriétés anxiolytiques : diminue le renforcement positif et le <i>craving</i> (de récompense mais aussi de soulagement)
Posologie	1 par jour au minimum 1 à 2 heures avant la première consommation journalière d'alcool habituelle <i>Remarque : Parfois prescrit 0,5 pendant les 5^{ers} jours pour améliorer la tolérance (et donc l'observance) puis 1 par jour comme prévu par l'AMM</i>	15 à 20 mg/jour en 2 à 4 prises pendant 3 jours puis augmentation par paliers : - De 15 à 30 mg : 5 mg tous les 3 à 4 jours - + de 30 mg : 10 mg tous les 3 à 4 jours Sans dépasser 80 mg/jour en 3 prises
Durée de traitement prévue par l'AMM	6 mois	Non renseignée, si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint après 3 mois de traitement, le médicament doit être arrêté progressivement (risque de symptômes de sevrage)
Contre-indications	Affections hépatiques sévères, prise d'opiacés, insuffisance rénale	Insuffisance rénale terminale, grossesse, allaitement, femme en âge de procréer sans contraception efficace... Pendant la phase de titration : conducteurs et utilisateurs de machines
Effets indésirables	· Transitoires et le plus souvent spontanément résolutifs en quelques jours malgré la poursuite du traitement · Se rapprochent des symptômes aspécifiques du sevrage aux opiacés (troubles digestifs, anxiété, insomnie, céphalées, arthralgie et myalgie...)	· Doivent alerter sur la nécessité de repasser à une posologie mieux tolérée surtout si survenue de somnolence, d'asthénie, d'insomnie ou de vertiges · Neurologiques (sédation, vertiges, céphalées) · Digestifs (nausées, vomissements, transit perturbé) · Troubles neuropsychiatriques (confusion, épisodes thymiques & psychotiques, épilepsie) · Dépression respiratoire sévère
Taux SS⁵	30 %	30 % (dans le cadre de la RTU)
Existence d'un générique	Non	N'est pas encore commercialisé dans le cadre de cette indication

⁵ Taux de remboursement par la sécurité sociale

En ce qui concerne le Baclofène, ce médicament est un agoniste des récepteurs GABA-B et un relaxant musculaire d'action centrale. Depuis le 23 Octobre 2018, il dispose d'une AMM dans le cadre de la réduction de consommation d'alcool, en complément d'un suivi psychosocial, après échec des autres traitements médicamenteux disponibles, chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool et une consommation d'alcool à risque élevé (> 60 g/jour pour les hommes ou 40 g/jour pour les femmes). Cette AMM a été octroyée à la spécialité BACLOCUR®, dont la prescription peut émaner de tout médecin. En attendant la commercialisation de cette spécialité, la Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du Baclofène hors AMM dans cette indication émise par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) en 2014 reste effective (48).

En cas de surdosage, le Baclofène doit être arrêté et le patient transféré en milieu hospitalier pour traiter les éventuels signes de surdosage (élimination rapide du produit ingéré, traitement symptomatique des défaillances viscérales ou utilisation de diazépam IV si convulsions).

I.6. Rôle et formation du pharmacien dans l'accompagnement du patient alcoolodépendant

Le pharmacien d'officine est un des acteurs du parcours du malade, et doit participer à l'accompagnement des patients dépendants, notamment lors de la dispensation d'un traitement pharmacologique.

Il relève du devoir du pharmacien de s'impliquer dans le domaine de l'addictologie, en particulier dans le TUA et nous allons voir quels peuvent être les rôles du pharmacien dans cette discipline.

I.6.1. Rôles du pharmacien

I.6.1.1 Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB)

Le pharmacien d'officine a un rôle dans le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB), notamment en alcoologie.

Le RPIB est un acte de prévention et correspond à une porte d'entrée dans le système de soins en étant identifié comme un interlocuteur potentiel. Il s'agit d'un conseil minimal standardisé de la consommation. Il est indispensable pour repérer d'éventuelles consommations à risque pour la santé des personnes et permet de provoquer une prise de conscience dans le but d'envisager un changement de comportement, tout en respectant le choix du patient, pour les patients ayant un usage à risque ou un usage nocif d'alcool.

L'objectif du RPIB est de faire revenir la consommation d'alcool au niveau ou en-dessous des seuils de risque pour diminuer les risques liés à la consommation d'alcool (*cf 1.3.1.5 Complications de l'alcoolisation sur le cerveau et le système nerveux et 1.3.2. Complications somatiques de l'alcoolisation*).

Pour faire du RPIB en officine, on peut utiliser l'outil d'aide au RPIB élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) traitant de l'alcool, du cannabis et du tabac chez l'adulte disponible en **Annexe 1**.



D'après le modèle transthéorique de changement élaboré par Prochaska et DiClemente, la personne passe par une série d'étapes de motivation avant d'arriver au changement de comportement (49) :

- Stade de pré-contemplation ou de pré-intention : C'est le stade qui précède l'intention où le patient pense que tout va bien avec la substance, qui ne représente pas un problème (par exemple : « tout va bien avec l'alcool ») ;
- Stade de contemplation ou d'intention : le patient est ambivalent, il perçoit que le comportement est néfaste mais sa motivation à changer est encore insuffisante (par exemple : « il m'arrive de trop boire en soirée, mais bon, une soirée sans boire n'a pas d'intérêt ») ;
- Stade de préparation ou de détermination : le patient est dans l'élaboration des stratégies qu'il mettra en œuvre pour réaliser son changement de comportement (par exemple : « j'en ai assez de boire, je veux m'arrêter ») ;
- Stade de l'action : le patient va mettre en œuvre la décision de changement de comportement (par exemple : « j'en ai assez de boire, je suis prêt à faire ce qu'il faut ») ;
- Stade du maintien (et éventuellement sortie du cycle) : le patient est dans une situation de maintien du changement de comportement qu'il a effectué (par exemple : « j'ai arrêté de boire »). A ce stade, le patient peut éventuellement retrouver sa liberté vis-à-vis de la substance : c'est la sortie du cycle ;
- Rechute : le patient peut éventuellement retomber dans le comportement qu'il voulait modifier et se sentir démotivé (par exemple : « j'ai reconsommé et mes efforts pour arrêter n'ont servi à rien »).

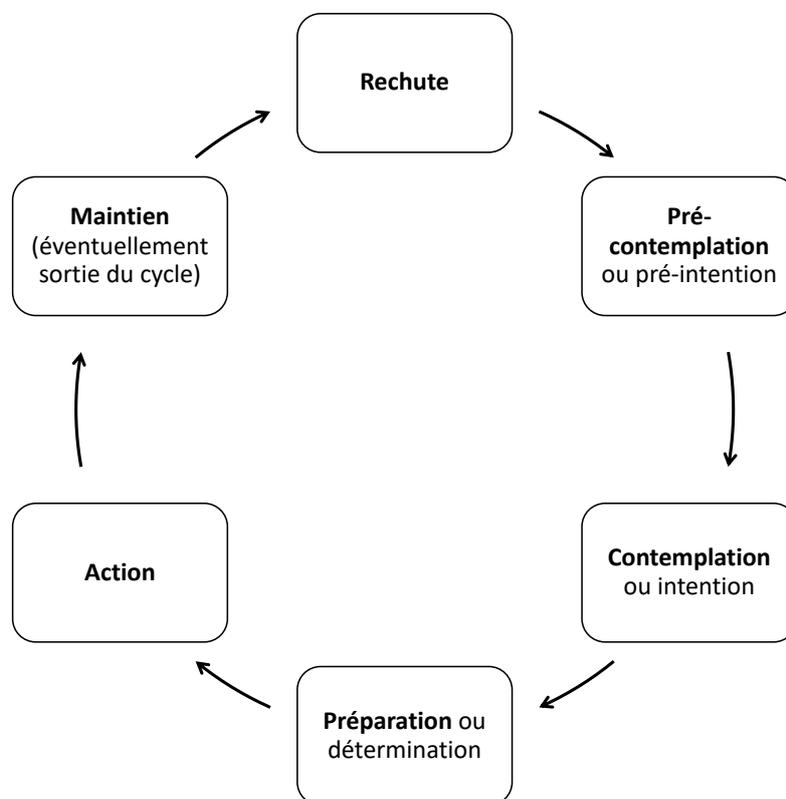


Figure 8 : Modèle du changement de Prochaska et Di Clemente

Le RPIB s'adresse aux personnes dans les premiers stades de Prochaska et Di Clemente :

- Pendant la phase de pré-contemplation : dans le but de faire naître le doute sur le rapport à l'alcool que le patient peut avoir ;
- Pendant la phase de contemplation : afin d'exploiter l'ambivalence qui existe entre les avantages et inconvénients qu'entraîne la consommation ;
- Et pendant la phase de préparation : pour proposer les premiers conseils permettant de réduire les consommations.

Comme son nom l'indique, le RPIB se divise en 2 étapes :

❖ Le repérage précoce :

Le repérage se fait grâce à l'évaluation de la consommation déclarée d'alcool (CDA) et grâce aux questionnaires d'évaluation.

La CDA correspond à l'inventaire des différentes boissons consommées sur une semaine. On explique au patient la signification du verre-standard en calculant les équivalences en gramme d'alcool pur pour comparer les différentes boissons et démontrer l'inexactitude de certaines idées fausses (exemple : la bière est moins forte et moins mauvaise que le whisky).

On fait passer un questionnaire d'évaluation. Pour l'alcool, les questionnaires concernés sont l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) qui est le questionnaire recommandé par l'OMS, le questionnaire FACE (Formule pour Apprécier la Consommation en Entretien) et le DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool).

On peut aussi utiliser le questionnaire AUDIT-C qui est la forme raccourcie du questionnaire AUDIT, disponible en **Annexe 2**.

❖ L'intervention brève :

L'intervention brève repose sur les principes de l'entretien motivationnel :

- Ce type d'entretien se base sur l'empathie, le non-jugement et l'écoute de la part du professionnel ;
- L'exploration de l'ambivalence en partant des inconvénients à l'arrêt de consommation (perte de moments de convivialité, peur du syndrome de sevrage, frustration, échecs antérieurs...) pour aller vers les avantages à arrêter ce comportement (bénéfice sanitaire, qualité de vie, économie, regard des autres, satisfaction personnelle...) ;
- Le professionnel doit éviter les argumentations mettant en position de conflit vis-à-vis du patient, il doit éviter d'être frontal.



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Figure 9 : HAS, Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève. Décembre 2014

Cet encadré résume les différents points à aborder au cours de l'intervention brève. Cette dernière doit être courte (maximum 15 minutes) et ciblée. On peut s'aider des échelles visuelles analogiques pour évaluer la motivation du patient à un moment donné et la confiance qu'il peut s'accorder dans cette démarche.

Au final, l'intervention brève est le moment idéal pour proposer des objectifs en accord avec le patient, en laissant le choix et en donnant la possibilité de se revoir pour faire le point à un autre moment. L'entretien peut se conclure sur la distribution de livrets d'information.

I.6.1.2 Orientation vers un professionnel de santé plus adapté

Le pharmacien doit par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient (54). Dans le cadre où ses compétences ne seraient pas suffisantes, l'orientation vers un professionnel de santé plus adapté doit être la règle et pour ce faire, le pharmacien doit connaître les structures et acteurs en addictologie évoqués précédemment (cf. I.7.3 Structures et acteurs en addictologie).

I.6.1.3 Dispensation de médicament(s)

Selon le code déontologie des pharmaciens, la dispensation de médicament(s) comprend (50) :

- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance quand elle existe ;
- La préparation éventuelle des doses à administrer ;
- La mise à disposition des informations et de conseils nécessaires au bon usage du médicament.



Lors de la délivrance d'un médicament, le rôle du pharmacien qui est le professionnel de santé spécialiste du médicament est donc fondamental. L'échange peut être oral ou écrit, comme par exemple avec la remise de brochures d'information ou de guides concernant le(s) médicament(s) pris par le patient.

I.6.1.4 Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est une obligation déontologique pour le pharmacien prévue par le Code de Santé publique : le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale » (51).

Dans ce domaine, les rôles du pharmacien sont multiples :

- Sensibiliser et informer le public, promouvoir la prévention et le dépistage ;
- Aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements ;
- Promouvoir le bon usage du médicament ;
- Apprendre et renforcer les techniques particulières de prise de certains médicaments ;
- Aider le patient à l'apprentissage de l'autosurveillance ;
- Soutenir et accompagner les patients.

Il a un rôle de prévention et de sensibilisation parfaitement adapté au domaine de l'addictologie et doit être un atout pour le patient addict qui souvent est stigmatisé alors qu'il est en souffrance.

I.6.2. Formation du pharmacien :

I.6.2.1 Enseignements universitaires liés aux études de Pharmacie de la faculté de Limoges

Le pharmacien (et en particulier le pharmacien d'officine) est un professionnel de santé formé en toxicologie et en addictologie. En effet, au sein du parcours universitaire, ces enseignements sont retrouvés à plusieurs reprises (*source : curriculum des études de pharmacie de Limoges, année 2018-2019, intranet*) :

- Au cours de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES), dans l'Unité d'Enseignement (UE) 7-1 : Santé, Société, Humanité, 12 heures sont consacrées à l'étude des drogues et toxicologie sont dispensées au sein des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Limoges ;
- Au cours de la 3^{ème} année des études de pharmacie (DFGSP 3), le curriculum des études prévoit un module de 12 heures de cours magistraux et d'une heure et demi de travaux dirigés en bases de toxicologie au sein de l'UE S5-1 ;
- Au cours de la 4^{ème} année des études de pharmacie (DFASP 1), le curriculum des études prévoit une UE entière de toxicologie (UE S8-2 : Toxicologie) comprenant 45 heures de cours magistraux, 3 heures d'enseignements dirigés et 12 heures de travaux pratiques ;



- Au cours de l'année de 5^{ème} année des études de pharmacie (DFASP 2) filière officine, un module de 28 heures de cours magistraux en Addictologie au sein de l'UE SPE 9 – Off 2 : Pharmacovigilance-Addictologie.

Au total, le pharmacien d'officine reçoit au cours de ses études un peu plus de 84 heures de formation en toxicologie et de 28 heures en addictologie. Cette formation permet notamment d'appréhender la toxicité de certaines substances dont l'alcool, et de comprendre les mécanismes de mise en place de certaines conduites addictives.

I.6.2.2 Diplôme Inter-Universitaire en Addictologie Pratique et Thérapeutique (DIUAPT)

Les facultés de Médecine et de Pharmacie de Limoges proposent, sous la coordination du Professeur Philippe NUBUKPO, un Diplôme Inter-Universitaire en Addictologie Pratique (DIUAPT) en partenariat avec la faculté de Médecine de Poitiers.

Cette formation contient 90 heures de formation en Addictologie, réparties en 11 modules avec en particulier un module exclusivement réservé à l'alcoolologie et fait intervenir différents professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers...). Elle s'adresse aux étudiants, professionnels de santé et aux professionnels du champ médicosocial, judiciaire, de l'Éducation nationale ou administratif (52).

I.6.2.3 Développement professionnel continu (DPC)

Au cours de sa carrière professionnelle, le pharmacien a pour obligation de maintenir l'actualisation de ses connaissances et de ses compétences, ainsi que l'obligation d'améliorer ses pratiques, c'est le développement professionnel continu (DPC).

L'agence nationale du DPC permet de rechercher les formations continues disponibles pour un thème précis.

Pour les pharmaciens, et en particulier d'officine (adjoints ou titulaires), en tapant le mot-clé « Addictions », on retrouve 20 résultats possibles de formation continue au cours de l'année 2019 au 15 Mai 2019 (53). Après suppression des formations identiques organisées de différentes manières (format présentiel ou non), on obtient 18 résultats :

Tableau 5 : Résultats de recherche (catégorie pharmacien, spécialité adjoint ou titulaire, année 2019, mot-clé « addiction »), Agence nationale de DPC, 13 Juin 2019

Organisme	Titre
Octagy	Les addictions
EPS	Psychiatrie et addictions comportementales
Form' à IV compétences	Comprendre et accompagner la réhabilitation des conduites d'alcoolisation
JDPC	Les Addictions : substances, sexe, écrans et autres comportements - Du diagnostic à l'approche thérapeutique
JDPC	Les Addictions : diagnostics et implications médico-pharmacologiques



REPERE	Prescrire et accompagner le sevrage tabagique de vos patients
OSPHARM FORMATION	JPADDIC et JPADDIC 2 - accompagner les patients souffrant d'addictions
Caducée vecteur de performance	Dépendance au Tabac, prise en charge du patient en officine
PRAXIPHARM	Arrêt du tabac : les dépendances et l'accompagnement au sevrage
AIUS	Sexe et Alcool : Repérer et intervenir avant qu'il ne soit trop tard.
FORMAVENIR PERFORMANCES	Prise en charge des patients présentant des conduites addictives en psychiatrie
UMDPCS Université de Bourgogne	Prise en charge du patient présentant une conduite addictive : Aider la personne à engager le changement.
Cabinet LATITUDE SANTE	Qualité de vie au travail des soignants et prévention des risques psychosociaux : « si on parlait travail ?... »
CHEM	Accompagner ses patients dans leur sevrage tabagique
AMMPPU	Vers une prise en charge pluri-professionnelle améliorée du sevrage tabagique
Igl	Conseil en arrêt tabagique en pharmacie
UNAFORMEC	Cannabis, expérimentation, récréation, addiction : Parlons-en
SAUV'GARD	Prise en charge des conduites addictives

I.6.2.4 Autres formations en addictologie

Outre les formations évoquées, il existe d'autres formations proposées par les réseaux en addictologie comme AddictLim (réseau de santé ville-hôpital en addictologie) en Nouvelle-Aquitaine et plus particulièrement en Limousin. Le réseau propose des formations pluridisciplinaires pour tous les professionnels concernés par la thématique de l'addiction. Ces formations se font en collaboration avec les structures référentes du territoire.

Le Centre Hospitalier Esquirol, établissement public de santé mentale sur Limoges, est une structure de niveau 3 en addictologie, ce qui lui assure la capacité de recherche, d'enseignement et de formation au niveau régional (54). Le centre dispense des formations (comme le DIUAPT évoqué précédemment), mais aussi les formations professionnelles.

Ces différentes formations, toutes accessibles au pharmacien, reflètent sa légitimité à être un professionnel de santé compétent en addictologie.

I.7. Les messages clés pour échanger et accompagner le patient

Il est fondamental de connaître des termes clés en addictologie pour favoriser une alliance thérapeutique avec le patient. Pour qu'il adhère à son traitement, il faut favoriser une approche empathique en mettant en place une relation orientée vers l'objectif thérapeutique (maintien de l'abstinence ou réduction de consommation), en encourageant l'autonomie et l'utilisation de ressources extérieures.

Il est aussi important de faire participer l'entourage à la prise en charge du patient, notamment en favorisant l'échange d'informations.

I.7.1. Craving

Le *craving* désigne « une envie irréprouvable de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là » (55).

Cette notion est utilisée pour le diagnostic de dépendance selon la CIM-11 (56) et pour la définition du trouble de l'usage d'une substance du manuel DSM-5.

Selon l'équipe de recherche de Bordeaux (Pr Auriacombe, Dr Serre et Dr Fatséas), le *craving* est un facteur prédictif de la rechute et se présente à l'individu à la vue de certains stimuli :

- Des stimuli standards comme une bouteille de vin dans le cadre d'un *craving* à l'alcool ;
- Des stimuli personnels comme un objet (par exemple une cave de rangement), un lieu (associé à un endroit de consommation) ou même une personne (partenaire de consommation).

Lutter contre le *craving* à l'alcool permet de limiter la « reconsommation », c'est d'ailleurs un des mécanismes d'action des différentes pharmacothérapies :

- Dans le cadre du maintien de l'abstinence après sevrage avec l'Acamprosate et la Naltrexone ;
- Mais aussi dans le cadre d'une réduction de consommation (dans une logique de RdRD) avec le Nalméfène et le Baclofène.

Donner au patient des moyens de prévenir ou de lutter contre le *craving* l'aide à éviter une reconsommation ou à réduire sa consommation. Il est important d'évoquer le *craving* avec le patient présentant un trouble d'usage (avec ou sans substance) afin qu'il se sente accompagné et reste dans le parcours de soin.

Des messages clefs peuvent être transmis à ce dernier :

- « L'envie de consommer de l'alcool malgré la prise de votre traitement peut arriver. »
- « Voici des moyens pour contrôler ces envies : Pratiquer des activités physiques (marché, courir, ...), manuelles (peinture, sculpture...), musicales (jouer d'un instrument, écouter de la musique, ...), des techniques de relaxation (respiration, application smartphone de relaxation, ...). »
- « Si vous n'arrivez pas à contrôler ces envies, vous pouvez éventuellement contacter un professionnel de santé qui vous suit pour votre addiction (médecin, pharmacien...). »
- « Si vous voulez en parler avec une personne extérieure à votre environnement personnel et thérapeutique, parlez-en avec un conseiller d'Alcool Info Service : <http://www.alcool-info-service.fr> ou 0 980 980 930 (7J/7 entre 8h-2h, appel non surtaxé). »

I.7.2. Rechute

Il faut accepter que la rechute se présente un jour au patient. Elle fait partie du processus de changement selon le modèle de Prochaska et Di Clemente. Il faut donc

l'anticiper et travailler sur la prévention de la rechute en identifiant les situations à risque et en développant des moyens pour gérer ces situations. On peut par exemple proposer au patient des astuces anti-rechute simples et pratiques à mettre en place pour les consommateurs sur le site : <https://www.stop-alcool.ch/astuces-anti-rechute-et-plus>

L'attitude du professionnel doit principalement reposer sur la dédramatisation et la tolérance pour que le patient persiste dans les soins.

Il faut trouver de la justesse dans la relation afin que le patient puisse dire sans crainte de jugement qu'il a reconsommé.

I.7.3. Structures et acteurs en addictologie

Le parcours de soins en addictologie fait intervenir des professionnels issus de différents domaines : médical, psychologique et social.

Les différentes structures spécialisées en addictologie intervenant dans la prise en charge d'un patient addict peuvent être répartis en deux secteurs, sanitaire et médico-social. Elles sont financées par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Il est important pour le pharmacien de connaître ces structures et acteurs en addictologie afin d'orienter efficacement le patient lorsqu'un traitement spécialisé devient nécessaire (par exemple un résultat d'AUDIT-C ≥ 10).

Le secteur sanitaire dépend du Code de la Santé Publique et comprend :

- La filière hospitalière de soins en addictologie ;
- Les réseaux de santé et les professionnels de ville.

Le secteur médico-social quant à lui regroupe :

- Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ;
- Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogue (CAARUD) ;
- Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT).

I.7.3.1 Filière hospitalière de soins en addictologie

La filière hospitalière de soins en addictologie permet aux personnes ayant une conduite addictive d'être prises en charge de manière adaptée et graduée, et elle s'organise en différents niveaux : les hospitalisations en addictologie (court séjour, hôpital de jour, service de Soins de Suite et de Réadaptation (ou SSR)), les consultations hospitalières en addictologie et les Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).

En Limousin et plus précisément à Limoges, la filière hospitalière de soins en addictologie est coordonnée par le Professeur Philippe NUBUKPO, chef du pôle d'addictologie du CHS Esquirol.



I.7.3.1.1. Le court séjour en addictologie (médecine ou psychiatrie)

C'est une structure de prise en charge aiguë du patient : concernant sa conduite addictive, mais des complications associées (somatiques et/ou psychiatriques) et/ou des éventuelles co-morbidités associées.

Leurs missions sont multiples (54) :

- Accueillir le patient, évaluer la conduite addictive, les complications somatiques, les troubles psychiatriques, cognitifs, les problèmes sociaux ;
- Assurer le sevrage dans des conditions de sécurité adéquate ;
- Etablir un projet de soin global et personnalisé intégrant la prise en charge addictive, somatique, psychiatrique et sociale ;
- Mettre en place des traitements de substitution pour les opiacés ou des substituts nicotiques ;
- Organiser la sortie en lieu de vie, en articulation avec les autres partenaires du dispositif sanitaire et notamment un service de soins de suite et de réadaptation addictologique, du dispositif médicosocial et social ou l'orientation vers une autre structure d'hébergement, ou un centre résidentiel.

Le réseau de santé en addictologie peut aider le court séjour en addictologie pour organiser la sortie du court séjour.

I.7.3.1.2. L'hôpital de jour en addictologie

L'hôpital de jour en addictologie est une structure d'accueil qui permet d'offrir un cadre thérapeutique en évitant une hospitalisation à temps plein, pour préserver l'insertion sociale et familiale des patients.

Elle permet l'évaluation addictologique (biopsychosociale) des patients en vue d'une prise en charge adaptée, la réalisation de sevrages et de prise en charge des éventuelles comorbidités, l'accompagnement du patient (au décours d'un sevrage en hospitalisation complète, à moyen et long terme, et par suivi régulier) et la gestion des problèmes aigus (reprise de consommation et prise en charge de difficultés spécifiques) (57).

I.7.3.1.3. Le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en addictologie

C'est une structure qui a pour mission de prévenir ou de réduire les conséquences diverses des conduites addictives aux substances psychoactives. Elle a aussi pour mission de promouvoir la réadaptation de ces personnes (54).

Le SSR est un temps intermédiaire de prise en charge hospitalière entre les soins aigus, le suivi ambulatoire et le retour dans le lieu de vie ou autre structure médico-sociale. Son champ de compétence s'étend aux conduites addictives à des substances psychoactives associées ou non à d'autres addictions comportementales.



I.7.3.1.4. Les consultations hospitalières en addictologie

Elles constituent l'interface entre le dispositif addictologique hospitalier, le dispositif spécialisé ambulatoire et la médecine de ville. C'est une porte d'entrée pour les personnes ayant des conduites addictives.

Leurs missions sont les suivantes (54) :

- Accueillir, évaluer, traiter, orienter dans le dispositif addictologique toute personne sollicitant une aide spécialisée en milieu hospitalier ;
- Prendre en charge les patients ayant une conduite addictive qui s'inscrivent dans un programme de soins addictologiques en établissement de santé pour un sevrage simple, des soins résidentiels complexes, des soins de suite et de réadaptation, et organiser cette hospitalisation en lien avec l'équipe de liaison en addictologie ;
- Traiter en ambulatoire les patients ayant une conduite addictive présentant des dommages induits liés à l'addiction ou une comorbidité somatique et/ou psychique sévères et pour lesquels la technicité de l'hôpital s'avère nécessaire ;
- Proposer une prise en charge aux patients présentant un usage à risque ou un usage nocif repéré lors d'une admission à l'hôpital ;
- Assurer des consultations pour des groupes spécifiques tels que les jeunes et les femmes enceintes.

I.7.3.1.5. Les Équipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

Elles font partie des structures d'addictologie hospitalières et doivent être formées en addictologie. Elles sont composées au minimum d'un médecin et d'infirmiers (personnels médicaux). Elles peuvent aussi être constituées de psychologues, d'assistants sociaux et de diététiciens (personnels non médicaux).

Leurs missions sont (54) :

- Former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins, sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ayant une conduite addictive ;
- Intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes ;
- Développer des liens avec les différents acteurs intra et extra-hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

Concrètement, une des missions des ELSA peut être l'évaluation addictologique au décours d'une intoxication aiguë dans les services d'urgence pour déterminer s'il existe un usage à risque ou un trouble lié à l'usage d'alcool.

I.7.3.2 Les réseaux de santé et professionnels de ville

La circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM définit les objectifs et missions des réseaux de santé :



« Le premier objectif des réseaux de santé reste l'amélioration de la prise en charge globale des patients favorisée par le décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé publics, les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, les centres de santé, les médecins du travail, les établissements et professionnels du secteur médico-social et du secteur social. [...] Les réseaux de santé doivent contribuer également à la mise en œuvre des programmes régionaux de santé publique définis par les groupements régionaux de santé publique. »

Les réseaux en addictologie permettent d'améliorer la prise en charge des patients addicts en aidant les différents professionnels amenés à accompagner ces patients :

- Les médecins spécialistes⁶ : Le médecin addictologue est le professionnel médical référent en addictologie autour duquel d'autres spécialistes peuvent se greffer par l'apparition de comorbidités (hépato-gastro-entérologues, psychiatres, gynécologues, infectiologues, neurologues...);
- Les médecins généralistes ;
- Les pharmaciens ;
- Les chirurgiens-dentistes ;
- Les infirmiers ;
- Les psychologues ;
- Les travailleurs sociaux et travailleurs socio-éducatifs.

En Limousin (et en Nouvelle-Aquitaine), AddictLim est le support du réseau de santé régional ville-hôpital en addictologie depuis 2009, destiné à aider les professionnels dans leur prise en charge des patients addicts.

La barrière entre les professionnels exerçant en établissements de santé et de ville est parfois mince puisque ces différents acteurs interviennent à plusieurs niveaux de la prise en charge du patient addict.

I.7.3.3 Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ont vu le jour par le rassemblement des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoolologie (CCAA) et des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST).

Ils intéressent toutes les personnes ayant des problèmes avec les substances psychoactives licites ou non, y compris le tabac, les médicaments détournés de leur usage, mais aussi des addictions sans substance (jeu pathologique ou jeu vidéo...).

Les CSAPA sont des établissements médico-sociaux dont les missions sont (58) :

- L'accueil : pour établir les premiers liens et éléments de réponse ;
- L'information : au patient mais aussi à son entourage ;

⁶ Ces derniers exercent souvent en établissements de santé (évoqués précédemment), mais aussi dans les CSAPA, CAARUD...

- Evaluation médicale, psychologique et sociale : dans le but de répondre aux demandes et besoins du patient et de son entourage ;
- Orientation : La prise en charge débute au CSAPA en fonction de la spécialisation de ce dernier, ou les patients sont orientés vers une structure plus adaptée ;
- La Réduction des Risques et des Dommages associée à la consommation de substances psychoactives : c'est une mission obligatoire à destination du public pris en charge ;
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative du sujet ;
- Le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux (notamment les TSO).

A Limoges, le CSAPA Centre Bobillot est situé 80 rue François Perrin.

I.7.3.4 Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogue (CAARUD)

En 2005, les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogue (CAARUD) ont été créés dans une logique de RdRD (*cf I.4.1 Objectif thérapeutique : Abstinence ou réduction de consommation ?*).

Les missions des CAARUD sont notamment :

- La prévention des risques d'usage ;
- L'accueil, information et conseil personnalisé aux usagers de drogues ;
- L'aide à l'accès aux soins ;
- Le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle ;
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- L'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- Le développement d'actions de médiation sociale.

Un exemple concret d'accompagnement en CAARUD peut être la distribution d'éthylomètres et de mise à disposition d'informations sur les dangers de l'alcool.

A Limoges, le CAARUS AIDES est situé 55 rue Bobillot.

I.7.3.5 Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont des appartements de relais, mis à disposition de manière temporaire dans le but d'héberger une personne pour aider à l'insertion sociale, professionnelle, médicale et psychologique.

Les résidents qui en bénéficient (pour une période de 3 mois renouvelables avec un maximum de 1 ans) sont suivis par une équipe pluridisciplinaire et notamment de médecins, d'éducateurs et de psychologues.



C'est un moment d'accompagnement pour les personnes et familles en situation de fragilité (psychologique, sociale ou financière) et qui ont besoin de soins et de suivi médical (59).

I.7.3.6 Cas particulier des associations : ANPAA et associations néphalistes

Il existe aussi des associations qui peuvent aider les personnes présentant des conduites addictives (en particulier concernant l'alcool), comme l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA) mais aussi des associations néphalistes.

L'ANPAA regroupe des professionnels mais aussi des bénévoles et intervient dans divers domaines : la prévention, l'intervention précoce, la réduction des risques, dans les soins et l'accompagnement (60).

A Limoges, un relais de L'ANPAA se situe 5 avenue Garibaldi.

D'autres associations dites associations néphalistes permettent l'accompagnement des personnes tout au long de leur prise en charge. Il s'agit notamment d'associations regroupant des personnes ayant arrêté leur conduite addictive et pouvant échanger avec les patients ayant des problèmes addictifs. On recense par exemple les associations suivantes : Alcooliques Anonymes, Vie libre, la Santé de la famille.



II. Élaboration des guides médicaments à destination des patients

II.1. Principe

Pour rappel, ce travail concerne uniquement les médicaments du maintien de l'abstinence ou de réduction de la consommation ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans la « prise en charge du mésusage d'alcool » (61), à savoir : AOTAL® (Acamprosate), REVIA® (Naltrexone), ESPERAL® (Disulfirame), SELINCRO® (Nalméfène) et BACLOCUR® (Baclofène) (cf 1.5. Mécanisme d'action des médicaments de l'abstinence et de la réduction de consommation d'alcool).

Un guide est élaboré pour chaque médicament précemment cité, soit au total cinq guides médicaments à destination des patients (ou guides patients) élaborés.

II.2. Matériels et méthodes

II.2.1. Forme du guide

Le guide se présente sous la forme d'un livret en 4 parties correspondant donc à 4 pages. Le document est imprimé en format A5 (la moitié d'une feuille classique A4).

Ce format est un bon compromis entre une taille permettant de le glisser discrètement dans les sacs de médicaments et assez grand pour y faire figurer les informations à donner. Le format A4 permet également une impression par toute imprimante standard.

II.2.2. Contenu du guide

Ce guide se base sur :

- Les informations officielles du médicament à savoir le résumé des caractéristiques du produit (RCP) ou mentions légales. Ce résumé est disponible sur la base de données publique des médicaments pour chaque médicament commercialisé ou l'ayant été durant les trois dernières années en France ;
- Les sites médicaux et de santé détenant la certification HONCode. Ce code de déontologie créé par la fondation Health On the Net (HON) permet de démontrer « la volonté d'un site à publier de l'information de santé utile, objective, et correcte » (62) ;
- Les fiches médicaments du réseau psychiatrie-information-communication (Réseau PIC) (63) ;
- Le site Alcool-info-service (64) ;
- Le site Stop-alcool, soutenu par le Département de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Santé de l'État de Genève (65).

II.2.3. Architecture des guides

L'architecture des guides est identique pour les cinq médicaments traités.



II.2.3.1 Page de couverture – première page

La première page est la page de couverture, destinée à permettre une identification visuelle rapide de l'outil. Elle doit rester neutre pour éviter la stigmatisation. À ce titre, elle est pratiquement dénuée d'informations pharmacologiques.

II.2.3.2 Information pharmacologie – deuxième page

La deuxième page contient les informations utiles d'un point de vue pharmacologique. Ces informations sont destinées à être lues, comprises et acquises par le patient, et sont simplifiées pour être accessibles à tous les usagers.

Ces informations sont écrites sous forme de questions-réponses pour que le patient puisse se projeter. Cela permet une meilleure immersion dans l'outil et lui montre que ce dernier lui est spécifiquement destiné.

II.2.3.3 Conseils – troisième page

La troisième page rassemble divers conseils formulés sous forme de questions-réponses concernant la conséquence d'un oubli de prise, d'une prise excessive de médicament, l'apparition éventuelle d'un manque d'alcool qui pourrait conditionner la rechute, mais évoque aussi des pistes concernant la conduite à tenir en cas de rechute.

II.2.3.4 Les idées vraies et fausses – quatrième page

La quatrième page du guide est structurée d'une manière un peu différente sous la forme d'un « Vrai ou Faux » avec quelques affirmations.

Cela permet de revenir sur certaines représentations que pourraient avoir les patients. C'est une manière pédagogique d'emmener de l'information en abordant des points essentiels de la vie courante comme la mise en danger d'autrui par la conduite à risques (de voiture et/ou de machines) ou le stockage inapproprié des médicaments (notamment vis-à-vis des enfants).

II.3. Résultats

Ce travail a permis d'obtenir 5 guides médicaments à destination des patients :

- Un guide patient concernant l'AOTAL® (Acamprosate) ;
- Un guide patient concernant le REVIA® (Naltrexone) ;
- Un guide patient concernant l'ESPERAL® (Disulfirame) ;
- Un guide patient concernant le SELINCRO® (Nalméfène) ;
- Et un guide patient concernant le LIORESAL® (Baclofène).

Vous les trouverez en **Annexe 3**.



II.4. Interprétation

L'architecture globale est commune aux cinq médicaments et les guides seront expliqués sous forme d'encadrés.

Ensuite, les spécificités liées à la pharmacologie de chaque médicament seront expliquées séparément sous forme de tableaux comparatifs.

II.4.1. Première page

GUIDE PATIENT

SPECIALITE® (DCI)

Votre pharmacien vous écoute, accompagne, oriente

Votre pharmacien est un interlocuteur de proximité, totalement disposé à vous accompagner tout au long de votre maladie, n'hésitez pas à lui parler pour répondre à la moindre de vos interrogations.

Tampon de la pharmacie

ADDICTLIM

Permet de rappeler au patient que l'outil lui est adressé

Pour identifier le côté pharmaceutique et fiable du guide

On utilise la double dénomination, de spécialité et de DCI

Rappelle au patient l'attitude empathique que le pharmacien doit avoir avec lui, dans le but de renforcer le lien entre le patient et son pharmacien

Identifie le pharmacien comme interlocuteur potentiel en cas de problèmes liés à sa maladie

Assure la traçabilité de l'outil, et permet d'avoir un contact rapide de l'officine (**à compléter lors de l'expérimentation**)

Associe l'outil au réseau de santé régional ville-hôpital en addictologie

Figure 10 : Guide patient : première page



La seule différence entre la première page des médicaments est l'identification de la molécule sous forme de Dénomination Commune Internationale (DCI) et de spécialité sur cette page.

Le pharmacien reportera le tampon de l'officine sur l'espace prévu à cet effet (*cf* encadré orange).



II.4.2. Deuxième page

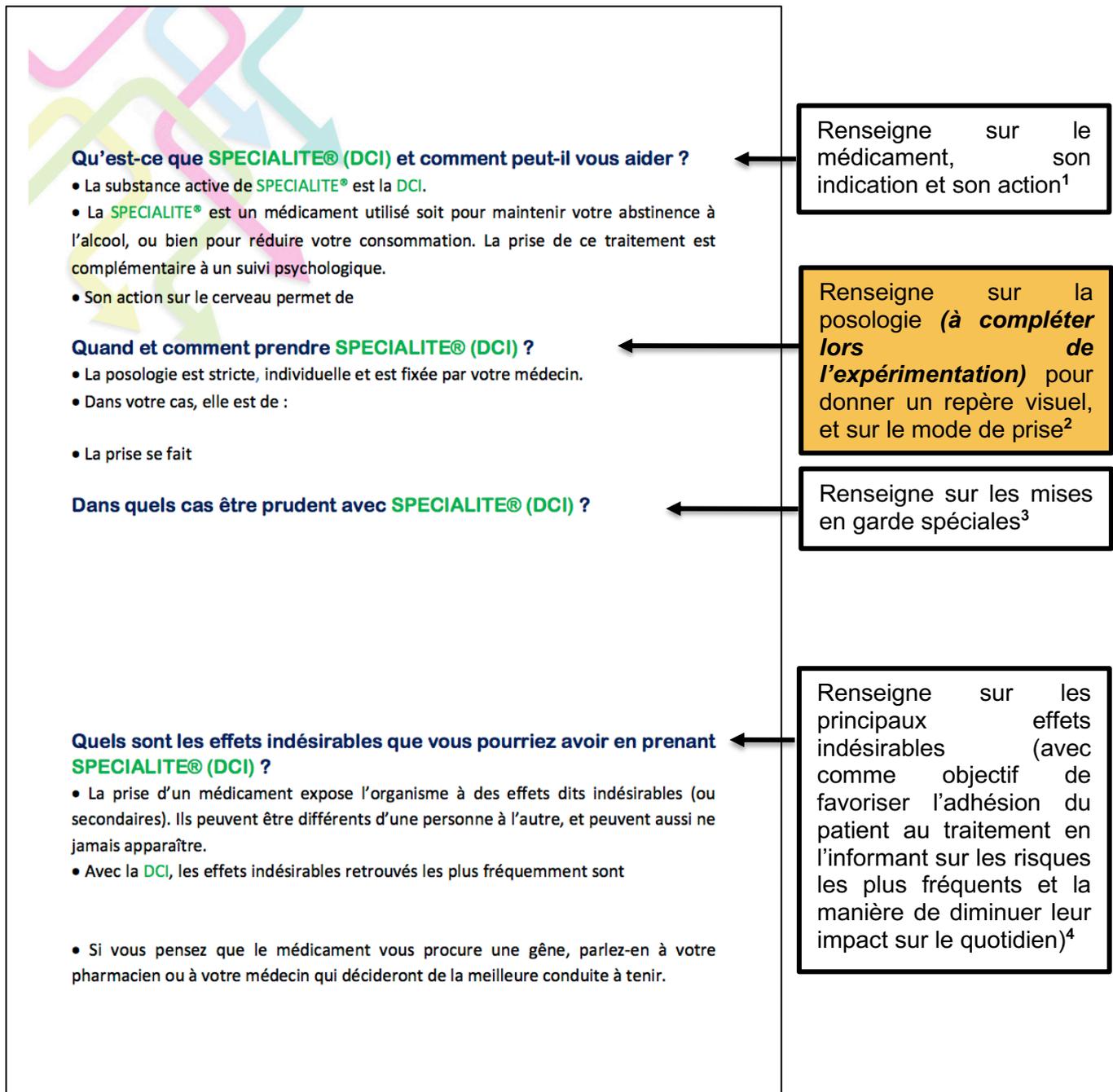


Figure 11 : Guide patient : deuxième page

II.4.2.1 Concernant l'encadré « 1 » sur les renseignements généraux du médicament

On rappelle l'objectif de la prise en charge du trouble d'usage de l'alcool dans ce paragraphe au patient :

- L'Acamprosate, la Naltrexone et le Disulfirame sont utilisés dans le maintien de l'abstinence après sevrage ;
- Le Nalméfène et le Baclofène sont utilisés dans la réduction de consommation.

De plus, le suivi psychologique est indispensable dans la prise en charge des troubles addictifs, et à ce titre, est présent dans cet encadré.

II.4.2.2 Concernant l'encadré « 2 » sur la posologie du médicament

Le pharmacien exercera sa vigilance quant à la posologie prescrite lors de la dispensation médicamenteuse en vérifiant son adéquation par rapport à son autorisation de mise sur le marché (cf. 1.5. Mécanisme d'action des médicaments de l'abstinence et de la réduction de consommation d'alcool). Il reportera aussi la posologie prescrite sur l'espace prévu à cet effet.

Tableau 6 : Posologies évoquées dans les guides (cf encadré 2)

Acamprosate	La posologie est poids dépendante. L'administration au cours du repas permet d'augmenter la tolérance digestive et de limiter l'apparition d'éventuels effets indésirables mais diminue la biodisponibilité du médicament (66).
Naltrexone	La posologie est d'un comprimé par jour à heure fixe. Parfois, les prescripteurs conseillent au patient de commencer le traitement à 0,5 cp par jour pour améliorer la tolérance et limiter l'apparition d'effets indésirables.
Disulfirame	La posologie est d'un comprimé par jour au petit déjeuner.
Nalméfène	La posologie est d'un comprimé par jour environ 1 à 2 heures avant la première consommation journalière d'alcool habituelle. Parfois, comme pour la Naltrexone, les prescripteurs conseillent au patient de commencer le traitement à 0,5 cp par jour pour améliorer la tolérance et limiter l'apparition d'effets indésirables.
Baclofène	La posologie prévue par l'AMM dans le cadre de la réduction de consommation est de 80 mg/jour en 3 prises. En début de traitement, la posologie peut commencer à partir de 15 mg/jour et augmentera au fur et à mesure par paliers (phase de titration) jusqu'à atteindre l'efficacité souhaitée (phase de stabilisation). Il faudra aussi faire attention à la diminution de posologie qui doit impérativement être progressive à l'arrêt.



II.4.2.3 Concernant l'encadré « 3 » sur les mises en garde spéciales

On retrouve des conseils type concernant la prise concomitante d'autres substances psychoactives en dehors de l'alcool (et permet de faire passer un message de prévention) et le projet de grossesse ou d'allaitement pendant la prise du traitement (qui est remis en évidence sur la quatrième page du guide).

On peut aussi y retrouver les éventuelles contre-indications du traitement, qu'elles soient médicamenteuses ou non.

Tableau 7 : Mises en garde spéciales évoquées dans les guides (cf encadré 3)

Acamprosate	Il est stipulé que l'insuffisance rénale est une contre-indication à la prise de ce médicament, car ce dernier est éliminé par voie urinaire sous forme inchangée et pourrait conduire à une accumulation dans l'organisme (66).
Naltrexone	On alerte sur l'association non-pertinente de cette dernière avec les médicaments morphiniques car elle pourrait entraîner une diminution de l'effet des médicaments morphiniques et est à éviter au possible.
Disulfirame	On évoque certaines contre-indications liées à des pathologies comme les maladies cardiovasculaires, hépatiques et neurologiques. De plus, ce médicament est aussi contre-indiqué en cas de diabète car il existe un surrisque de complications macro- et microvasculaires (67).
Nalméfène	On alerte sur la prise concomitante de médicaments morphiniques pour des raisons similaires à la Naltrexone, et on retrouve aussi un conseil par rapport à l'intolérance au lactose (un des excipients de ce médicament en fait partie).
Baclofène	C'est une molécule avec de nombreuses contre-indications (insuffisance rénale, hépatique, pulmonaire, cardiaque) et nécessitant un suivi particulier, notamment lors de la mise en place et de l'arrêt de la molécule. On retrouve aussi un conseil par rapport aux autres maladies neurologiques devant préalablement être recherchées et non retrouvées par le médecin prescripteur.

II.4.2.4 Concernant l'encadré « 4 » sur les effets secondaires du médicament

Certains effets secondaires peuvent entraîner un risque d'arrêt du traitement.

L'observance du patient est fondamentale, notamment dans les troubles de l'usage car, pour rappel, l'apparition de *craving* peut favoriser les consommations, et donc favoriser la rechute dans le cadre d'un maintien de l'abstinence. Pour améliorer cette adhésion au traitement, on peut informer le patient sur les risques les plus fréquents et conseiller sur la manière de diminuer leur impact sur le quotidien.



Tableau 8 : Effets indésirables évoqués dans les guides (cf encadré 4)

Acamprosate	Les diarrhées, fréquentes en début de traitement par Acamprosate, régressent au fur et à mesure des prises. Si elles persistent, on conseille au patient de prendre le médicament au cours du repas, et si ce conseil ne suffit pas, d'en parler au prescripteur.
Naltrexone	Ces effets secondaires sont peu graves, transitoires et le plus souvent spontanément résolutifs en quelques jours malgré la poursuite du traitement. Si le patient rencontre des effets indésirables importants ou qu'ils ne diminuent pas avec la poursuite du traitement, alors notre rôle sera d'en informer le prescripteur.
Disulfirame	Ces effets sont liés à l'effet antabuse de type flush cutané, tachycardie, céphalées, troubles gastro-intestinaux....
Nalméfène	Ils sont transitoires et le plus souvent résolutifs en quelques jours malgré la poursuite du traitement et se rapprochent des symptômes aspécifiques du sevrage aux opiacés.
Baclofène	Ils sont nombreux et touchent divers systèmes comme le système neurologique, digestif, et respiratoire. Il peut y arriver qu'il existe des effets indésirables psychiatriques. Il est important d'alerter le patient sans l'en inquiéter.



II.4.3. Troisième page

Que-faire si j'ai oublié de prendre SPECIALITE® (DCI) ?

Que-faire si j'ai pris une trop grande quantité de SPECIALITE® (DCI) ?

- Une quantité trop élevée de SPECIALITE® peut entraîner

Que-faire si je ressens quand même l'envie de consommer ?

- L'envie de consommer de l'alcool malgré la prise de votre traitement peut arriver.
- **Des moyens pour contrôler vos envies existent :**
 - Des activités physiques (marché, courir, ...), manuelles (peinture, sculpture...), musicales (jouer d'un instrument, écouter de la musique, ...), des techniques de relaxation (respiration, application smartphone de relaxation, ...).
 - Des astuces anti-rechute simples et pratiques peuvent être regardées sur : <https://www.stop-alcool.ch/astuces-anti-rechute-et-plus>
- Si vous n'arrivez pas à contrôler ces envies, vous pouvez éventuellement contacter un professionnel de santé qui vous suit pour votre addiction (médecin, pharmacien...).
- Ou en parler avec un conseiller d'Alcool Info Service : <http://www.alcool-info-service.fr> ou 0 980 980 930 (7J/7 entre 8h-2h, appel non surtaxé).

Que-faire si j'ai reconsommé de l'alcool alors que je prenais mon traitement correctement ?

Permet de donner la conduite à tenir au patient en cas d'oubli de prise¹

Informe sur les conséquences possibles d'un surdosage et la conduite à tenir²

Évoque la situation de ressenti d'un *craving* vis-à-vis de l'alcool
Permet de le soutenir en lui apportant des moyens non exhaustifs de gestion de ce *craving*³

Si le patient venait à consommer alors qu'il est dans une démarche :

- D'abstinence, alors on prendrait le temps de discuter sur le contexte l'ayant fait rechuter (ou le mettant dans des situations à risque) et l'orienterait vers son médecin ;
- De réduction de consommation, alors on prendrait le temps d'expliquer en quoi cela n'est pas synonyme d'échec et comment cela fait partie de la prise en charge.

Dans les deux cas, le but est de rassurer le patient⁴.

Figure 12 : Guide patient : troisième page

II.4.3.1 Concernant l'encadré « 1 » sur la conduite à tenir en cas d'oubli du médicament

En cas d'oubli, la conduite à tenir dépend de chaque médicament.

Tableau 9 : Conduite à tenir en cas d'oubli évoquée dans les guides (cf encadré 1)

Acamprosate	Il est possible de prendre ce médicament dans les deux heures suivant l'oubli. Au-delà, il faut attendre la prise du lendemain. Dans tous les cas, il ne faut pas compenser l'oubli d'une prise.
Naltrexone	Il est possible de prendre ce médicament dans les deux heures suivant l'oubli. Au-delà, il faut attendre la prise du lendemain. Dans tous les cas, il ne faut pas compenser l'oubli d'une prise.
Disulfirame	Il faut prendre le comprimé suivant à l'heure habituelle sans doubler la dose.
Nalméfène	Il faut prendre un comprimé dès que possible, et ce, même si le patient a commencé à boire.
Baclofène	Il faut attendre la prochaine prise.

II.4.3.2 Concernant l'encadré « 2 » sur la conduite à tenir en cas de surdosage du médicament

De manière générale, en cas de surdosage, il est recommandé d'en parler avec son médecin ou son pharmacien.

Tableau 10 : Conduite à tenir en cas de surdosage évoquée dans les guides (cf encadré 2)

Acamprosate	Un surdosage peut entraîner des effets indésirables de type diarrhées.
Naltrexone	Un surdosage ne devrait pas entraîner de toxicité supplémentaire par rapport à une dose usuelle mais peut entraîner des effets indésirables.
Disulfirame	Un surdosage peut entraîner des atteintes neurologiques graves.
Nalméfène	Un surdosage ne devrait pas entraîner de toxicité supplémentaire par rapport à une dose usuelle mais peut entraîner des effets indésirables.
Baclofène	Un surdosage peut entraîner des effets indésirables comme une faiblesse musculaire, des hallucinations, des vertiges, une salivation excessive, des difficultés à parler, voire des convulsions.



II.4.3.3 Concernant l'encadré « 3 » sur l'envie de consommer lors du traitement

Ces suggestions de gestion du *craving* sont donnés indépendamment des médicaments utilisés pour l'objectif de prise en charge du trouble de l'usage d'alcool et sont donc commun aux cinq médicaments.

II.4.3.4 Concernant l'encadré « 4 » sur la reconsommation d'alcool

En cas d'adhésion difficile au traitement, il nous revient d'orienter le patient vers son médecin.

Pour le Disulfirame, on informe aussi sur l'apparition d'un l'effet antabuse pouvant arriver lors de la prise conjointe de ce médicament avec de l'alcool.



II.4.4. Quatrième page

Vrai **Faux**

Je ne dois pas prendre mon traitement si je suis enceinte (ou si je prévois de l'être).

Je peux conduire mon véhicule et utiliser des machines sans précautions particulières en prenant DCI.

Je peux stocker SPECIALITE® (DCI) dans n'importe quel endroit de la maison.

FAUX : De manière générale, tous vos médicaments doivent être stockés dans un endroit sécurisé (en hauteur, à l'écart des enfants), à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité.

Je peux prendre d'autres médicaments en dehors de SPECIALITE® (DCI) sans risque pour ma santé.

FAUX : Si vous souhaitez prendre pour la première fois un autre médicament, il est conseillé de demander au préalable l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin. Par exemple, certains médicaments peuvent contenir de l'alcool, votre professionnel vous conseillera un médicament plus approprié.

Je risque d'être dépendant à SPECIALITE®.

FAUX : Il n'existe pas de risque de dépendance à ce médicament.

Renseigne sur la grossesse et l'allaitement sous traitement¹

Renseigne sur la conduite de véhicules et l'utilisation de machines sous traitement²

Renseigne sur le stockage des médicaments en général

Renseigne sur la co-médication et l'automédication

Renseigne sur le risque de dépendance au médicament

Figure 13 : Guide patient : quatrième page

II.4.4.1 Concernant l'encadré « 1 » sur la grossesse et l'allaitement sous traitement

En raison du risque des conséquences de l'alcool sur le fœtus (en particulier le risque de syndrome d'alcoolisation fœtal), il est important de rappeler le rapport bénéfice risque entre l'utilisation du médicament dans le cadre du trouble de l'usage d'alcool et l'inocuité pour l'enfant à naître.

Lors de la grossesse, le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) recommande de ne pas arrêter le traitement avec l'Acamprosate et la Naltrexone (68), (69). Ces médicaments pourront être poursuivis après avis médical si la prise de l'un de ces médicament(s) est indispensable à maintenir l'abstinence d'alcool.

Par contre, il ne faut pas prendre de Disulfirame, de Nalméfène et de Baclofène lors de la grossesse :

- L'effet antabuse peut provoquer des conséquences graves chez le fœtus, il faut donc préférer l'Acamprosate ou la Naltrexone (86).
- La prise de Nalméfène et de Baclofène s'inscrit dans une démarche de réduction de consommation et pas d'abstinence totale à l'alcool. Cette prise en charge du trouble de l'usage d'alcool n'est pas en adéquation avec l'objectif de non-consommation totale d'alcool pendant une grossesse en raison du risque des conséquences de l'alcool sur le fœtus (en particulier le risque de syndrome d'alcoolisation fœtal). Il est important d'orienter vers le médecin prescripteur lors d'un projet de grossesse avec l'un de ces médicaments. De plus, Il n'existe pas suffisamment de données quant à l'inocuité du Nalméfène pendant la grossesse (70), et le Baclofène a un effet tératogène et ne doit pas être utilisé au cours de la grossesse (71).

De plus, le seul médicament dans les TUA compatible avec l'allaitement est la Naltrexone (72). En effet, l'Acamprosate est sécrété dans le lait maternel ce qui implique l'arrêt de ce médicament lors de l'allaitement (66), le disulfirame est déconseillé et il existe un manque de données quant à l'inocuité du Nalméfène et du Baclofène lors de l'allaitement.

Il n'existe par contre pas suffisamment de données quant à l'inocuité de cette substance lors de l'allaitement car l'Acamprosate est sécrété dans le lait maternel. L'allaitement est déconseillé et devra être arrêté.

II.4.4.2 Concernant l'encadré « 2 » sur les activités nécessitant une vigilance particulière

Il existe un risque de baisse de vigilance lié à l'utilisation de la Naltrexone (72), de la Nalméfène (70) et du Baclofène (71). Il existe aussi avec le Disulfirame en début de traitement.

Il est donc important d'en informer les patients afin d'éviter les situations à risque pour soi ou l'entourage, notamment lors d'activités nécessitant une vigilance particulière (conduite de véhicules, utilisation de machines...).

II.5. Discussion

Ces guides ont été élaborés sous la supervision du pharmacien coordinateur du réseau de santé ville-hopital en addictologie AddictLim.

Ils ont aussi été validés lors de la soutenance du mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Addictologie Pratique (DUAP) de la faculté de médecine de Limoges.

Enfin, ils sont l'objet de l'expérimentation que nous allons voir dans la suite de ce travail.



III. Expérimentation des guides pour accompagner les patients

III.1. Présentation et objectifs de l'expérimentation

Cette expérimentation est le fruit d'une collaboration avec le réseau de santé AddictLim. Ces guides ont été élaborés dans le cadre du mémoire du diplôme universitaire d'addictologie pratique de la faculté de médecine de Limoges, et ce travail de thèse a permis leur expérimentation.

III.1.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette expérimentation est d'optimiser la prise en charge médicamenteuse des TUA lors de la dispensation des médicaments concernés en améliorant la compréhension de ces médicaments par les pharmaciens et les patients.

III.1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont multiples :

- Pour le pharmacien d'officine : avoir un support papier rappelant le conseil minimal à transmettre lors de l'acte de dispensation pharmaceutique. Ce support permettra de donner une même information à tous les patients.
- Pour le patient : avoir un document simple, pratique et synthétique à garder afin de pouvoir s'y référer si besoin.
- Pour le réseau de santé AddictLim : avoir à disposition ces guides afin qu'ils puissent être distribués aux pharmacies d'officine le souhaitant.

III.2. Principes de l'expérimentation

III.2.1. Elaboration du protocole d'expérimentation officinal

Pour mener à bien l'expérimentation officinale, et ce, dans plusieurs officines, il a fallu au préalable :

- Élaborer un protocole d'expérimentation à destination des personnes qui l'ont menée dans les différentes officines, à savoir les pharmaciens d'officine et étudiants en 6^{ème} année de pharmacie filière officine ;
- Et faire valider ce protocole par un pharmacien compétent en addictologie.

Ce protocole devait permettre de mener l'expérimentation de manière autonome. Il devait être simple et précis.

III.2.2. Expérimentation officinale

L'expérimentation officinale a été conduite lors du stage de pratique professionnelle de la 6^{ème} année des études de pharmacie filière officine dans diverses officines volontaires.



La mise en place de l'expérimentation a nécessité plusieurs conditions :

- Recruter un interlocuteur (pharmacien titulaire, adjoint ou étudiant en pharmacie de 6^{ème} année filière officine) par officine participant à l'expérimentation ;
- Expliquer le fonctionnement de l'expérimentation en prenant le protocole pour support ;
- S'assurer que l'interlocuteur essaye de mener à bien l'expérimentation.

Au cours de l'expérimentation, un suivi régulier a été effectué pour vérifier son bon déroulement.

Enfin, la collecte des données a été réalisée par un questionnaire de synthèse auprès des interlocuteurs.

III.3. Matériel et méthodes

III.3.1. Elaboration du protocole d'expérimentation officinal

Le protocole d'expérimentation officinal, disponible en **Annexe 5**, est basé sur ce travail et suit la trame suivante :

- Une page d'introduction
- Un guide pharmacien avec un plan détaillé
- La table des annexes comprenant les supports pour mener l'expérimentation, à savoir :
 - Les guides médicaments à destination des patients ;
 - Une feuille à destination des patients comprenant l'explication de l'expérimentation ainsi que le questionnaire d'évaluation du guide à retourner à l'officine
 - Une feuille de traçabilité de l'expérimentation ;
 - Un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève.

III.3.1.1 Page d'introduction

La page d'introduction est divisée en deux parties (recto-verso).

Sur la page recto se trouve :

- Un message de remerciement auprès de l'interlocuteur choisi pour mener à bien l'expérimentation dans l'officine concernée. Ce message situe le contexte dans lequel cette expérimentation se déroule et le devenir des guides expérimentés et se termine par l'importance de sa contribution (ainsi que celle de son équipe officinale) dans la conduite de cette expérimentation ;
- Deux encadrés, dans lesquels sont évoqués le contenu de ce dossier d'expérimentation, à savoir le guide à destination du pharmacien et les supports pour mener l'expérimentation.



Sur la page verso se trouve :

- Le liens sous forme de Flashcode et d'adresse URL pour télécharger d'autres guides patients ou d'autres feuilles explicatives, protégés par un mot de passe ;
- Un message sur le code de la propriété intellectuelle pour expliquer que ce travail est personnel et ne doit pas être diffusé ;
- La définition du *craving* qui est une notion évoquée dans les guides et le dossier d'expérimentation ;
- Les abréviations (par ordre alphabétique) utilisées dans le document.

III.3.1.2 Guide pharmacien

Le guide pharmacien suit le plan suivant :

Tableau 11 : Plan du guide pharmacien

I. Présentation de l'expérimentation
A. Pourquoi proposer ces guides ?
B. Objectif
II. Comment utiliser les outils ?
A. Les médicaments concernés
B. Forme du guide
C. Contenu
III. Démarche pour conduire l'expérimentation officinale
IV. Ressources supplémentaires
A. Repérage précoce et intervention brève (RPIB)
B. Coordonnées de structures et professionnels de santé pouvant intervenir dans le domaine de l'addictologie en Limousin
C. Conseils sur la relation au patient
D. Actualités sur les médicaments
V. Collecte des données (Questionnaire)
VI. Références

La première partie présente l'expérimentation avec le contexte dans lequel elle se situe et l'objectif du travail.

La deuxième partie contient des rappels de pharmacologie des médicaments concernés, la forme du guide, d'où provient son contenu et l'explication du guide avec pour modèle l'Acamprostate.



La troisième partie se consacre uniquement sur la démarche pour conduire l'expérimentation avec la procédure à appliquer lors de l'arrivée d'un patient au comptoir présentant une ordonnance avec un des médicaments concernés.

La quatrième partie contient des ressources supplémentaires afin d'aider l'équipe officinale dans l'accompagnement général des personnes pouvant présenter un trouble de l'usage avec ou sans substance.

La cinquième partie explique quand aura lieu la collecte des données de l'expérimentation.

Enfin, la sixième et dernière partie fait mention des ressources bibliographiques utilisées pour construire ce protocole d'expérimentation.

III.3.1.3 Table des annexes

Comme expliqué précédemment, la table des annexes comprend les supports pour mener l'expérimentation, à savoir :

- Les guides médicaments à destination des patients, c'est-à-dire : le guide patient de l'Acamprostate, de la Naltrexone, du Disulfirame, du Nalméfène et du Baclofène ;
- Une feuille à destination des patients comprenant l'explication de l'expérimentation ainsi que le questionnaire d'évaluation du guide à retourner à l'officine lors d'une visite ultérieure à l'officine.
- Une feuille de traçabilité anonymisée pour permettre de suivre l'avancement de l'expérimentation comprenant les initiales du patient, les dates de distribution et de retour du guide et le nom du médicament concerné.
- Un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève.

III.3.1.4 Validation du protocole

Le protocole d'expérimentation a été évalué par le pharmacien coordonnateur du réseau de santé ville-hôpital en addictologie AddictLim.

III.3.2. Mise en place de l'expérimentation

L'expérimentation s'est déroulée entre les mois de Novembre 2018 et de Mai 2019, c'est-à-dire conjointement au stage de pratique professionnelle ayant lieu lors de la 6^{ème} année des études de Pharmacie filière officine.

Il a été remis aux officines participant à l'expérimentation un porte-vues contenant l'intégralité des documents nécessaires à l'expérimentation, c'est-à-dire :

- Une page d'introduction disponible en **Annexe 4** ;
- Le guide pharmacien disponible en **Annexe 5** ;
- La table des annexes qui comprend les supports pour mener l'expérimentation, à savoir :



- Les guides médicaments à destination des patients disponibles en **Annexe 3** ;
- Une feuille à destination des patients comprenant l'explication de l'expérimentation ainsi que le questionnaire d'évaluation du guide à retourner à l'officine disponible en **Annexe 6** ;
- Une feuille de traçabilité de l'expérimentation disponible en **Annexe 7** ;
- Un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève en **Annexe 1**.

De plus un sticker adhésif résumant la démarche à suivre lors de l'arrivée d'un patient au comptoir voulant participer à l'expérimentation a été apposé au dos de la couverture du protocole d'expérimentation.

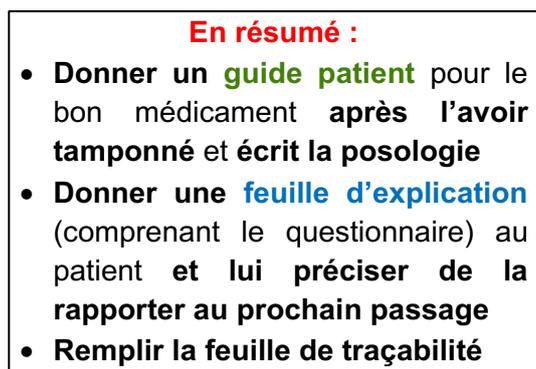


Figure 14 : Résumé de la démarche à suivre lors de l'arrivée d'un patient au comptoir voulant participer à l'expérimentation

III.3.2.1 Recrutement des interlocuteurs et officines participant à l'expérimentation

Des interlocuteurs privilégiés ayant pour rôle de coordonner l'expérimentation et de s'assurer de son bon déroulement ont été recrutés. Ils devaient s'assurer que les membres de l'équipe officinale (pharmaciens et préparateurs) participent à l'expérimentation, dans le domaine des compétences de chaque collaborateur.

Ces interlocuteurs ont nécessairement été recrutés parmi des pharmaciens (titulaires ou adjoints) ou étudiants en 6^{ème} année de pharmacie filière officine de ma promotion.

III.3.2.2 Explication de la démarche d'expérimentation

Lors du recrutement des interlocuteurs et de la distribution du protocole d'expérimentation officinal, il convenait d'expliquer la démarche à suivre pour mener à bien l'expérimentation.

A l'arrivée d'un patient au comptoir présentant une ordonnance avec un des médicament(s) concerné(s) dit « alcool », il fallait lui demander si dans le cadre d'une thèse d'un étudiant en 6^{ème} année de pharmacie, il était d'accord pour donner son avis sur un guide d'information concernant son médicament.

S'il n'était pas d'accord, on ne lui donnait pas le guide et on pouvait éventuellement réessayer lors d'une délivrance ultérieure.



S'il était d'accord, il fallait lui donner :

- Un exemplaire du guide qui le concerne après avoir apposé le tampon de l'officine (en Page 1), rempli la posologie de manière manuscrite (en Page 2) et avoir plié la feuille en 2 ;
- Un exemplaire de la feuille d'explication de l'expérimentation contenant le questionnaire d'évaluation à rapporter à l'officine lors de son prochain passage.

De plus, il a fallu :

- Proposer au patient de parler du guide avec lui lors de sa délivrance ;
- Bien insister sur le caractère indispensable de ramener le questionnaire d'évaluation, sans quoi les données ne seraient pas exploitables ;
- Remplir en annexe tout en respectant l'anonymat du patient la feuille de traçabilité en annexe du protocole d'expérimentation.
- Enfin, on expliquait l'intérêt du questionnaire d'évaluation à remplir par le patient.

Cette démarche d'expérimentation a été schématisée dans la partie « guide pharmacien » du protocole d'expérimentation, cf **Annexe 5** (neuvième page).

Pour rappel, un résumé de cette démarche (sous forme d'un sticker adhésif) a été apposé au dos de la couverture du porte-vues contenant le protocole d'expérimentation afin de s'en rappeler rapidement.

III.3.2.3 Suivi des officines participant à l'expérimentation

Le suivi des officines participant à l'expérimentation s'est fait *via* les interlocuteurs tout au long de l'expérimentation par :

- Échanges physiques en allant dans les officines concernées par l'expérimentation ou lors des journées de formation de 6^{ème} année dispensées à la faculté ;
- Ou par échanges virtuels, que ce soit par appels téléphoniques, sms ou courriel.

L'évaluation du suivi de ces officines ne s'est pas effectuée sur des critères précis, mais par relances à au moins une reprise pendant la période d'expérimentation.

III.3.3. Questionnaire d'évaluation patient

Pour rappel, lors de l'expérimentation, les patients ont reçu un exemplaire de la feuille d'explication de l'expérimentation contenant le questionnaire d'évaluation à ramener à l'officine, disponible en **Annexe 6**.

Cette feuille réexpliquait au recto les objectifs de l'expérimentation au patient et la démarche pour noter les différentes sous parties du guide.

Au verso, étaient adressées les questions permettant de recueillir les données anonymisées des patients ainsi que d'évaluer la pertinence des différents guides distribués.



1. **Quelle est votre pharmacie habituelle ? Êtes-vous un homme ou une femme ? Quel âge avez-vous ?**

2. **Quel est le nom du médicament pour l'alcool qui vous a été prescrit ?**

3. **Depuis quand avez-vous ce médicament ? Cochez la réponse vous semblant être la plus appropriée**

C'est la première fois que le médecin me le prescrit	Entre 1 et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 an	Plus de 2 ans (Précisez)

4. **Avez-vous déjà eu un médicament pour l'alcool avant celui-ci ? Si oui, précisez si vous vous en rappelez**

5. **Concernant la forme du guide. Cochez la réponse vous semblant être la plus appropriée**

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Excellent
Graphisme du guide (couleurs, écriture ...)					
Format du guide (Feuille format A4 pliée en deux)					

6. **Concernant la clarté des informations retrouvées dans le guide (question par question). Cochez la réponse vous semblant être appropriée (regardez au dos pour identifier la partie du guide correspondant)**

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Excellent
Page 1 : Généralités					
Page 2 : Renseignements					
Page 3.1 : Oubli/Prise excessive					
Page 3.2 : Envie de consommer					
Page 4 : Vrai-Faux					

7. **Concernant les affirmations suivantes. Cochez la réponse vous semblant être la plus appropriée**

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Excellent
Ce guide m'a permis d'apprendre des informations concernant mon médicament					
Grâce à ce guide, j'ai pu discuter de mon traitement avec mon pharmacien					
Je recommanderais ce guide à d'autres personnes ayant le même traitement que le mien					

8. **Auriez-vous aimé avoir plus d'informations dans ces guides ? Si oui, de quel type ?**

9. **Remarques diverses.** Vous pouvez faire part d'éventuelles remarques.

Figure 15 : Questionnaire d'évaluation du patient disponible en **Annexe 6**

Remarque : Les questions 3, 5, 6 et 7 utilisent une échelle de Likert comme système de notation afin d'obtenir des résultats plus nuancés et de mieux approcher le ressenti des patients.



Ces questionnaires d'évaluation des patients ont été récupérés :

- A l'issue de la fin des 6 mois de stage de pratique professionnelle dans la plupart des cas ;
- A la fin du retour de l'ensemble des patients amenés à prendre un des médicaments concernés dans l'officine ;
- Ou lors de l'échec de la mise en place de l'expérimentation, y compris après avoir relancé à plusieurs reprises l'interlocuteur.

III.3.4. Entretiens de fin d'expérimentation avec les interlocuteurs

L'expérimentation s'est terminée par un entretien avec l'interlocuteur pendant lequel on a dressé le bilan de l'expérimentation dans l'officine concernée.

De même que pour le patient, les questions suivantes ont été posées à l'interlocuteur pour faire le point de l'expérimentation :

- Qu'avez-vous pensé des guides ?
- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'expérimentation ?
- Quels échanges avec le patient ces outils vous ont-ils permis ? (*au comptoir, dans le local de confidentialité, ou autre ?*)
- Selon votre équipe et vous, quelles sont les améliorations à apporter à ces guides pour qu'ils soient plus pertinents ? (*sur le fond et sur la forme*)
- Remarques diverses.

III.4. Résultats

III.4.1. Mise en place de l'expérimentation officinale

L'expérimentation a débuté entre décembre 2018 et janvier 2019 dès la remise des protocoles d'expérimentation, et s'est terminée entre avril et juin 2019, cf **Annexe 8**.

Elle s'est terminée lorsque :

- Le stage de 6^{ème} année de pharmacie s'est achevé, c'est-à-dire le 10 Mai 2019 ;
- Lorsque l'intégralité des patients susceptibles de participer à l'expérimentation au sein d'une même officine ont rendu leurs feuilles d'évaluation correspondant à leur guide ;
- Ou, après un délai supplémentaire qui a permis de récupérer d'autres guides ou d'essayer de mener l'expérimentation.

Elle a duré en moyenne 149 jours soit 4 mois et 29 jours par officine, cf **Annexe 9**.

III.4.1.1 Recrutement des interlocuteurs et officines participant à l'expérimentation

Au total dix interlocuteurs correspondant à dix officines ont été recrutés, cf **Annexe 10**.

Parmi ces interlocuteurs, il y avait :



- Six étudiants en 6^{ème} année de pharmacie filière officine ;
- Un pharmacien adjoint ;
- Trois pharmaciens titulaires, dont un possédant le diplôme universitaire d'addictologie pratique de la faculté de médecine de Limoges, un intervenant dans la formation officinale de la faculté de pharmacie de Limoges et le dernier étant le président du réseau de santé ville-hôpital en addictologie AddictLim.

Les officines recrutées sont issues de milieux urbain, semi-rural et rural.

III.4.1.2 Explication de la démarche d'expérimentation

L'explication de l'expérimentation s'est faite verbalement en s'appuyant du protocole d'expérimentation, et en particulier :

- Des pages 9 et 10 du guide pharmacien, *cf Annexe 5* ;
- Et de l'étiquette résumé apposée au dos de la page de couverture du porte-vues remis aux interlocuteurs.

III.4.1.3 Suivi des officines participant à l'expérimentation

Le suivi des officines participant à l'expérimentation s'est fait par :

- Une visite dans 3 officines au cours de la période d'expérimentation ;
- Par entrevues lors des journées de formation à la faculté et/ou échanges téléphoniques réguliers et entrevues pour les autres pharmacies.

III.4.2. Questionnaires d'évaluation patients

- ❖ Nombre de patients inclus (ou nombre de guides distribués) : Lors de l'expérimentation, 25 guides ont été distribués à 24 patients :
 - 14 guides concernant le Nalméfène ;
 - 5 guides concernant le Baclofène ;
 - 2 guides concernant l'Acamprosate ;
 - 2 guides concernant la Naltrexone ;
 - Et enfin 2 guides concernant le Disulfirame.



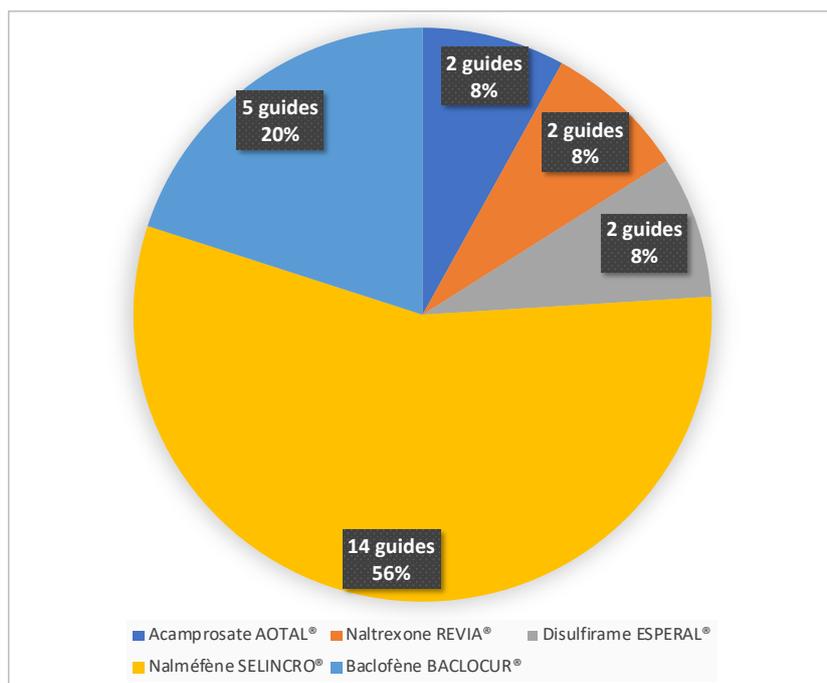


Figure 16 : Nombre de guides patients distribués par médicament et proportion du nombre total de guides correspondant

Remarque : le nombre de questionnaires d'évaluation qui ont été distribués est de 24 car un des patients inclus a pour traitement du TUA une association de SELINCRO® au Baclofène. Ce patient a donc évalué les deux guides en répondant à un seul questionnaire.

- ❖ Nombre de patients suivi jusqu'au terme de l'expérimentation : au total, 5 questionnaires concernant le Nalméfène et 1 questionnaire concernant le Baclofène n'ont pas pu être récupérés. Il y a 6 patients qui ont été perdus de vue lors de l'expérimentation. Le nombre de questionnaires d'évaluation qui ont été récupérés est donc de 18, cf **Annexe 11**.
- ❖ Répartition des sexes : parmi ces 18 patients, il y avait une répartition des sexes de 2/3 d'hommes pour 1/3 de femmes.
- ❖ Moyenne et médiane d'âge : la moyenne et la médiane d'âge des participants étaient confondues et de 54 ans. Le patient le plus jeune était âgé de 35 ans et la patiente la plus âgée ayant 79 ans.

III.4.2.1 Acamprosate AOTAL®

Deux patients ont expérimenté le guide de l'Acamprosate AOTAL® :

- Une femme de 56 ans qui a ce traitement depuis 1 à 2 ans ;
- Un homme de 54 ans pour qui c'est une instauration de traitement.

L'un des deux patients a précisé ne pas avoir eu de traitement pour un TUA auparavant.

De plus, ils ont été tout à fait satisfaits de leur guide voire l'ont trouvé excellent.

L'un d'entre eux pensait que l'information apportée par les guides était suffisante.

III.4.2.2 Naltrexone REVIA®

Deux patients ont expérimenté le guide de la Naltrexone REVIA® :

- Un homme de 49 ans qui avait ce traitement depuis 5 ans ;
- Un homme de 53 ans qui avait ce traitement depuis 1 à 2 ans.

L'un des deux patients a précisé ne pas avoir eu de traitement pour un TUA auparavant.

Dans l'ensemble, ils ont été satisfaits des guides qui leur ont été distribués hormis pour la partie des questions « vrai – faux ».

L'un d'entre eux n'a pas répondu sur le fait que ce guide ait pu entraîner une discussion avec le pharmacien.

III.4.2.3 Disulfirame ESPERAL®

Deux patients ont expérimenté le guide de l'Acamprosate AOTAL® :

- Une femme de 79 ans pour qui c'était une instauration de traitement ;
- Un homme de 51 ans qui avait ce traitement depuis 3 à 6 mois.

Les patients n'ont pas précisé s'ils avaient déjà eu un traitement pour un TUA auparavant.

Dans l'ensemble, ils ont été tout à fait satisfaits des guides qui leur ont été distribués.

Enfin, ils n'avaient pas de demandes d'informations supplémentaires ni de remarques particulières.

III.4.2.4 Nalméfène SELINCRO®

Neuf patients ont expérimenté le guide du Nalméfène SELINCRO® :

- Quatre femme d'en moyenne 57 ans qui avaient ce traitement depuis 3 mois à 4 ans ;
- Cinq hommes d'en moyenne 50 ans qui avaient ce traitement depuis 3 mois à 3 ans.

Parmi ces neuf personnes, le patient qui prend le SELINCRO® depuis 3 ans avait déjà eu l'Acamprosate AOTAL® pour le traitement de son TUA, donc dans le cadre d'un objectif thérapeutique différent.

Un des patients prenait aussi du Baclofène dans le cadre de son TUA.

Le guide a bien été accepté par les patients qui en sont au minimum plutôt satisfait, voire l'ont trouvé excellent.



Un patient aurait voulu avoir plus d'informations intéressantes par rapport à son médicament mais paradoxalement pensait qu'il n'y avait rien à rajouter et que le document lui paraissait parfait tel quel.

Enfin, un autre patient aurait aimé qu'il soit mentionné que ce médicament « peut être ordonné dans le cadre d'un suivi psychiatrique ».

III.4.2.5 Baclofène BACLOCUR®

Quatre patients ont expérimenté le guide du Baclofène BACLOCUR®.

C'était tous des hommes, d'une moyenne d'âge de 47 ans, et qui déclaraient prendre ce médicament depuis 1 à 3 ans.

Un des patients prenait aussi du SELINCRO® et selon le pharmacien qui a été amené à accompagner ce patient, la prise du Baclofène était en réalité beaucoup plus récente puisque l'introduction de ce second médicament pour le TUA datait de moins de 3 mois.

Un autre patient, qui prenait le Baclofène depuis 1 à 2 ans, a déclaré qu'il avait déjà eu la Naltrexone REVIA® pour le traitement de son TUA, donc dans le cadre d'un objectif thérapeutique différent.

III.4.3. Entretiens de fin d'expérimentation avec les interlocuteurs

Les entretiens de fin d'expérimentation avec les interlocuteurs ont pu être classés en 3 catégories :

- Les officines ayant pu recruter des patients et ayant eu des retours ;
- Les officines ayant seulement pu recruter des patients et n'ayant pas pu avoir de retour ;
- Les officines n'ayant pas pu mener à bien l'expérimentation.

III.4.3.1 Officines ayant pu recruter des patients et ayant eu des retours

Il y a eu 5 officines sur 10 qui ont recruté des patients et ont eu des retours.

Les entretiens sont disponibles en **Annexe 12**.

Les interlocuteurs de ces officines ont pensé que ces guides étaient bien élaborés, intéressants, utiles, adaptés au patient qui peuvent s'y référer presque « seuls ». Pour eux, ils ont permis d'aborder la question de l'addiction avec le patient, ce qui n'est pas toujours évident dans le cadre de ces maladies.

Néanmoins, il a été difficile de mener l'expérimentation pour deux principales raisons :

- Le retour de la feuille d'évaluation par le patient est compliqué à obtenir car certains patients peuvent être fuyants, et parfois il est indispensable d'en redistribuer, mais cela serait commun à tous les types de questionnaires ;
- La transmission parmi les différents membres de l'équipe officinale de l'expérimentation est d'autant plus compliquée que l'équipe est grande.



Ces guides ont permis d'échanger avec les patients au comptoir, le plus souvent brièvement car les patients peuvent être réticents et il est compliqué de trouver le tact nécessaire à la construction d'un échange avec le patient.

Toujours selon ces interlocuteurs, les guides sont pratiques comme ils sont, sans réel besoin d'être modifiés. Il faudrait en prévoir une version raccourcie pour les patients ayant du mal à admettre leur pathologie.

Les explications pour mener l'expérimentation étaient claires, en particulier l'étiquette résumé qui permet de bien se remémorer de la démarche à suivre lors de l'arrivée d'un patient au comptoir. Ces guides ont permis de rompre la glace avec les patients et d'en apprendre plus sur ces médicaments, que ce soit pour les patients amenés à les lire, ou les professionnels de santé amenés à les délivrer.

Enfin, il a fallu faire attention lors de la délivrance de Baclofène à l'officine puisque ce médicament peut être prescrit pour une autre indication que le TUA.

III.4.3.2 Officine ayant pu recruter des patients et n'ayant pas pu avoir de retour

Une officine a pu recruter des patients mais n'a pas eu de retour.

L'entretien est disponible en **Annexe 13**.

Deux patients prenant du SELINCRO® ont été inclus dans l'expérimentation mais n'ont pas pu être suivis jusqu'au terme de l'expérimentation :

- Une patiente n'est jamais revenue car elle aurait déménagé ;
- L'autre patient a une adhésion au traitement compliquée et le lien pharmacien-patient n'a pas pu se créer dans le cadre du TUA.

Pour cette interlocutrice et son équipe, les guides étaient bien expliqués et illustrés. Toutefois, il est possible que les patients peuvent trouver le logo AddictLim rebutant.

Même s'il était facile d'aborder le sujet avec le patient, il a pu être difficile de mener l'expérimentation car cela touche un nombre très limité de patients et le suivi du patient est compliqué.

III.4.3.3 Officines n'ayant pas pu recruter de patients

Il y a eu 4 officines sur 10 qui n'ont pas pu recruter de patients.

Les entretiens sont disponibles en **Annexe 14**.

Ces interlocuteurs et leurs équipes ont un ressenti similaire vis-à-vis de ces guides. Ils sont simples pour les patients, complets et bien construits.

Les difficultés qui ont empêché de mener à bien l'expérimentation sont multiples :

- Un refus du titulaire ;
- Un manque de patients suite à un transfert d'officine ;
- L'approche à adopter pour amener l'expérimentation avec un certain malaise vis-à-vis des médicaments prescrits dans le cadre des TUA.



Hormis pour un patient à qui l'expérimentation a été présentée mais qui avait peur d'être stigmatisé et donc n'a pas voulu participer, ces outils n'ont pas permis d'échanger avec les patients.

De plus, il n'y a pas eu de suggestion d'amélioration des guides.

Selon ces interlocuteurs, des patients auraient pu être concernés par l'expérimentation. Cependant, elle peut paraître intrusive car cela peut les confronter avec leur alcoolisme et toucher à la dignité de la personne qui fait déjà l'effort d'être dans un schéma de soin.

L'un d'entre eux a précisé que l'alcool est l'addiction la plus difficile à évoquer en raison d'une certaine représentation sociale de l'alcoolique (en particulier chez les femmes) que l'on peut avoir, et il est difficile de créer le lien pour accompagner le patient. Au final, ces guides ne sont peut être pas une mauvaise idée mais deux questions subsistent :

- Le pharmacien est-il vraiment identifié comme professionnel de santé apte à discuter de cette problématique auprès des patients ?
- Faut-il plusieurs interlocuteurs pour discuter de cette problématique ?

III.5. Discussion des résultats

III.5.1. Questionnaires d'évaluation patients

❖ Nombre de patients suivi jusqu'au terme de l'expérimentation :

Malgré un travail de motivation et de facilitation de ce questionnaire pour les patients, il est décevant de constater le faible nombre de personnes recrutées.

Ce manque de résultats s'explique en partie du fait de la difficulté de la prise en charge pour les TUA comme nous l'avons dit (*cf I.4.1 Objectif thérapeutique : abstinence ou réduction de consommation*). On peut quand même constater que les patients ont tendance à avoir un objectif thérapeutique en faveur d'une réduction de consommation d'alcool plutôt que de maintien de l'abstinence (19 guides distribués pour le Nalméfène et le Baclofène vs. 6 guides pour l'Acamprosate, la Naltrexone et le Disulfirame).

Il est d'ailleurs intéressant de souligner que deux patients avaient un traitement dans le cadre de maintien de l'abstinence et ont maintenant un médicament dans le cadre de la réduction de consommation. Cela est important car comme nous l'avons dit (*cf I.4.1 Objectif thérapeutique : abstinence ou réduction de consommation*), l'abstinence n'est pas toujours un objectif souhaité, acceptable ou réaliste pour de nombreux patients dépendants à l'alcool, et la réduction de consommation permet de proposer un nouveau choix thérapeutique aux patients.

❖ Répartition des sexes : Il n'est pas surprenant de retrouver dans ces résultats une proportion plus importante de TUA chez les hommes que les femmes. Comme nous l'avons souligné, les hommes consomment de l'alcool plus fréquemment et de manière plus importante que les femmes (10). De plus, en 2012, environ 2/3 des patients accueillis pour une pathologie liée à l'alcool en psychiatrie en France étaient des hommes (73).



- ❖ Moyenne et médiane d'âge : De même que pour la répartition des sexes, la distribution des âges est relativement représentative des patients accueillis en psychiatrie pour alcoolo-dépendance, puisque la moyenne d'âge de prise en charge était en 2012 de 48,2 ans (73).

- ❖ Tendances communes aux cinq questionnaires :

Hormis pour le SELINCRO® et peut être le Baclofène qui disposent d'un nombre de patients suffisamment élevés de retours patients, il est difficile d'interpréter les résultats de chaque médicament isolément.

De manière générale, ces guides n'ont pas besoin d'être modifiés puisqu'ils semblent bien construits et suffisamment compréhensibles pour être distribués tels quels par la suite.

III.5.2. Entretiens de fin d'expérimentation avec les interlocuteurs

Il est un peu décevant de constater que seules cinq des dix officines ayant participé à l'expérimentation ont obtenu des retours d'évaluation des patients. Néanmoins, un des objectifs de l'expérimentation est atteint car toutes les officines ayant reçu un protocole d'expérimentation s'accordent pour dire que ces guides sont pertinents, complets et bien construits.

De manière générale, les entretiens avec les interlocuteurs rapportent que la participation du patient par le biais d'un questionnaire à emporter puis à ramener est une des raisons pour lesquelles l'expérimentation manque de résultats. En effet, cela implique un suivi qu'il n'est pas forcément prêt à recevoir, d'autant plus que cela peut se passer avec un interlocuteur différent d'une fois à l'autre. Aussi, il est difficile de faire comprendre au patient que sa participation permet d'améliorer un outil alors qu'il peut simplement vouloir récupérer son médicament, sans que l'on aborde une nouvelle fois sa maladie.

III.5.2.1 Officines ayant pu recruter des patients et ayant eu des retours

Pour ces officines, ces guides peuvent être un réel moyen d'échanges avec le patient dans le but d'améliorer la compréhension du médicament et donc l'adhésion au traitement. Ces échanges se déroulent au comptoir car il est compliqué de proposer d'aller dans un espace plus confidentiel. En effet, les professionnels de santé ont parfois du mal à échanger sur des domaines comme l'addictologie et plus particulièrement en alcoologie. Ce frein est d'autant présent lorsqu'un nombre important de patients attend dans l'officine.

Enfin, il faut faire attention aux informations et conseils nécessaires au bon usage du médicament qui sont transmis, en particulier lors de la délivrance de Baclofène qui est un médicament ayant une AMM dans le TUA mais aussi dans les contractures spastiques, domaine différent de l'addictologie et qui peut être la source d'une confusion au comptoir.

III.5.2.2 Officine ayant seulement pu recruter des patients sans retours

Cette officine n'a pas pu récupérer l'un des deux guides qui ont été distribués à cause d'un déménagement qui est un facteur sur lequel il n'y avait pas de moyen d'action. L'autre

patient, quant à lui, n'est jamais revenu. Cela pose la question de la posture à adopter avec les patients, mais également du meilleur moment pour établir un lien de confiance.

III.5.2.3 Officines n'ayant pas pu recruter de patients

Ces officines qui n'ont pas pu recruter de patients traduisent la complexité d'une expérimentation en addictologie, d'autant plus avec l'alcool.

D'un côté, il y a des officines qui n'ont pas de TUA parmi leurs patients, mais d'un autre côté, c'est aussi un domaine compliqué à aborder. Cela peut être de la prudence pour ne pas brusquer le patient ou un sentiment de malaise vis-à-vis de la problématique alcool, mais en tous les cas, cela traduit le manque d'accompagnement sur cette problématique à l'officine.

III.6. Biais et limites

III.6.1. Biais

❖ Biais concernant ma double participation à l'expérimentation dans mon officine :

Mes retours peuvent être biaisés par rapport aux autres officines car :

- Mon investissement et ma motivation pour ce projet me permettait d'aborder le sujet facilement avec les patients ;
- Dans mon officine, l'expérimentation a été principalement développée par moi-même car le reste de l'équipe me « renvoyait » les patients concernés à leur entrée. Je n'ai donc pas eu l'occasion de voir comment les autres membres de l'équipe auraient pu mener cette expérimentation.

❖ Biais concernant les patients :

Il existe un biais de participation des patients à cette expérimentation qui ont parfois simplement voulu « faire plaisir » à l'étudiant qui réalise un travail dessus. En temps normal, peut être qu'il y aurait moins d'engouement et de besoin pour un tel outil.

De plus, la notation des guides par les patients qui dans l'ensemble est plutôt très positive, fait émerger deux inquiétudes :

- Les patients les plus réceptifs pour accepter l'expérimentation sont sûrement les plus bienveillants vis-à-vis de la notation qui a été effectuée.
- Il est possible que ces patients n'aient pas réellement compris leurs guides et qu'ils n'aient pas osés en discuter avec leur pharmacien.

❖ Biais concernant les pharmaciens qui ont participé à l'expérimentation :

Les pharmaciens recrutés pour mener l'expérimentation ont été choisis parmi les personnes de mon entourage (étudiants de ma promotion, intervenants à la faculté), et qui étaient motivés pour s'investir dans ce travail. Il y aurait probablement eu moins de guides distribués en dehors d'une telle expérimentation.



III.6.2. Limites :

Comme il a été dit à plusieurs reprises, les limites de cette expérimentation sont multiples :

- Il y a peu de pharmacies impliquées et de patients inclus ;
- Il est difficile de récupérer des questionnaires sans être insistant et brusquer le patient ;
- Il est plus compliqué d'en parler aux patients quand la pharmacie est remplie (moment moins propice à la discussion et à l'échange) ;
- Le domaine de l'addictologie et en particulier de la substance alcool est à manier avec précaution, et en tant que professionnels de santé nous devrions pouvoir l'aborder avec plus de facilités.

III.6.3. Perspectives

Certaines modifications pourraient être apportées à ces guides afin qu'il puissent être utiles au plus grand nombre de patients.

❖ Élaboration d'une plaquette plus synthétique :

Il faudrait évaluer de manière spécifique et objective la compréhension des informations contenues dans le guide par les patients.

Une remarque a été faite sur une possible fiche plus courte pour le patient, qui serait moins asphyxiante et plus synthétique pour le patient.

L'idée est que ces guides soient distribués au plus grand nombre, afin que tous les patients aient accès à la même information et puissent maximiser leur thérapeutique médicamenteuse.

❖ Intégration de ces plaquettes dans le cadre d'un suivi officinal :

On pourrait dans un premier temps voir si le patient présente une réelle demande d'en savoir plus sur son traitement du TUA en utilisant une échelle visuelle analogique.

Par la suite il faudrait mener des entretiens à l'aide de ces supports pour voir ce qu'il en retient sur le moment, à 1 mois et 6 mois après et ce que le guide lui apporte dans la vie de tous les jours.

❖ Adaptation de ces plaquettes aux structures spécialisées en addictologie :

Une idée qui m'avait été évoquée, serait de modifier légèrement le guide afin qu'il puisse être directement distribué dans un service d'addictologie, en consultation ou en hospitalisation, pour que le prescripteur en ait connaissance et que par la suite le pharmacien renforce les informations abordées. Pour que ce travail puisse perdurer, c'est une voie d'amélioration à ne pas négliger et qui pourrait renforcer la coopération entre professionnels de santé en addictologie, autour du patient.



Conclusion

Ce travail a permis d'obtenir un support papier qui complète l'acte de dispensation pharmaceutique en donnant une information accessible et identique aux patients ayant un trouble de l'usage d'alcool.

Même si les patients ne se servent pas de l'intégralité des informations qu'il contient, cet outil peut être le moyen d'établir une relation avec le pharmacien et de renforcer l'accompagnement pharmaceutique.

Il reste encore du travail à effectuer sur la différence entre ce que nous, les professionnels de santé, croyons utile comme information à apporter au patient, et ce dont il a réellement besoin pour avancer dans sa maladie.

Néanmoins, je pense réellement que ce type d'outil :

- Peut représenter un support de dialogue entre le pharmacien et son patient, favorisant le lien et remplaçant le pharmacien en tant que professionnel du médicament et de santé ;
- Permet d'apporter de l'information et ainsi d'optimiser la prise en charge médicamenteuse des TUA, à l'heure où les patients aiment de plus en plus comprendre leurs pathologies et que nous les accompagnons dans leurs maladies.

L'addictologie, qui est un domaine où la souffrance du patient est omniprésente, suppose que nous devons appréhender le patient avec une approche empathique, qui parfois peut être difficile à avoir en raison de nos représentations ou même de nos expériences personnelles.

Au final, le pharmacien est par son statut d'exercice, le professionnel de santé le plus facilement accessible et qui peut prétendre connaître le patient aussi bien que le médecin traitant. Il est important d'occuper cette fonction avec le plus de respect et de professionnalisme, afin que le patient se sente écouté et compris.

Cette démarche d'expérimentation n'aura pas la prétention de révolutionner la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool à l'officine, mais elle représente une des pistes qui peut nous permettre de mieux accompagner les personnes ayant un trouble de l'usage d'une substance et en particulier de l'alcool.



Références bibliographiques

1. Legifrance. Article 38 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
2. Effervesciences. L'alcool et l'histoire, une fascinante saga. [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.effervesciences.com/addictions-l%27alcool-et-l-histoire.html>
3. Villard P. Ivresses dans l'Antiquité classique. Histoire, économie & société. 1988;7(4):443-59.
4. Douville O. De l'ivresse antique, aujourd'hui.... La revue lacanienne. 3 août 2010;n°7(2):77-80.
5. Section genevoise de la Ligue patriotique suisse contre l'alcoolisme. Enseignement antialcoolique dans les écoles primaires et secondaires : supplément à l'éducateur du 3 janvier 1903. [cité 3 juill 2019]; Disponible sur: <https://docplayer.fr/25211277-Enseignement-antialcoolique-dans-les-ecoles-primaires-et-secondaires-supplement-a-l-educateur-du-3-janvier-1903.html>
6. Tsikounas M. « Compte rendu de Bertrand Dargelos, La Lutte antialcoolique en France depuis le XIXe siècle, 2008 » [Internet]. Le Mouvement Social. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <http://mouvement-social.univ-paris1.fr/document.php?id=1585>
7. Bagnol J-M. Édouard Barthe, les parlementaires de l'Hérault et la question du prix du vin durant l'entre-deux-guerres. Annales du Midi [Internet]. 2013 [cité 3 juill 2019];125(281):57-67. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/anami_0003-4398_2013_num_125_281_8459
8. Santé publique France. Dossier thématique alcool. 2 juill 2019 [cité 30 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool>
9. Kopp P. Le coût social des drogues en France. Note 2015-04. 2015;
10. Santé publique France. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°5-6 du 19 février 2019 [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-19-fevrier-2019-n-5-6>
11. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Alcool: évolution des quantités consommées par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur). [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>
12. Public Sénat. De la suppression du vin dans les cantines, à la loi Evin, 2017. [Internet]. [cité 8 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/article/societe/de-la-suppression-du-vin-dans-les-cantines-a-la-loi-evin-la-lutte-contre-l-alcool-en>
13. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie. Que dit la loi ? [Internet]. [cité 8 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.anpaa.asso.fr/sinformer/que-dit-la-loi>
14. Ministère des Solidarités et de la Santé. Synthèse du Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011. [Internet]. [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_plan_addictions_2007_2011.pdf
15. Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 [Internet]. [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_2008-2011-fre.pdf
16. Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 [Internet]. [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_dro

gues_2013-2017_df.pdf

17. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
18. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève. 2010 [Internet]. [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyfr.pdf
19. L'express. Loi Evin : en quoi consiste cet « assouplissement » de la publicité sur l'alcool ? [Internet]. 2015 [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/politique/assemblees/loi-evin-en-quoi-consiste-cet-assouplissement-de-la-publicite-sur-l-alcool_1688538.html
20. PubChem. Représentation de la molécule d'éthanol dans les trois dimensions de l'espace [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/702>
21. Learn Genetics (Université de l'Utah). Comment les drogues peuvent tuer et comment les arrêter. Consulté le 02 Juin 2019. [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/drugskill/?&sa=U&ei=eUMZVOeuLsrgap63gZAN&ved=0CBQQFjAA&usg=AFQjCNEgo47rpgvEQkpm4oGWJ3n5VsT4Zg>
22. Le cerveau à tous les niveaux. Les neurotransmetteurs affectés par les drogues : l'alcool. [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_m/i_03_m_par/i_03_m_par_alcool.html
23. Erowid. La neuropharmacologie de l'alcool éthylique. 2005. [Internet]. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur: https://www.erowid.org/chemicals/alcohol/alcohol_pharmacology1.shtml
24. Hepatoweb. Théories avancées pour expliquer la dépendance à l'alcool. [Internet]. [cité 24 juin 2019]. Disponible sur: https://hepatoweb.com/Alcool_Partie_5.php
25. Nestler EJ. Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience*. 1 nov 2005;8(11):1445-9.
26. Lejoyeux M. Neurobiologie et addictions. Complications de l'alcoolisation aiguë. In: *Addictologie*. 3ème édition. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2017. 560 p.
27. Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. *Ann Pharm Fr. janv 2010;68(1):3-11*.
28. Goullé JP, Guerbet M. Éthanol : pharmacocinétique, métabolisme et méthodes analytiques. Tableau 1, p.6. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. sept 2015;73(5):313-22.
29. LegiPermis. Les records d'alcoolémie sur la route. Consulté le 05 Juillet 2019. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legipermis.com/blog/2014/11/03/record-dalcoolemie-sur-la-route/>
30. Guibé P. La rencontre de l'alcool et du patient - Extrait de « la maladie alcoolique » [Internet]. [appel-arlon](http://www.appel-arlon.net/telech/ANPA_04.pdf). [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: http://www.appel-arlon.net/telech/ANPA_04.pdf
31. Collège national des Universitaires de Psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. 583 p.
32. Lindemann A, Antille V, Clarke S. Troubles cognitifs du patient alcoolodépendant. *Rev Med Suisse*. 2011;7:4.
33. Kuntzer T. Neuropathies nutritionnelles et alcooliques. *Rev Med Suisse*. 2003;1(2436).
34. Centre Hépatobiliaire Paul Brousse. Fibrose et cirrhose hépatique. [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.centre-hepato-biliaire.org/maladies-foie/cirrhose.html>
35. Institut National du Cancer. Alcool et risque de cancers [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Alcool-et-risque-de-cancers>
36. Ameli. Maladies liées à l'alcool [Internet]. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/maladies-liees-alcool>
37. Ndlovu T, van Jaarsveld F, Caleb OJ. French and Mediterranean-style diets:



Contradictions, misconceptions and scientific facts-A review; p9-11. Food Research International. févr 2019;116:840-58.

38. Stockwell and al. Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. mars 2016;77(2):185-98.

39. Paediatr Child Health. Le syndrome d'alcoolisme foetal. [cité 30 oct 2019]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794812/>

40. Alcool Info Service. Alcool et grossesse : Puis-je boire alors que j'allaiter mon enfant ? [Internet]. [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool-et-vous/alcool-grossesse/allaitement-alcool>

41. Société Française d'Alcoologie, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie, European Federation of Addiction Societies. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Vol. 37(1):5-84. 2015.

42. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives. Santé publique France présente les nouvelles recommandations sur l'alimentation, y compris l'alcool, l'activité physique et la sédentarité [Internet]. [cité 7 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/sante-publique-france-presente-nouvelles-recommandations-l'alimentation-y-compris-l'alcool>

43. Santé publique France, Institut National du Cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut National du Cancer [Internet]. [cité 7 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>

44. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Alcool & Santé. Mise à jour du 13 Mars 2016. [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>

45. Heather and al. Initial Preference for Drinking Goal in the Treatment of Alcohol Problems: I. Baseline Differences Between Abstinence and Non-Abstinence Groups. Alcohol & Alcoholism Vol. 45, No. 2, pp. 128–135, 2010.

46. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization. 2004;82(11):858-66:14.

47. Ministère des Solidarités et de la Santé. Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

48. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. L'ANSM octroie une autorisation de mise sur le marché pour une utilisation du baclofène dans l'alcoolodépendance - Communiqué [Internet]. [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/L-ANSM-octroie-une-autorisation-de-mise-sur-le-marche-pour-une-utilisation-du-baclofene-dans-l-alcoolod-dependance-Communique>

49. Haute Autorité de Santé. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf 2019-07-10 16:39:41

50. Ordre National des Pharmaciens. Le code de déontologie des pharmaciens Art R. 4235-48. [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/3723/44024/version/6/file/Code-de-deontologie.pdf>

51. Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française. Rôle du pharmacien [Internet]. [cité 13 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>

52. Programme du Diplôme Inter-Universitaire d'Addictologie Pratique et Thérapeutique (DIUAPT) 2018-2019 [Internet]. Faculté de Médecine de Limoges. [cité 15 mai 2019].

Disponible sur:
https://www.medecine.unilim.fr/?doc=2018/11/Fiche_d_identification_Addicto_2018_2019.pdf

53. Rechercher un DPC [Internet]. Agence Nationale du Développement Professionnel Continu. [cité 13 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/formations-dpc-rechercher-un-dpc>

54. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Annexe 1 : Filière hospitalière de soins. Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

55. Auriacombe M, Serre F, Fatséas M. Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? 2016, 6 : 78-83.

56. Organisation Mondiale de la Santé. Dépendance à l'alcool (6C40.2) [Internet]. Classification internationale des maladies 11ème version. 2019 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fent%2f1580466198>

57. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Annexe 5 : Hôpital de jour addictologique. Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

58. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Missions des CSAPA. Circulaire n°DGS/MC2/2008/19 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

59. Action-sociale. Appartement de coordination thérapeutique (ACT). [Internet]. [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/appartement-de-coordination-therapeutique--a-c-t---165.html>

60. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie. Nos missions [Internet]. [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/qui-sommes-nous/nos-missions>

61. eVidal. Alcool : prise en charge du mésusage - Traitements. [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1503/alcool_prise_en_charge_du_mesusage/prise_en_charge/

62. Health On the Net. Vers une transparence du contenu éditorial sur internet, Certification HONCode [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: http://www.hon.ch/HONcode/Pro/Visitor/visitor_f.html

63. Réseau PIC : Psychiatrie Information Communication [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.reseau-pic.info/>

64. Alcool Info Service [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/>

65. Stop-alcool. Astuces anti-rechute [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.stop-alcool.ch/fr/astuces-anti-rechute-et-plus>

66. Ministère des Solidarités et de la Santé. Résumé des caractéristiques du produit - Acamprosate [Internet]. Base de données publique des médicaments. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=60929194>

67. Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé. Résumé des Caractéristiques du Produit - ANTABUSE® [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <http://bijsluiters.fagg-afmps.be/DownloadLeafletServlet?id=119606>

68. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Acamprosate - Mise à jour du 30 juillet 2018 [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=473

69. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Naltrexone - Mise à jour du 30 juillet 2018 [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=473

70. Ministère des Solidarités et de la Santé. Résumé des caractéristiques du produit -



- Nalméfène [Internet]. Base de données publique des médicaments. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=63957761#>
71. Ministère des Solidarités et de la Santé. Résumé des caractéristiques du produit - Baclofène [Internet]. Base de données publique des médicaments. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=64073783>
72. Ministère des Solidarités et de la Santé. Résumé des caractéristiques du produit - Naltrexone [Internet]. Base de données publique des médicaments. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=60370919>
73. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. 7 juill 2015;(24-25).



Annexes

Annexe 1. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte	96
Annexe 2. AUDIT-C (forme raccourcie du questionnaire de repérage AUDIT)	98
Annexe 3. Guides médicaments à destination des patients	99
Annexe 4. Page d'introduction.....	119
Annexe 5. Guide pharmacien	121
Annexe 6. Feuille d'explication + Questionnaire patient.....	134
Annexe 7. Feuille de traçabilité de l'expérimentation	136
Annexe 8. Date de début et de fin d'expérimentation	137
Annexe 9. Durée d'expérimentation dans les officines	138
Annexe 10. Recrutement des interlocuteurs et des pharmacies	139
Annexe 11. Réponses aux questionnaires d'évaluation patient	140
Annexe 12. Entretiens de fin d'expérimentation avec les officines ayant pu recruter des patients et ayant eu des retours	147
Annexe 13. Entretiens de fin d'expérimentation avec l'officine ayant pu recruter des patients et n'ayant pas pu avoir de retour	150
Annexe 14. Entretiens de fin d'expérimentation avec les officines n'ayant pas pu recruter de patients	152

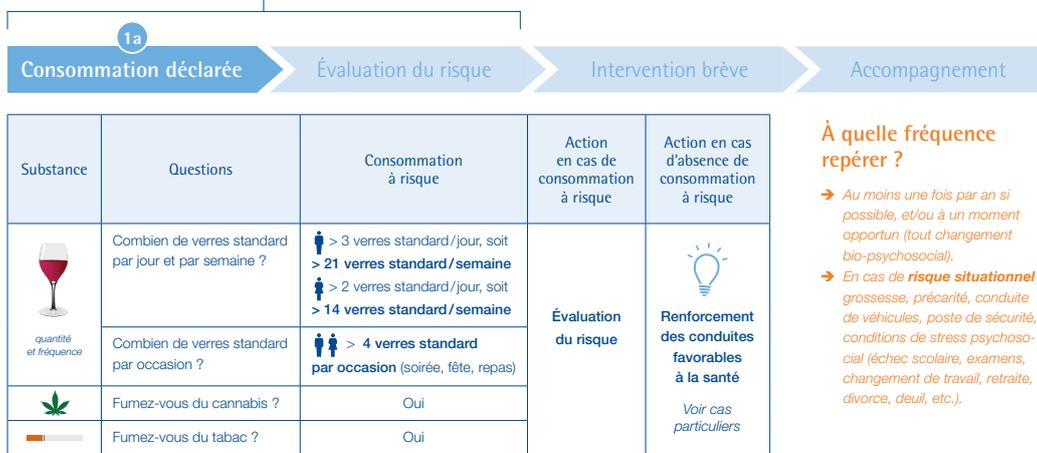


Annexe 1. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France.
Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel** : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente.
De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'[Inpes](#) et de la [Fédération Addiction](#).

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score** :
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score** :
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score** :
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score** :
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score** :

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)

Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 ; renforcement des conduites favorables à la santé

Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 ; intervention brève

Dépendance probable : H et F plus de 8 ; proposer une consultation d'addictologie

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture expresse, ivresse aiguë) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse



[Inpes.fr](#)



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :

10 cl de vin à 12°, 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alco-pops-prémix]), 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages



- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.



Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

DROGUES INFO SERVICE
 Pour en savoir plus

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
 « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI OUI

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.
 Si oui :

- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »

tabac-info-service.fr
 Pour en savoir plus

REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer** avec le consommateur ses **risques personnels** et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.

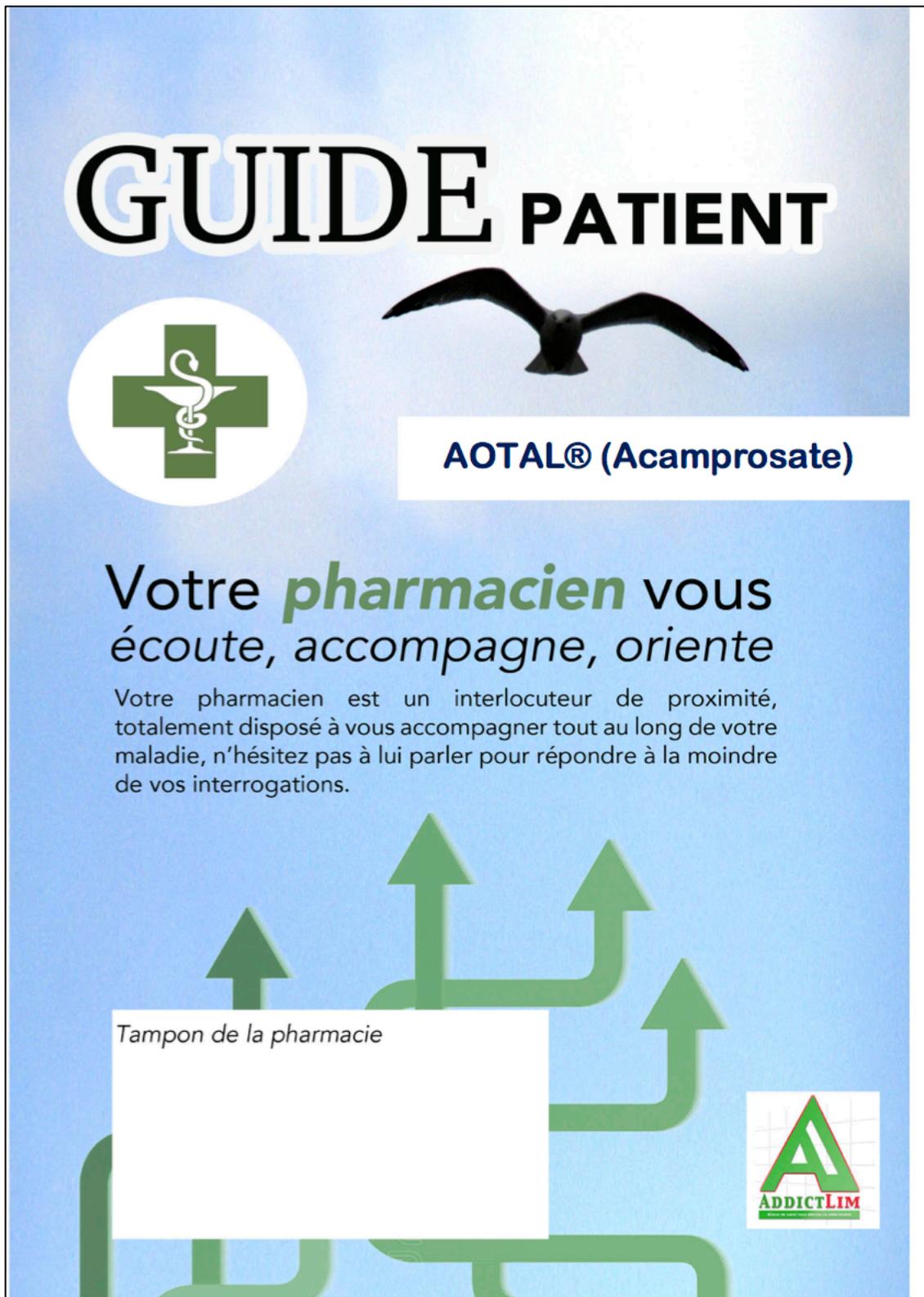


Annexe 2. AUDIT-C (forme raccourcie du questionnaire de repérage AUDIT)

J'évalue périodiquement la consommation d'alcool (AUDIT-C)		
Sur l'année écoulée (nombre de points attribués entre parenthèses) :		
• Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?		
<input type="checkbox"/> Jamais (0)	<input type="checkbox"/> 1 fois par mois (1)	<input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois (2)
<input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par semaine (3)	<input type="checkbox"/> 4 fois ou plus par semaine (4)	
• Combien de verres-standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?		
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 (0)	<input type="checkbox"/> 3 ou 4 (1)	<input type="checkbox"/> 5 ou 6 (2)
<input type="checkbox"/> 7 à 9 (3)	<input type="checkbox"/> 10 ou plus (4)	
• Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres-standard ou plus ?		
<input type="checkbox"/> Jamais (0)	<input type="checkbox"/> Moins de 1 fois par mois (1)	<input type="checkbox"/> 1 fois par mois (2)
<input type="checkbox"/> 1 fois par semaine (3)	<input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque (4)	
→ Mésusage probable : score ≥ 4 chez l'homme et ≥ 3 chez la femme.		
→ Dépendance probable : score ≥ 10 quel que soit le sexe.		

Société Française d'Alcoologie, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, European Federation of Addiction Societies. Memento pratique pour la médecine générale. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. p61.





Guide patient Acamprosate AOTAL® : première page



Qu'est-ce que AOTAL® (Acamprosate) et comment peut-il vous aider ?

- La substance active de l'AOTAL® est l'Acamprosate.
- L'AOTAL® est un médicament utilisé pour maintenir votre abstinence à l'alcool. La prise de ce traitement est complémentaire à un suivi psychologique.
- Ce médicament permet de diminuer l'envie de consommer de l'alcool.

Quand et comment prendre l'AOTAL® (Acamprosate) ?

- La posologie est stricte, individuelle et est fixée par votre médecin.
- Dans votre cas, elle est de :
 - La prise se fait à heure fixe avec un grand verre d'eau.
 - Le comprimé doit être avalé entier, sans l'écraser ou le couper.
 - Si vous ne ressentez pas d'inconfort digestif, la prise du médicament doit se faire de préférence à distance des repas.

Dans quels cas être prudent avec l'AOTAL® (Acamprosate) ?

- Si vous prenez d'autres substances psychoactives en dehors de l'alcool.
- Si vous envisagez une grossesse ou si vous envisagez d'allaiter votre enfant.
- Si vous avez un problème de fonctionnement du rein.

Quels sont les effets indésirables que vous pourriez avoir en prenant l'AOTAL® (Acamprosate) ?

- La prise d'un médicament expose l'organisme à des effets dits indésirables (ou secondaires). Ils peuvent être différents d'une personne à l'autre, et peuvent aussi ne jamais apparaître.
- Avec l'Acamprosate, ils sont généralement peu graves (diarrhées principalement), surviennent principalement en début de traitement et régressent spontanément.
- Le plus souvent, une adaptation de posologie ou un traitement correcteur (après avis médical) permet de les corriger.
- Si vous pensez que le médicament vous procure une gêne, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin qui décideront de la meilleure conduite à tenir.



Que-faire si j'ai oublié de prendre AOTAL® (Acamprosate) ?

- Si le retard est de moins de 2 heures : prendre le médicament.
- Au-delà de 2 heures, sauter la prise et prendre la quantité prescrite la fois suivante : ne doublez jamais les doses pour compenser l'oubli d'une prise.

Que-faire si j'ai pris une trop grande quantité d'AOTAL® (Acamprosate) ?

- Une quantité trop élevée peut entraîner des effets indésirables.
- Avec l'AOTAL®, un surdosage aigu est habituellement bénin (diarrhées) et nécessite un traitement symptomatique. Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que-faire si je ressens quand même l'envie de consommer ?

- L'envie de consommer de l'alcool malgré la prise de votre traitement peut arriver.

Des moyens pour contrôler vos envies existent :

- Des activités physiques (marché, courir, ...), manuelles (peinture, sculpture...), musicales (jouer d'un instrument, écouter de la musique, ...), des techniques de relaxation (respiration, application smartphone de relaxation, ...).

- Des astuces anti-rechute simples et pratiques peuvent être regardées sur : <https://www.stop-alcool.ch/astuces-anti-rechute-et-plus>

• Si vous n'arrivez pas à contrôler ces envies, vous pouvez éventuellement contacter un professionnel de santé qui vous suit pour votre addiction (médecin, pharmacien...).

• Ou en parler avec un conseiller d'Alcool Info Service : <http://www.alcool-info-service.fr> ou 0 980 980 930 (7J/7 entre 8h-2h, appel non surtaxé).

Que-faire si j'ai reconsommé de l'alcool alors que je prenais mon traitement correctement ?

- Le traitement peut se maintenir même si vous avez consommé de l'alcool.
- N'oubliez pas que le traitement vous aide à maintenir votre abstinence mais qu'une rechute est possible et n'est pas synonyme d'échec. Il est important de reprendre contact avec votre médecin pour refaire le point sur votre traitement.

Guide patient Acamprosate AOTAL® : troisième page





Je ne dois pas prendre mon traitement si je suis enceinte (ou si je prévois de l'être).

FAUX : Ce dernier peut être utilisé pendant la grossesse mais nécessite un avis médical. Vous ne devez cependant pas allaiter en prenant ce médicament. Si vous êtes enceinte (ou si vous l'envisagez) ou allaitante, parlez-en avec votre médecin ou avec votre pharmacien.

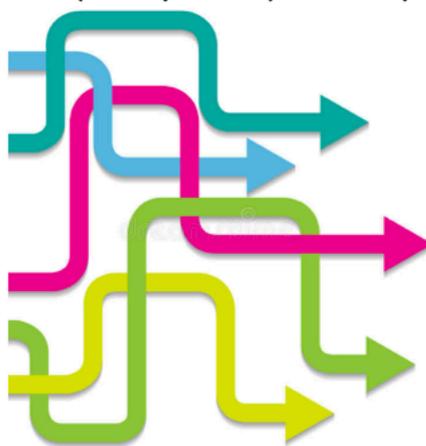
Je peux conduire mon véhicule et utiliser des machines sans précautions particulières en prenant l'Acamprosate.

VRAI : La prise d'Acamprosate n'a aucun effet sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

Je peux stocker l'AOTAL® (Acamprosate) dans n'importe quel endroit de la maison.

FAUX : De manière générale, tous vos médicaments doivent être stockés dans un endroit sécurisé (en hauteur, à l'écart des enfants), à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité.

Je peux prendre d'autres médicaments en dehors de l'AOTAL® (Acamprosate) sans risque pour ma santé.



FAUX : Si vous souhaitez prendre pour la première fois un autre médicament, il est conseillé de demander au préalable l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin. Par exemple, certains médicaments peuvent contenir de l'alcool, votre professionnel vous conseillera un médicament plus approprié.

Je risque d'être dépendant à l'AOTAL®.

FAUX : Il n'existe pas de risque de dépendance à ce médicament.



GUIDE PATIENT



REVIA® (Naltrexone)

Votre *pharmacien* vous écoute, accompagne, oriente

Votre pharmacien est un interlocuteur de proximité, totalement disposé à vous accompagner tout au long de votre maladie, n'hésitez pas à lui parler pour répondre à la moindre de vos interrogations.

Tampon de la pharmacie



Guide patient Naltrexone REVIA® : première page





Qu'est-ce que REVIA® (Naltrexone) et comment peut-il vous aider ?

- La substance active du REVIA® est la Naltrexone.
- Le REVIA® est un médicament utilisé pour maintenir votre abstinence à l'alcool. La prise de ce traitement est complémentaire à un suivi psychologique.
- Ce médicament permet de diminuer l'envie de consommer de l'alcool.

Quand et comment prendre REVIA® (Naltrexone) ?

- La posologie est stricte, individuelle et est fixée par votre médecin.
- Dans votre cas, elle est de :

- La prise se fait à heure fixe avec un grand verre d'eau.

Dans quels cas être prudent avec REVIA® (Naltrexone) ?

- Si vous avez reconsumé de l'alcool ou si vous prenez d'autres substances psychoactives en dehors de l'alcool.
- Si vous envisagez une grossesse ou si vous envisagez d'allaiter votre enfant.
- Si vous prenez des médicaments morphiniques (comme par exemple des antidouleurs à base de codéine ou de tramadol, ou encore des médicaments aidant pour la dépendance aux opiacés ...).

Quels sont les effets indésirables que vous pourriez avoir en prenant REVIA® (Naltrexone) ?

- La prise d'un médicament expose l'organisme à des effets dits indésirables (ou secondaires). Ils peuvent être différents d'une personne à l'autre, et peuvent aussi ne jamais apparaître.
- Avec la Naltrexone, ils sont généralement peu graves (nausées, vomissements, insomnie, impatience, douleurs articulaires ou musculaires), surviennent parfois en début de traitement et régressent spontanément au cours du traitement (maux de tête, nervosité, anxiété).
- Si vous pensez que le médicament vous procure une gêne, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin qui décideront de la meilleure conduite à tenir.

Guide patient Naltrexone REVIA® : deuxième page



Que-faire si j'ai oublié de prendre REVIA® (Naltrexone) ?

- Si le retard est de moins de 2 heures : prendre le médicament.
- Au-delà de 2 heures, sauter la prise et prendre la quantité prescrite la fois suivante : ne doublez jamais les doses pour compenser l'oubli d'une prise.

Que-faire si j'ai pris une trop grande quantité de REVIA® (Naltrexone) ?

- Une quantité trop élevée de REVIA® n'augmenterait pas sa toxicité.
- Il se peut néanmoins qu'une trop grande quantité de REVIA® puisse entraîner des effets indésirables. Parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien.

Que-faire si je ressens quand même l'envie de consommer ?

- L'envie de consommer de l'alcool malgré la prise de votre traitement peut arriver.

Des moyens pour contrôler vos envies existent :

- Des activités physiques (marché, courir, ...), manuelles (peinture, sculpture...), musicales (jouer d'un instrument, écouter de la musique, ...), des techniques de relaxation (respiration, application smartphone de relaxation, ...).

- Des astuces anti-rechute simples et pratiques peuvent être regardées sur : <https://www.stop-alcool.ch/astuces-anti-rechute-et-plus>

• Si vous n'arrivez pas à contrôler ces envies, vous pouvez éventuellement contacter un professionnel de santé qui vous suit pour votre addiction (médecin, pharmacien...).

• Ou en parler avec un conseiller d'Alcool Info Service : <http://www.alcool-info-service.fr> ou 0 980 980 930 (7J/7 entre 8h-2h, appel non surtaxé).

Que-faire si j'ai reconsommé de l'alcool alors que je prenais mon traitement correctement ?

- Le traitement peut se maintenir même si vous avez consommé de l'alcool.
- N'oubliez pas que le traitement vous aide à maintenir votre abstinence mais qu'une rechute est possible et n'est pas synonyme d'échec. Il est important de reprendre contact avec votre médecin pour refaire le point sur votre traitement.





Je ne dois pas prendre mon traitement si je suis enceinte (ou si je prévois de l'être).

FAUX : À ce jour, aucune étude n'a mis en évidence un effet délétère pour l'enfant à naître ou allaité sous Naltrexone. Ce dernier peut être utilisé après avis médical si vous ne pouvez pas vous abstenir de consommer d'alcool sans ce traitement.

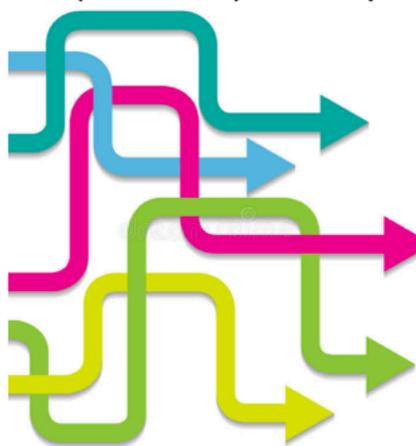
Je peux conduire mon véhicule et utiliser des machines sans précautions particulières en prenant Naltrexone.

FAUX : La prise de Naltrexone peut induire une baisse de vigilance. Vous devez être prudent si vous devez conduire des véhicules et/ou utiliser des machines.

Je peux stocker REVIA® (Naltrexone) dans n'importe quel endroit de la maison.

FAUX : De manière générale, tous vos médicaments doivent être stockés dans un endroit sécurisé (en hauteur, à l'écart des enfants), à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité.

Je peux prendre d'autres médicaments en dehors de REVIA® (Naltrexone) sans risque pour ma santé.



FAUX : Si vous souhaitez prendre pour la première fois un autre médicament, il est conseillé de demander au préalable l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin. Par exemple, certains médicaments peuvent contenir de l'alcool, votre professionnel vous conseillera un médicament plus approprié.

Je risque d'être dépendant au REVIA®.

FAUX : Il n'existe pas de risque de dépendance à ce médicament.

Guide patient Naltrexone REVIA® : quatrième page

GUIDE PATIENT



ESPERAL® (Disulfirame)

Votre *pharmacien* vous écoute, accompagne, oriente

Votre pharmacien est un interlocuteur de proximité, totalement disposé à vous accompagner tout au long de votre maladie, n'hésitez pas à lui parler pour répondre à la moindre de vos interrogations.

Tampon de la pharmacie



Guide patient Disulfirame ESPERAL® : première page



Qu'est-ce que ESPERAL® (Disulfirame) et comment peut-il vous aider ?

- La substance active de l'ESPERAL® est le Disulfirame.
- L'ESPERAL® est un médicament utilisé pour maintenir votre abstinence à l'alcool. La prise de ce traitement est complémentaire à un suivi psychologique.
- Ce médicament permet de rendre la consommation d'alcool déplaisante.

Quand et comment prendre ESPERAL® (Disulfirame) ?

- La posologie est stricte, individuelle et est fixée par votre médecin.
- Dans votre cas, elle est de :

- La prise se fait avec un demi-verre d'eau, le matin au petit-déjeuner après une abstinence d'alcool d'au moins 24 heures.

Dans quels cas être prudent avec ESPERAL® (Disulfirame) ?

- Si vous avez consommé de l'alcool ou prenez d'autres substances psychoactives en dehors de l'alcool.
- Si vous envisagez une grossesse ou si vous envisagez d'allaiter votre enfant.
- Si vous avez des problèmes au niveau du cœur, des vaisseaux sanguins, du foie, du rein et au niveau du cerveau.
- Si vous êtes diabétique.

Quels sont les effets indésirables que vous pourriez avoir en prenant ESPERAL® (Disulfirame) ?

- La prise d'un médicament expose l'organisme à des effets dits indésirables (ou secondaires). Ils peuvent être différents d'une personne à l'autre, et peuvent aussi ne jamais apparaître.
- Avec le Disulfirame, ils sont généralement peu graves (céphalées, fatigue), mais peuvent parfois être très dangereux, notamment au niveau du foie.
- Si vous pensez que le médicament vous procure une gêne, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin qui décideront de la meilleure conduite à tenir.

Guide patient Disulfirame ESPERAL® : deuxième page



Que-faire si j'ai oublié de prendre ESPERAL® (Disulfirame) ?

- Prenez le comprimé suivant à l'heure habituelle sans doubler la dose.

Que-faire si j'ai pris une trop grande quantité d'ESPERAL® (Disulfirame) ?

- Une quantité trop élevée d'ESPERAL® peut entraîner des atteintes neurologiques graves. Parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien.

Que-faire si je ressens quand même l'envie de consommer ?

- L'envie de consommer de l'alcool malgré la prise de votre traitement peut arriver.
- **Des moyens pour contrôler vos envies existent :**
 - Des activités physiques (marché, courir, ...), manuelles (peinture, sculpture...), musicales (jouer d'un instrument, écouter de la musique, ...), des techniques de relaxation (respiration, application smartphone de relaxation, ...).
 - Des astuces anti-rechute simples et pratiques peuvent être regardées sur : <https://www.stop-alcool.ch/astuces-anti-rechute-et-plus>
- Si vous n'arrivez pas à contrôler ces envies, vous pouvez éventuellement contacter un professionnel de santé qui vous suit pour votre addiction (médecin, pharmacien...).
- Ou en parler avec un conseiller d'Alcool Info Service : <http://www.alcool-info-service.fr> ou 0 980 980 930 (7J/7 entre 8h-2h, appel non surtaxé).

Que-faire si j'ai reconsommé de l'alcool alors que je prenais mon traitement correctement ?

- L'association Disulfirame-alcool (même pour de très petites quantités d'alcool) est potentiellement très dangereuse.
- Une réaction grave (dit effet antabuse) peut apparaître et conduire à l'apparition de bouffées de chaleur, de nausées, de vomissements, d'une sensation de malaise, d'augmentation de la fréquence cardiaque ou d'une baisse de tension.
- La consommation d'alcool est contre-indiquée jusqu'à 2 semaines après un arrêt de votre médicament. Si vous avez consommé de l'alcool alors que vous avez pris récemment votre traitement, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Guide patient Disulfirame ESPERAL® : troisième page





Je ne dois pas prendre mon traitement si je suis enceinte (ou si je prévois de l'être).

VRAI – ATTENTION : La consommation d'alcool, même pour de très petites quantités, en présence du Disulfirame, peut être très dangereuse pour le fœtus. Le traitement par Disulfirame est déconseillé pendant la grossesse (en cours ou prévue) et l'allaitement. Parlez-en avec votre médecin ou avec votre pharmacien.

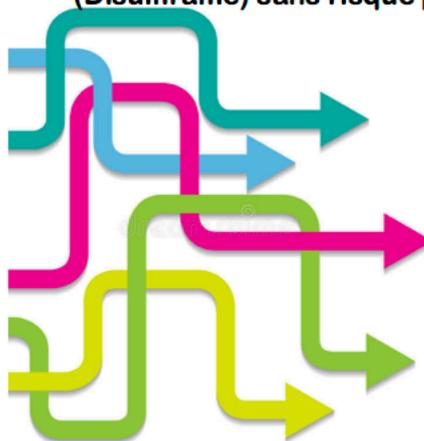
Je peux conduire mon véhicule et utiliser des machines sans précautions particulières en prenant le Disulfirame.

FAUX : La prise de Disulfirame peut induire une somnolence en début de traitement. Vous devez être prudent si vous devez conduire des véhicules et/ou utiliser des machines.

Je peux stocker ESPERAL® (Disulfirame) dans n'importe quel endroit de la maison.

FAUX : De manière générale, tous vos médicaments doivent être stockés dans un endroit sécurisé (en hauteur, à l'écart des enfants), à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité.

Je peux prendre d'autres médicaments en dehors de l'ESPERAL® (Disulfirame) sans risque pour ma santé.



FAUX : Si vous souhaitez prendre pour la première fois un autre médicament, il est conseillé de demander au préalable l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin. Par exemple, certains médicaments peuvent contenir de l'alcool, votre professionnel vous conseillera un médicament plus approprié.

Je risque d'être dépendant à l'ESPERAL®.

FAUX : Il n'existe pas de risque de dépendance à ce médicament.

GUIDE PATIENT



SELINCRO® (Nalméfène)

Votre *pharmacien* vous écoute, accompagne, oriente

Votre pharmacien est un interlocuteur de proximité, totalement disposé à vous accompagner tout au long de votre maladie, n'hésitez pas à lui parler pour répondre à la moindre de vos interrogations.

Tampon de la pharmacie



Guide patient Nalméfène SELINCRO® : première page



Qu'est-ce que SELINCRO® (Nalméfène) et comment peut-il vous aider ?

- La substance active du SELINCRO® est la Nalméfène.
- Le SELINCRO® est un médicament utilisé pour réduire votre consommation. La prise de ce traitement est complémentaire à un suivi psychologique.
- Ce médicament permet de diminuer l'envie de consommer, mais aussi le plaisir ressenti pendant la consommation d'alcool.

Quand et comment prendre SELINCRO® (Nalméfène) ?

- La posologie est stricte, individuelle et est fixée par votre médecin.
- Dans votre cas, elle est de :
 - La prise se fait avec un grand verre d'eau, 1 à 2 heures avant l'heure habituelle où vous avez l'habitude de consommer de l'alcool.
 - Le comprimé doit être avalé entier, sans l'écraser ou le couper.

Dans quels cas être prudent avec SELINCRO® (Nalméfène) ?

- Si vous envisagez une abstinence d'alcool immédiate (risque de syndrome de sevrage).
- Si vous prenez d'autres substances psychoactives en dehors de l'alcool.
- Si vous envisagez une grossesse ou si vous envisagez d'allaiter votre enfant.
- Si vous êtes intolérant au lactose.
- Si vous prenez des médicaments morphiniques (comme par exemple des antidouleurs à base de codéine ou de tramadol, ou encore des médicaments aidant pour la dépendance aux opiacés ...).

Quels sont les effets indésirables que vous pourriez avoir en prenant SELINCRO® (Nalméfène) ?

- La prise d'un médicament expose l'organisme à des effets dits indésirables (ou secondaires). Ils peuvent être différents d'une personne à l'autre, et peuvent aussi ne jamais apparaître.
- Avec la Nalméfène, ils sont généralement peu graves (nausées, sensations vertigineuses, insomnies), surviennent en majorité en début de traitement, régressent spontanément au cours du traitement et sont d'intensité légère à modérée.
- Si vous pensez que le médicament vous procure une gêne, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin qui décideront de la meilleure conduite à tenir.

[Guide patient Nalméfène SELINCRO® : deuxième page](#)



Que-faire si j'ai oublié de prendre SELINCRO® (Nalméfène) ?

- Si vous avez commencé à boire avant d'avoir pris SELINCRO®, prenez un comprimé dès que possible.

Que-faire si j'ai pris une trop grande quantité de SELINCRO® (Nalméfène) ?

- Une quantité trop élevée de SELINCRO® n'augmenterait pas sa toxicité.
- Il se peut néanmoins qu'une trop grande quantité de SELINCRO® puisse entraîner des effets indésirables. Parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien.

Que-faire si je ressens quand même l'envie de consommer ?

- L'envie de consommer de l'alcool malgré la prise de votre traitement peut arriver.

Des moyens pour contrôler vos envies existent :

- Des activités physiques (marché, courir, ...), manuelles (peinture, sculpture...), musicales (jouer d'un instrument, écouter de la musique, ...), des techniques de relaxation (respiration, application smartphone de relaxation, ...).

- Des astuces anti-rechute simples et pratiques peuvent être regardées sur : <https://www.stop-alcool.ch/astuces-anti-rechute-et-plus>

• Si vous n'arrivez pas à contrôler ces envies, vous pouvez éventuellement contacter un professionnel de santé qui vous suit pour votre addiction (médecin, pharmacien...).

• Ou en parler avec un conseiller d'Alcool Info Service : <http://www.alcool-info-service.fr> ou 0 980 980 930 (7J/7 entre 8h-2h, appel non surtaxé).

Que-faire si j'ai reconsommé de l'alcool alors que je prenais mon traitement correctement ?

• Le traitement doit être maintenu lors de la consommation d'alcool. En effet, l'objectif de ce traitement est de diminuer vos quantités d'alcool prises quotidiennement sans arrêter totalement votre consommation.

• N'oubliez pas que ce traitement s'inscrit dans une logique de réduction des risques liés à votre mode de consommation.





Je ne dois pas prendre mon traitement si je suis enceinte (ou si je prévois de l'être) ou si j'allaite.

VRAI – ATTENTION : La consommation d'alcool est dangereuse pour l'enfant à naître et allaité et vous devez autant que possible rester abstinent. À ce jour, aucune étude n'a mis en évidence un effet délétère pour l'enfant à naître ou allaité sous Nalméfène. Cependant, ce médicament n'est pas adapté à votre situation car il est indiqué dans la réduction de consommation. Parlez-en avec votre médecin ou avec votre pharmacien.

Je peux conduire mon véhicule et utiliser des machines sans précautions particulières en prenant le Nalméfène.

FAUX : La prise de Nalméfène peut induire une baisse de vigilance. Vous devez être prudent si vous devez conduire des véhicules et/ou utiliser des machines. Pensez également à ne pas consommer d'alcool lors de ces activités.

Je peux stocker SELINCRO® (Nalméfène) dans n'importe quel endroit de la maison.

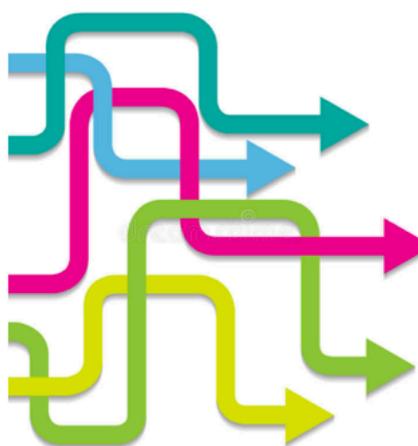
FAUX : De manière générale, tous vos médicaments doivent être stockés dans un endroit sécurisé (en hauteur, à l'écart des enfants), à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité.

Je peux prendre d'autres médicaments en dehors de SELINCRO® (Nalméfène) sans risque pour ma santé.

FAUX : Si vous souhaitez prendre pour la première fois un autre médicament, il est conseillé de demander au préalable l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin. Par exemple, certains médicaments peuvent contenir de l'alcool, votre professionnel vous conseillera un médicament plus approprié.

Je risque d'être dépendant au SELINCRO®.

FAUX : Il n'existe pas de risque de dépendance à ce médicament.



Guide patient Nalméfène SELINCRO® : quatrième page



GUIDE PATIENT



BACLOCUR® (Baclofène)

Votre *pharmacien* vous écoute, accompagne, oriente

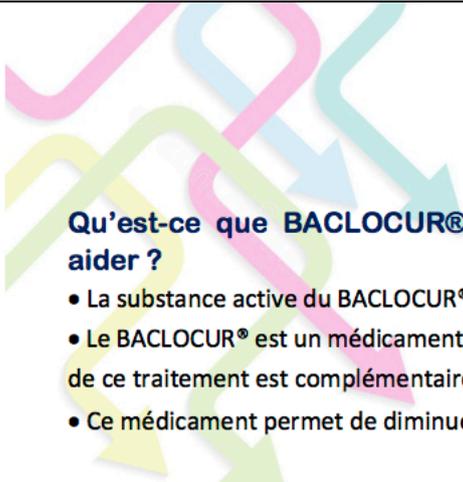
Votre pharmacien est un interlocuteur de proximité, totalement disposé à vous accompagner tout au long de votre maladie, n'hésitez pas à lui parler pour répondre à la moindre de vos interrogations.

Tampon de la pharmacie



Guide patient Baclofène BACLOCUR® : première page





Qu'est-ce que BACLOCUR® (Baclofène) et comment peut-il vous aider ?

- La substance active du BACLOCUR® est le Baclofène.
- Le BACLOCUR® est un médicament utilisé pour réduire votre consommation. La prise de ce traitement est complémentaire à un suivi psychologique.
- Ce médicament permet de diminuer l'envie de consommer de l'alcool.

Quand et comment prendre BACLOCUR® (Baclofène) ?

- La posologie est stricte, individuelle et est fixée par votre médecin.
- Dans votre cas, elle est de :
 - La prise se fait de préférence à heure fixe, réparties en plusieurs prises par jour.

Dans quels cas être prudent avec BACLOCUR® (Baclofène) ?

- Si vous prenez d'autres substances psychoactives en dehors de l'alcool.
- Si vous envisagez une grossesse ou si vous envisagez d'allaiter votre enfant.
- Si vous avez une autre maladie affectant le cerveau.
- Si vous avez une insuffisance d'organe (rein, foie, poumons, cœur).
- Si vous devez arrêter le BACLOCUR®. En effet l'arrêt devra impérativement être progressif (sauf surdosage ou effets indésirables graves nécessitant l'arrêt du traitement). Parlez-en avec votre pharmacien.

Quels sont les effets indésirables que vous pourriez avoir en prenant BACLOCUR® (Baclofène) ?

- La prise d'un médicament expose l'organisme à des effets dits indésirables (ou secondaires). Ils peuvent être différents d'une personne à l'autre, et peuvent aussi ne jamais apparaître.
- Avec le Baclofène, les effets indésirables retrouvés les plus fréquemment sont l'apparition d'une somnolence, de nausées et de fatigue. Des effets beaucoup plus graves peuvent survenir et doivent vous alerter.
- Si vous pensez que le médicament vous procure une gêne, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin qui décideront de la meilleure conduite à tenir.

[Guide patient Baclofène BACLOCUR® : deuxième page](#)



Que-faire si j'ai oublié de prendre BACLOCUR® (Baclofène) ?

- Attendre la prochaine prise sans dépasser la posologie prescrite.

Que-faire si j'ai pris une trop grande quantité de BACLOCUR® (Baclofène) ?

- Une quantité trop élevée de BACLOCUR® peut entraîner l'apparition d'effets indésirables.
- Ils peuvent être peu dangereux, mais parfois provoquer une faiblesse musculaire, des hallucinations, des vertiges, une salivation excessive, des difficultés à respirer voire des convulsions. Parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien.

Que-faire si je ressens quand même l'envie de consommer ?

- L'envie de consommer de l'alcool malgré la prise de votre traitement peut arriver.
- **Des moyens pour contrôler vos envies existent :**
 - Des activités physiques (marché, courir, ...), manuelles (peinture, sculpture...), musicales (jouer d'un instrument, écouter de la musique, ...), des techniques de relaxation (respiration, application smartphone de relaxation, ...).
 - Des astuces anti-rechute simples et pratiques peuvent être regardées sur : <https://www.stop-alcool.ch/astuces-anti-rechute-et-plus>
- Si vous n'arrivez pas à contrôler ces envies, vous pouvez éventuellement contacter un professionnel de santé qui vous suit pour votre addiction (médecin, pharmacien...).
- Ou en parler avec un conseiller d'Alcool Info Service : <http://www.alcool-info-service.fr> ou 0 980 980 930 (7J/7 entre 8h-2h, appel non surtaxé).

Que-faire si j'ai reconsommé de l'alcool alors que je prenais mon traitement correctement ?

- Le traitement doit être maintenu lors de la consommation d'alcool. En effet, l'objectif de ce traitement est de diminuer vos quantités d'alcool prises quotidiennement sans arrêter totalement votre consommation.
- N'oubliez pas que le traitement s'inscrit dans une logique des risques liés à votre mode de consommation.

Guide patient Baclofène BACLOCUR® : troisième page





Je ne dois pas prendre mon traitement si je suis enceinte (ou si je prévois de l'être).

VRAI : Le Baclofène ne doit pas être utilisé chez la femme enceinte, allaitante ou en âge de procréer sans contraception efficace. Des études ont montré un effet néfaste du Baclofène pour l'enfant à naître. De plus, l'effet du Baclofène dans le lait maternel n'est pas très bien connu et doit être évité.

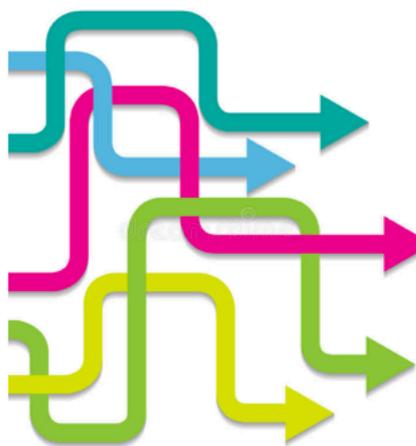
Si vous êtes enceinte (ou prévoyez de l'être), allaitante ou en âge de procréer et sans contraception efficace, parlez-en avec votre médecin ou avec votre pharmacien.

Je peux conduire mon véhicule et utiliser des machines sans précautions particulières en prenant le Baclofène.

FAUX : La prise de Baclofène peut induire une sédation, des vertiges et des troubles visuels. Vous devez être prudent si vous devez conduire des véhicules et/ou utiliser des machines. Pensez également à ne pas consommer d'alcool lors de ces activités.

Je peux stocker BACLOCUR® (Baclofène) dans n'importe quel endroit de la maison.

FAUX : De manière générale, tous vos médicaments doivent être stockés dans un endroit sécurisé (en hauteur, à l'écart des enfants), à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité.



Je peux prendre d'autres médicaments en dehors de BACLOCUR® (Baclofène) sans risque pour ma santé.

FAUX : Si vous souhaitez prendre pour la première fois un autre médicament, il est conseillé de demander au préalable l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin. Par exemple, certains médicaments peuvent contenir de l'alcool, votre professionnel vous conseillera un médicament plus approprié.

Je risque d'être dépendant au BACLOCUR®.

FAUX : Il n'existe pas de risque de dépendance à ce médicament.

Guide patient Baclofène BACLOCUR® : quatrième page



Annexe 4. Page d'introduction

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon expérimentation des guides patient autour de la thérapie médicamenteuse dans la dépendance à l'alcool. Cette dernière fait l'objet de ma thèse d'exercice en vue de l'obtention du diplôme d'État (DE) de Docteur en Pharmacie.

Une fois soutenue, les guides patients concernant les médicaments évoqués dans ce travail seront disponibles auprès d'AddictLim, support du réseau de santé régional ville-hôpital en addictologie.

Votre contribution à ce travail est indispensable pour évaluer la pertinence de ces guides. Vos remarques seront prises en compte pour adapter les guides dans le futur.

Kyllian Lafaye

Pour pouvoir m'aider à la réaliser, vous trouverez ci-joint différents éléments :

Le guide à destination du pharmacien permettant de vous guider dans l'expérimentation. Il comprend :

- **La présentation générale de l'expérimentation**
- **La présentation des guides à destination du patient**
- **La démarche pour conduire l'expérimentation à l'officine**

Des supports pour mener l'expérimentation :

- **Cinq exemplaires de guide patient concernant chaque médicament** utilisé dans les Troubles de l'Usage d'Alcool (TUA)
- **Dix exemplaires de feuille à destination du patient** comprenant l'explication de l'expérimentation ainsi que le questionnaire à retourner à l'officine lors de son prochain passage (Un exemplaire est à distribuer pour chaque patient ayant eu un guide)
- **Un exemplaire de feuille de traçabilité de l'expérimentation**
- Mais aussi un **outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB)** élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) traitant de l'alcool, du cannabis et du tabac chez l'adulte

Page d'introduction : recto



Pour télécharger d'autres guides patient (mot de passe : ALCOOLTHESE),



flashez ce code ou suivez ce lien : <https://ucloud.unilim.fr/public/guidespatient>

Pour télécharger d'autres feuilles patient,



flashez ce code ou suivez ce lien : <https://ucloud.unilim.fr/public/feuillespatient>

En respect du code de la propriété intellectuelle, la diffusion de ce travail, même partielle, en dehors de l'expérimentation, est strictement interdite. Pour toute demande, vous pouvez me contacter à l'adresse e-mail suivante : kylilian.lafaye@etu.unilim.fr

Définition du craving (pour l'alcool) : Envie irrésistible de consommer une substance alors qu'on ne le voudrait pas à ce moment-là. Ce dernier, dans le cadre de l'abstinence, peut conditionner la rechute (1).

Abréviations utilisées dans le document (par ordre alphabétique) :

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

DCI : Dénomination Commune Internationale

HAS : Haute Autorité de Santé

HON : Health On The Net

Loi HPST : Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

RCP : Résumé Caractéristique du Produit

RdRD : Réduction des Risques et des Dommages

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SPA : Substances Psychoactives

TUA : Trouble de l'Usage d'Alcool

Page d'introduction : verso



Sommaire

I. Présentation de l'expérimentation	1
A. Pourquoi proposer ces guides ?	1
B. Objectif	1
II. Comment utiliser les outils ?	1
A. Les médicaments concernés	1
B. Forme du guide	4
C. Contenu	4
III. Démarche pour conduire l'expérimentation officinale	9
IV. Ressources supplémentaires	10
A. Repérage précoce et intervention brève (RPIB)	10
B. Coordonnées de structures et professionnels de santé pouvant intervenir dans le domaine de l'addictologie en Limousin	11
C. Conseils sur la relation au patient	11
D. Actualités sur les médicaments	11
V. Collecte des données (Questionnaire)	11
VI. Références	12



I. Présentation de l'expérimentation

A. Pourquoi proposer ces guides ?

La prise en charge des addictions et en particulier de l'alcool nécessite l'intervention et l'interaction de différents professionnels issus du domaine de la santé (médecin addictologue, médecin traitant, infirmier...) et également du domaine social (assistant de service social, conseiller en économie sociale familiale, ...). Le pharmacien d'officine est un des acteurs du parcours du malade et participe à l'accompagnement des patients dépendants, notamment lors de la dispensation d'un traitement pharmacologique. Il peut également avoir un rôle dans le repérage, l'information, l'orientation ou dans la prévention de la rechute. Ces missions s'inscrivent dans la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (ou loi HPST) du 21 juillet 2009 qui fait mention de nouvelles missions des officines (ou pharmacies de ville). Celles-ci renforcent le rôle des officines au sein du système de santé et donc le rôle du pharmacien dans la prise en charge des patients. Il peut désormais être amené à « proposer des conseils ou des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes » et à « participer aux actions d'accompagnement de patients » (2).

Le succès de la prise en charge d'un patient dépendant requiert que tous les acteurs s'y intéressent et se mobilisent. À l'heure où la coopération entre professionnels de santé est nécessaire, il relève du devoir du pharmacien de s'impliquer dans le domaine de l'addictologie, en particulier dans le Trouble d'Usage d'Alcool (TUA).

B. Objectif

L'objectif de ce travail est d'évaluer la pertinence de guides concernant les médicaments indiqués dans les troubles d'usage d'alcool et à destination du patient avec comme finalités :

- Pour le pharmacien d'officine, d'avoir un support papier rappelant le conseil minimal à transmettre lors de l'acte de dispensation pharmaceutique. Ce support permettra de donner une même information à tous les patients.
- Pour le patient, d'avoir un document simple, pratique et synthétique à garder afin de pouvoir s'y référer si besoin.
- Enfin, l'objectif global est d'optimiser la thérapie médicamenteuse à travers une meilleure compréhension du médicament et de son observance.

II. Comment utiliser les outils ?

A. Les médicaments concernés

Ce travail d'expérimentation concerne les médicaments du maintien de l'abstinence ou de réduction de la consommation ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans la « prise en charge du mésusage d'alcool » (3), à savoir : AOTAL® (Acamprosate), REVIA® (Naltrexone), ESPERAL® (Disulfirame), SELINCRO® (Nalméfène), BACLOCUR® (Baclofène).

On peut les classer en 2 grandes familles suivant l'objectif de la prise en charge (4) :

❖ **Maintien de l'abstinence après sevrage (5), (6) :**

	En première intention		En deuxième intention
Nom	Acamprosate AOTAL® 333 mg	Naltrexone REVIA® 50 mg	Disulfirame ESPERAL® 500 mg
Mécanisme d'action	· Agoniste GABA-A (proche de la taurine) · Antagoniste glutamatergique (récepteurs NMDA et mGluR5)	· Antagoniste des récepteurs opiacés (κ , μ , δ)	· Inhibiteur de l'acétylaldéhyde déshydrogénase
	→ Réduit l'hyperexcitabilité neuronale liée à la consommation d'alcool	→ Réduit l'activation du circuit de récompense (diminue le renforcement positif & le craving)	→ Action antabuse recherchée pour dégoûter de l'alcool
Posologie	Poids dépendant : <ul style="list-style-type: none"> > > 60 kg : 2-2-2 > < 60 kg : 2-1-1 <i>Remarque : De préférence à distance des repas si bonne tolérance digestive</i>	1 par jour <i>Remarque : Parfois prescrit 0,5 pendant les 5^{es} jours pour améliorer la tolérance (et donc l'observance) puis 1/jour comme prévu par l'AMM</i>	1 par jour après le petit déjeuner
Durée de traitement prévue par l'AMM	1 an <i>Remarque : Durée minimale de suivi alcoolique d'un patient sevré dépendant à l'alcool avec objectif d'abstinence</i>	3 mois <i>Remarque : Plutôt 6 en pratique L'instauration de traitement ne doit être effectuée qu'après arrêt de prise d'opiacés et après vérification de l'absence d'élimination d'opiacés dans les urines du malade</i>	Non renseignée
Contre-indications	Insuffisance rénale sévère, allaitement	Affections hépatiques sévères, prise d'opiacés (<i>Attendre au moins 7 à 10 jours après la dernière prise d'opioïdes</i>)	Insuffisances hépatique et rénale, diabète, atteintes cardiovasculaires et neurologiques (dont épilepsie), grossesse
Effets indésirables	· Peu nombreux, anodins, souvent réversibles en quelques jours · Troubles digestifs (diarrhées le plus souvent) mais aussi prurit, rash, diminution de la libido...	· Transitoires et le plus souvent spontanément résolutifs en quelques jours malgré la poursuite du traitement · Se rapprochent des symptômes aspécifiques du sevrage aux opiacés (troubles digestifs, anxiété, insomnie, céphalées, arthralgie et myalgie...)	· Céphalées, fatigue · Liés à l'effet antabuse

❖ Réduction de la consommation dans une logique de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) (5), (6) :

En première intention	
Nom	Nalméfène SELINCRO® 18 mg
Mécanisme d'action	<ul style="list-style-type: none"> · Antagoniste récepteurs opiacés (μ, δ) · Agoniste partiel récepteurs opiacés (κ) → Réduit l'activation du circuit de récompense : diminue le renforcement positif & craving → Diminue le renforcement négatif
Posologie	1 par jour au minimum 1 à 2 heures avant la première consommation journalière d'alcool habituelle <i>Remarque : Parfois prescrit 0,5 pendant les 5^{es} jours pour améliorer la tolérance (et donc l'observance) puis 1 par jour comme prévu par l'AMM</i>
Durée de traitement prévue par l'AMM	6 mois
Contre-indications	Affections hépatiques sévères, prise d'opiacés, insuffisance rénale
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> · Transitoires et le plus souvent spontanément résolutifs en quelques jours malgré la poursuite du traitement · Se rapprochent des symptômes aspécifiques du sevrage aux opiacés (troubles digestifs, anxiété, insomnie, céphalées, arthralgie et myalgie...)

❖ Cas particulier du Baclofène ayant récemment obtenu l'AMM pour la réduction de la consommation d'alcool :

Nom	Baclofène BACLOCUR® 10 mg
Mécanisme d'action	<ul style="list-style-type: none"> · Agoniste GABA-B → Réduit l'activation du circuit de récompense + propriétés anxiolytiques : diminue le renforcement positif & craving (de récompense mais aussi de soulagement)
Posologie	15 à 20 mg/jour en 2 à 4 prises pendant 3 jours puis augmentation par paliers : - De 15 à 30 mg : 5 mg tous les 3 à 4 jours - + de 30 mg : 10 mg tous les 3 à 4 jours Sans dépasser 80 mg/jour en 3 prises
Durée de traitement prévue par l'AMM	Non renseignée, si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint après 3 mois de traitement, le médicament doit être arrêté progressivement (risque de symptômes de sevrage)
Contre-indications	Insuffisance rénale terminale, grossesse, allaitement, femme en âge de procréer sans contraception efficace... Pendant la phase de titration : conducteurs et utilisateurs de machines
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> · Doivent alerter sur la nécessité de repasser à une posologie mieux tolérée surtout si survenue de somnolence, d'asthénie, d'insomnie ou de vertiges · Neurologiques (sédation, vertiges, céphalées) · Digestifs (nausées, vomissements, transit perturbé) · Troubles neuropsychiatriques (confusion, épisodes thymiques & psychotiques, épilepsie) · Dépression respiratoire sévère
Suivi +++	Il est fondamental de faire un suivi de la tolérance lors d'une thérapie par Baclofène lors : <ul style="list-style-type: none"> · De la phase de titration (À J7 puis rapproché) · Mensuellement au moins · À l'arrêt

En ce qui concerne le Baclofène, ce médicament est un agoniste des récepteurs GABA-B et un relaxant musculaire d'action centrale. Depuis le 23 Octobre 2018, il dispose d'une AMM dans le cadre de la réduction de consommation d'alcool, en complément d'un suivi psychosocial, après échec des autres traitements médicamenteux disponibles, chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool et une consommation d'alcool à risque élevé (> 60 g/jour pour les hommes ou 40 g/jour pour les femmes). Cette AMM a été octroyée à la spécialité BACLOCUR®, dont la prescription peut émaner de tout médecin (7).

En cas de surdosage, le Baclofène doit être arrêté et le patient transféré en milieu hospitalier pour traiter les éventuels signes de surdosage (élimination rapide du produit ingéré, traitement symptomatique des défaillances viscérales ou utilisation de diazépam IV si convulsions).

B. Forme du guide

Le guide se présente sous la forme d'un livret en 4 parties correspondant donc à 4 pages. Le document est imprimé en format A5 (la moitié d'une feuille classique A4).

Ce format est un bon compromis entre une taille permettant de le glisser discrètement dans les sacs de médicament et assez grand pour y faire figurer les informations à donner. Le format A4 permet également une impression par toute imprimante standard.

C. Contenu

Ce guide se base sur :

- les informations officielles du médicament à savoir le résumé des caractéristiques du produit (RCP) ou mentions légales. Ce résumé est disponible sur la base de données publique des médicaments pour chaque médicament commercialisé ou l'ayant été durant les trois dernières années en France.
- les sites médicaux et de santé détenant la certification HONCode. Ce code de déontologie créé par la fondation Health On the Net (HON) permet de démontrer « la volonté d'un site à publier de l'information de santé utile, objective, et correcte » (8).
- les fiches médicaments du réseau psychiatrie-information-communication (Réseau PIC) (9).
- le site Alcool-info-service (10).
- le site Stop-alcool, soutenu par le Département de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Santé de l'État de Genève (11).

L'architecture des guides sera identique pour les cinq médicaments traités, et sera montrée avec l'AOTAL® (Acamprosate) pour exemple.

A la délivrance du guide :

- Apposer le tampon de l'officine en première page
- Renseigner la posologie en deuxième page

1. Page de couverture – première page :

Elle est destinée à permettre une identification visuelle rapide de l'outil. Elle doit rester neutre pour éviter la stigmatisation. À ce titre, elle est pratiquement dénuée d'informations pharmacologiques.

Permet de rappeler au patient que l'outil lui est adressé

Pour identifier le côté pharmaceutique et fiable du guide

On utilise la double dénomination, de spécialité et de DCI

Rappelle au patient l'attitude empathique que le pharmacien doit avoir avec lui, dans le but de renforcer le lien entre le patient et son pharmacien

Identifie le pharmacien comme interlocuteur potentiel en cas de problèmes liés à sa maladie

Assure la traçabilité de l'outil, et permet d'avoir un contact rapide de l'officine (**à compléter**)

Associe l'outil au réseau de santé régional ville-hôpital en addictologie

2. Information pharmacologie – deuxième page :

Elle contient les informations utiles d'un point de vue pharmacologique. Destinées à être lues, comprises et acquises par le patient, elles sont simplifiées pour être accessibles à tous les usagers.

Ces informations sont écrites sous forme de questions-réponses pour que le patient puisse se projeter. Cela permet une meilleure immersion dans l'outil et lui montre que ce dernier lui est spécifiquement destiné.

Qu'est-ce que AOTAL® (Acamprosate) et comment peut-il vous aider ?

- La substance active de l'AOTAL® est l'Acamprosate.
- L'AOTAL® est un médicament utilisé pour maintenir votre abstinence à l'alcool. La prise de ce traitement est complémentaire à un suivi psychologique.
- Ce médicament permet de diminuer l'envie de consommer de l'alcool.

Quand et comment prendre l'AOTAL® (Acamprosate) ?

- La posologie est stricte, individuelle et est fixée par votre médecin.
- Dans votre cas, elle est de :
- La prise se fait à heure fixe avec un grand verre d'eau.
- Le comprimé doit être avalé entier, sans l'écraser ou le couper.
- Si vous ne ressentez pas d'inconfort digestif, la prise du médicament doit se faire de préférence à distance des repas.

Dans quels cas être prudent avec l'AOTAL® (Acamprosate) ?

- Si vous prenez d'autres substances psychoactives en dehors de l'alcool.
- Si vous envisagez une grossesse ou si vous envisagez d'allaiter votre enfant.
- Si vous avez un problème de fonctionnement du rein.

Quels sont les effets indésirables que vous pourriez avoir en prenant l'AOTAL® (Acamprosate) ?

- La prise d'un médicament expose l'organisme à des effets dits indésirables (ou secondaires). Ils peuvent être différents d'une personne à l'autre, et peuvent aussi ne jamais apparaître.
- Avec l'Acamprosate, ils sont généralement peu graves (diarrhées principalement), surviennent principalement en début de traitement et régressent spontanément.
- Le plus souvent, une adaptation de posologie ou un traitement correcteur (après avis médical) permet de les corriger.
- Si vous pensez que le médicament vous procure une gêne, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin qui décideront de la meilleure conduite à tenir.

Renseigne sur le médicament, son indication et son action

Renseigne sur la posologie (à compléter) pour donner un repère visuel, et sur le mode de prise

Renseigne sur les mises en garde spéciales

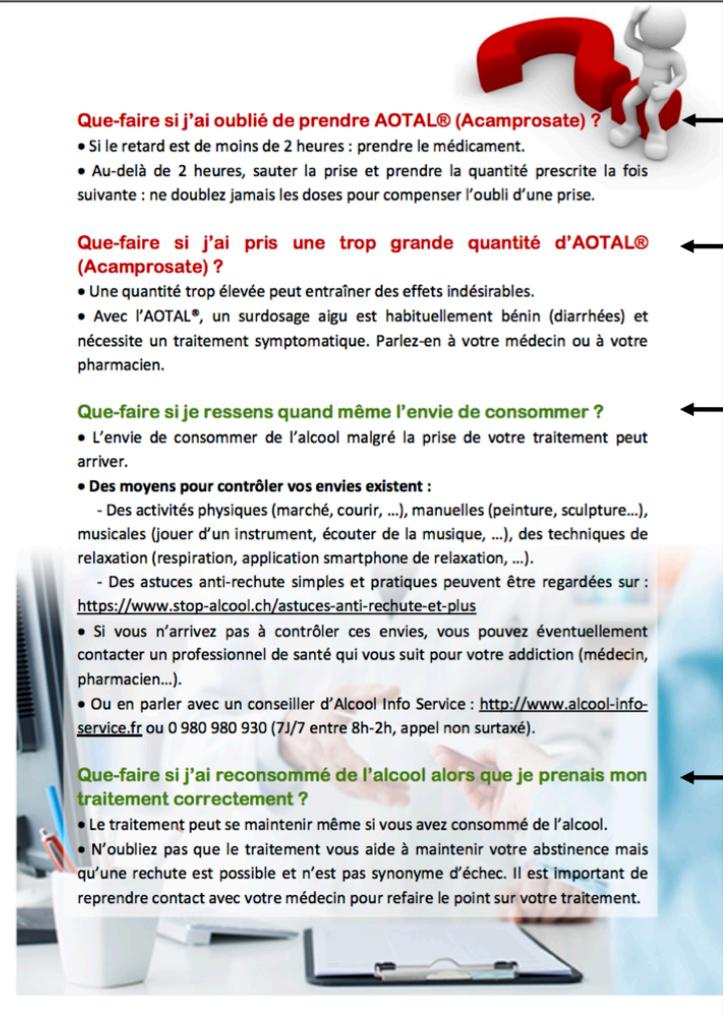
Renseigne sur les principaux effets indésirables*

*Avec comme objectif de favoriser l'adhésion du patient au traitement en l'informant sur les risques les plus fréquents et la manière de diminuer leur impact sur le quotidien

3. Conseils – troisième page :

Elle contient des informations sur la conséquence d'un oubli de prise ou d'une prise excessive de médicament.

Elle fait aussi apparaître des conseils concernant l'apparition éventuelle d'un manque d'alcool qui pourrait conditionner la rechute. Finalement, elle évoque des pistes concernant la conduite à tenir en cas de rechute.



Que-faire si j'ai oublié de prendre AOTAL® (Acamprosate) ?

- Si le retard est de moins de 2 heures : prendre le médicament.
- Au-delà de 2 heures, sauter la prise et prendre la quantité prescrite la fois suivante : ne doublez jamais les doses pour compenser l'oubli d'une prise.

Que-faire si j'ai pris une trop grande quantité d'AOTAL® (Acamprosate) ?

- Une quantité trop élevée peut entraîner des effets indésirables.
- Avec l'AOTAL®, un surdosage aigu est habituellement bénin (diarrhées) et nécessite un traitement symptomatique. Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que-faire si je ressens quand même l'envie de consommer ?

- L'envie de consommer de l'alcool malgré la prise de votre traitement peut arriver.
- **Des moyens pour contrôler vos envies existent :**
 - Des activités physiques (marché, courir, ...), manuelles (peinture, sculpture...), musicales (jouer d'un instrument, écouter de la musique, ...), des techniques de relaxation (respiration, application smartphone de relaxation, ...).
 - Des astuces anti-rechute simples et pratiques peuvent être regardées sur : <https://www.stop-alcool.ch/astuces-anti-rechute-et-plus>
- Si vous n'arrivez pas à contrôler ces envies, vous pouvez éventuellement contacter un professionnel de santé qui vous suit pour votre addiction (médecin, pharmacien...).
- Ou en parler avec un conseiller d'Alcool Info Service : <http://www.alcool-info-service.fr> ou 0 980 980 930 (7j/7 entre 8h-2h, appel non surtaxé).

Que-faire si j'ai consommé de l'alcool alors que je prenais mon traitement correctement ?

- Le traitement peut se maintenir même si vous avez consommé de l'alcool.
- N'oubliez pas que le traitement vous aide à maintenir votre abstinence mais qu'une rechute est possible et n'est pas synonyme d'échec. Il est important de reprendre contact avec votre médecin pour refaire le point sur votre traitement.

Permet de donner la conduite à tenir au patient en cas d'oubli de prise

Informe sur les conséquences possibles d'un surdosage et la conduite à tenir

Évoque la situation de ressenti d'un craving vis-à-vis de l'alcool
Permet de le soutenir en lui apportant des moyens non exhaustifs de gestion de ce craving

Si le patient venait à consommer alors qu'il était dans une démarche d'abstinence, alors le pharmacien prendrait le temps de discuter sur le contexte l'ayant fait rechuter (ou le mettant dans des situations à risque) et l'orienterait vers son médecin)
Le but est de rassurer le patient et de l'orienter vers le médecin en cas d'adhésion difficile au traitement

4. Les idées vraies et fausses – quatrième page :

Cette dernière page du guide est structurée d'une manière un peu différente. Celle-ci se présente sous la forme d'un « **Vrai ou Faux** » avec quelques affirmations.

Cela permet de revenir sur certaines représentations que pourraient avoir les patients. C'est une manière pédagogique d'emmener de l'information. En effet, ce procédé permet d'aborder des points essentiels de la vie courante comme la mise en danger d'autrui par la conduite à risques (de voiture et/ou de machines) ou le stockage inapproprié des médicaments (notamment vis-à-vis des enfants) par exemple.

Vrai **Faux**

Je ne dois pas prendre mon traitement si je suis enceinte (ou si je prévois de l'être).
FAUX : Ce dernier peut être utilisé pendant la grossesse mais nécessite un avis médical. Vous ne devez cependant pas allaiter en prenant ce médicament. Si vous êtes enceinte (ou si vous l'envisagez) ou allaitante, parlez-en avec votre médecin ou avec votre pharmacien.

Je peux conduire mon véhicule et utiliser des machines sans précautions particulières en prenant l'Acamprosate.
VRAI : La prise d'Acamprosate n'a aucun effet sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

Je peux stocker l'AOTAL® (Acamprosate) dans n'importe quel endroit de la maison.
FAUX : De manière générale, tous vos médicaments doivent être stockés dans un endroit sécurisé (en hauteur, à l'écart des enfants), à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité.

Je peux prendre d'autres médicaments en dehors de l'AOTAL® (Acamprosate) sans risque pour ma santé.
FAUX : Si vous souhaitez prendre pour la première fois un autre médicament, il est conseillé de demander au préalable l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin. Par exemple, certains médicaments peuvent contenir de l'alcool, votre professionnel vous conseillera un médicament plus approprié.

Je risque d'être dépendant à l'AOTAL®.
FAUX : Il n'existe pas de risque de dépendance à ce médicament.

Renseigne sur la grossesse et l'allaitement sous traitement

Renseigne sur la conduite de véhicules et l'utilisation de machines sous traitement

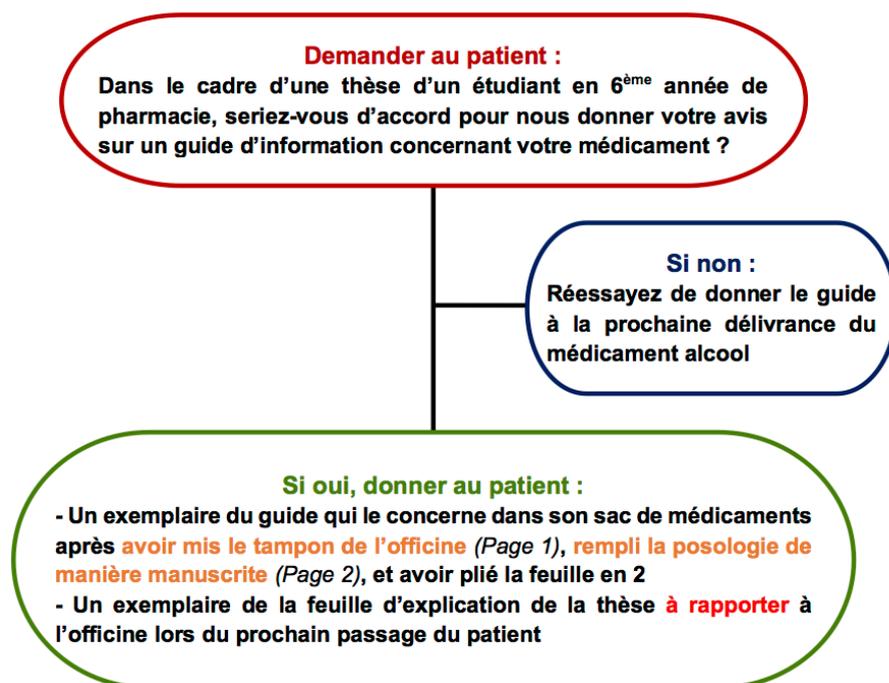
Renseigne sur le stockage des médicaments en général

Renseigne sur la co-médication et l'automédication

Renseigne sur le risque de dépendance au médicament

III. Démarche pour conduire l'expérimentation officinale

A l'arrivée d'un patient au comptoir présentant une ordonnance avec un médicament dit « alcool »¹ :



Remarques générales :

- A la délivrance du guide, vous pouvez éventuellement proposer au patient de de lire le guide avec lui.
- **La feuille d'explication de la thèse distribuée au patient doit nécessairement être rapportée à l'officine et à consigner dans le portevues** (auquel cas les données seraient tout simplement perdues, et l'expérimentation infructueuse).
- Pour vous souvenir des guides patients distribués, **remplissez la feuille de traçabilité en annexe en respectant l'anonymat** du patient. Vous pouvez éventuellement porter une mention sur la fiche remarques patient de votre logiciel de gestion officinale.

¹ Acamprosate (AOTAL®) — Naltrexone (REVIA®) — Disulfirame (ESPERAL®) — Nalméfène (SELINCRO®) — Baclofène (BACLOCUR®)

Remarques concernant le questionnaire d'évaluation à remplir par le patient :

- Ce questionnaire se présente sous la forme d'une fiche recto de format A4, remis au patient (lors de la délivrance du guide), et qu'il doit ramener complété à l'officine.
- Cette évaluation par le patient permet de le responsabiliser en l'incluant encore davantage dans la prise en charge de sa maladie. Cela permettra par la suite d'adapter le guide en fonction des informations qui viendraient à manquer ou qui seraient présentes mais considérées inutiles par le patient.
- La participation du patient à l'évaluation de l'outil est indispensable pour évaluer la pertinence des guides et les tenir à jour.
- En l'incluant, cela permettra aussi de renforcer son sentiment d'efficacité personnel, en donnant du crédit à ses capacités de jugement et en se sentant utile pour un patient qui aurait la même maladie que lui.

IV. Ressources supplémentaires

A. Repérage précoce et intervention brève (RPIB)

Indispensable pour repérer d'éventuelles consommations à risque pour la santé des personnes, le RPIB permet de provoquer une prise de conscience et envisager un changement de comportement (tout en respectant le choix du patient) dans l'idée de prévenir un éventuel trouble de l'usage de substance.

Il serait regrettable de créer un outil pour aider à la prise en charge des patients atteints de TUA sans faire mention de RPIB qui permet d'inclure le patient dans le parcours de soin avant qu'il en fasse la demande.

Aussi, la HAS, en 2015, a proposé un outil RPIB pour les 3 substances psychoactives (SPA) les plus consommées en France : alcool, cannabis et tabac. L'idée n'est pas de conduire une expérimentation sur la pertinence d'un outil déjà validé et utilisé par des professionnels de santé, mais bien de vous aider à pouvoir les inclure dans le parcours de soin.

Vous trouverez donc un exemplaire de l'« **Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève** ».

Il ne sera pas évalué le nombre de RPIB que vous avez effectué lors de l'expérimentation. Ce document est présent pour vous aider au comptoir si vous pensez en avoir besoin.

B. Coordonnées de structures et professionnels de santé pouvant intervenir dans le domaine de l'addictologie en Limousin



flashez ce code ou suivez ce lien : <https://ucloud.unilim.fr/public/contacts>

Vous n'aurez plus qu'à télécharger le PDF et à cliquer sur les liens hypertextes

C. Conseils sur la relation au patient

L'addiction est une maladie et à ce titre le pharmacien doit adopter une attitude empathique vis à vis du patient.

Le rôle d'écoute et d'accompagnement du professionnel de santé que vous êtes est fondamental, car il peut permettre au patient d'améliorer l'adhésion au traitement et donc maximiser le succès thérapeutique de la prise en charge.

D. Actualités sur les médicaments

Pour rester informé sur l'utilisation prévue par l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments, vous pouvez utiliser la barre de recherche prévue à cet effet sur le site internet de l'ANSM.

Vous pourrez par exemple y trouver des informations sur le Baclofène et sa place dans l'arsenal thérapeutique du TUA :

[https://www.ansm.sante.fr/searchengine/general_search/\(sort\)/meta_published_dt?SearchText=baclof%C3%A8ne](https://www.ansm.sante.fr/searchengine/general_search/(sort)/meta_published_dt?SearchText=baclof%C3%A8ne)

V. Collecte des données (Questionnaire)

Elle se fera à l'issue de mes 6 mois de stage officinal et prendra donc fin en Mai 2019. Vous devrez avoir :

- Rassemblé tous les questionnaires d'évaluation, complétés par les patients.
- Complété au fur et à mesure la feuille de traçabilité de l'expérimentation.

Tous les résultats issus de cette expérimentation seront disponibles dans ma thèse d'exercice, une fois publiée sur le site de l'université.

Merci !

VI. Références

1. Auriacombe, Serre, Fatséas. Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? 2016, 6 : 78-83. Consulté le 03 Juin 2018.
2. Les missions de pharmacies d'officine, Loi HPST du 21 juillet 2009. Consulté le 03 Juin 2018.
3. eVidal. Alcool : prise en charge du mésusage - Traitements. Consulté le 03 Juin 2018.
4. SFA, ANPAA, EUFAS. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Interventions pharmacologiques. Consulté le 09 Juin 2018.
5. ANSM, HAS, UNCAM. Base de données publique des médicaments. Consulté le 03 Juin 2018.
6. Michel Lejoyeux. Mini traité d'addictologie 3ème édition, Editions Elsevier.
7. L'ANSM octroie une autorisation de mise sur le marché pour une utilisation du baclofène dans l'alcool-dépendance - Communiqué. Consulté le 12 Novembre 2018.
8. Health On the Net. Vers une transparence du contenu éditorial sur internet, Certification HONCode. Consulté le 03 Juin 2018.
9. Réseau PIC : Psychiatrie Information Communication. Consulté le 03 Juin 2018.
10. Alcool Info Service. Consulté le 03 Juin 2018.
11. Stop-alcool. Astuces anti-rechute. Consulté le 03 Juin 2018.

Annexe 6. Feuille d'explication + Questionnaire patient

Feuille d'explication concernant l'expérimentation d'un guide concernant votre médicament

Vous avez accepté de me donner votre avis sur un guide d'information concernant le médicament utilisé pour vous aider dans votre consommation d'alcool, que j'ai préparé dans le cadre de ma thèse en Pharmacie. A ce titre, je vous en remercie.

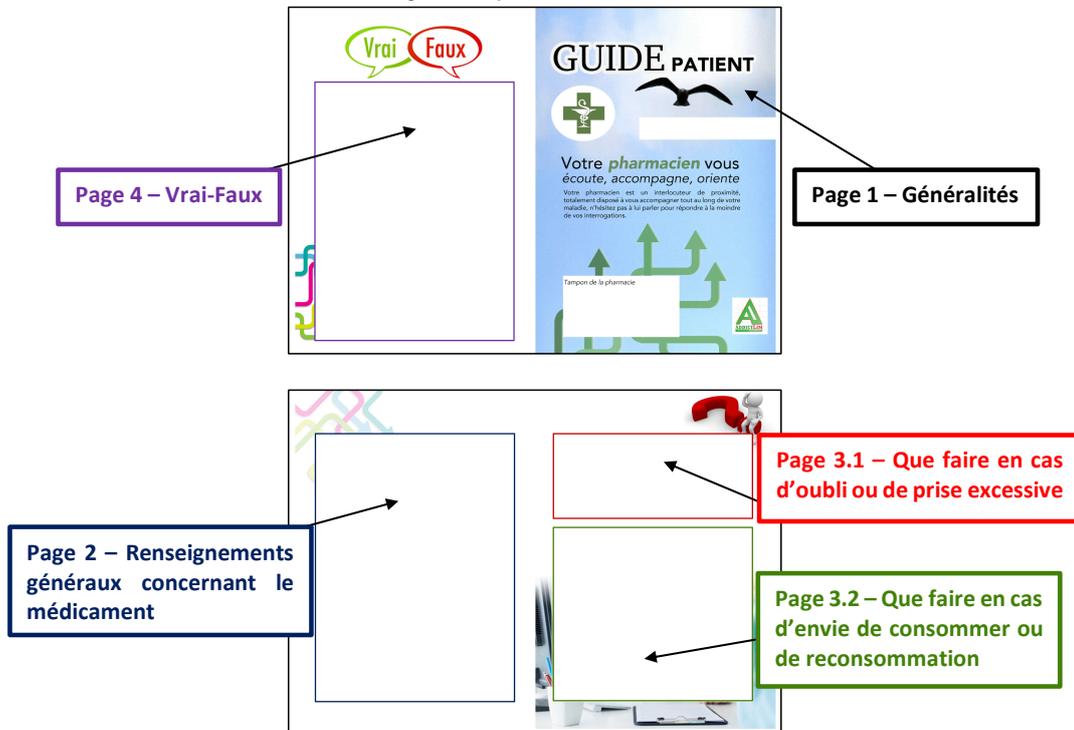
Pour comprendre comment fonctionne l'expérimentation, lisez tout simplement cette fiche qui vous expliquera comment le guide peut vous aider, et comment à votre tour, vous pourrez aider les prochaines personnes qui le liront.

Une fois ma thèse d'exercice publiée, vous pourrez la consulter en ligne sur le site de l'université, et ce, de façon totalement gratuite.

Kyllian LAFAYE

Lors de votre passage à l'officine, un membre de l'équipe vous a remis un **guide concernant votre médicament** ainsi que cette **feuille d'explication** que vous êtes en train de lire.

Les informations contenues dans votre guide se présentent de la manière suivante :



Au dos de cette feuille d'explication se trouve un questionnaire **anonyme** pour juger la pertinence du guide qui vous a été donné. En répondant de manière la plus juste possible à ces questions, vous pourrez contribuer à l'adaptation du guide (tant sur l'aspect que sur le contenu) pour les prochaines personnes amenées à le recevoir.

Pour ce faire, suivez simplement les consignes dans l'ordre d'apparition des questions.

Vous pouvez garder l'exemplaire du guide patient qui vous a été donné, il est pour vous.

Néanmoins, n'oubliez pas de ramener cette feuille lors de votre prochain passage à la pharmacie.

Feuille patient : côté recto

Évaluation du guide

1. Quelle est votre pharmacie habituelle ? Êtes-vous un homme ou une femme ? Quel âge avez-vous ?

2. Quel est le nom du médicament pour l'alcool qui vous a été prescrit ?

3. Depuis quand avez-vous ce médicament ? Cochez la réponse vous semblant être la plus appropriée

C'est la première fois que le médecin me le prescrit	Entre 1 et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 an	Plus de 2 ans (Précisez)

4. Avez-vous déjà eu un médicament pour l'alcool avant celui-ci ? Si oui, précisez si vous vous en rappelez

5. Concernant la forme du guide. Cochez la réponse vous semblant être la plus appropriée

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Excellent
Graphisme du guide (couleurs, écriture ...)					
Format du guide (Feuille format A4 pliée en deux)					

6. Concernant la clarté des informations retrouvées dans le guide (question par question). Cochez la réponse vous semblant être appropriée (regardez au dos pour identifier la partie du guide correspondant)

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Excellent
Page 1 : Généralités					
Page 2 : Renseignements					
Page 3.1 : Oubli/Prise excessive					
Page 3.2 : Envie de consommer					
Page 4 : Vrai-Faux					

7. Concernant les affirmations suivantes. Cochez la réponse vous semblant être la plus appropriée

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Excellent
Ce guide m'a permis d'apprendre des informations concernant mon médicament					
Grâce à ce guide, j'ai pu discuter de mon traitement avec mon pharmacien					
Je recommanderais ce guide à d'autres personnes ayant le même traitement que le mien					

8. Auriez-vous aimé avoir plus d'informations dans ces guides ? Si oui, de quel type ?

9. Remarques diverses. Vous pouvez faire part d'éventuelles remarques.

Feuille patient : côté verso

Annexe 7. Feuille de traçabilité de l'expérimentation

Feuille de traçabilité de l'expérimentation

Afin de garantir une certaine traçabilité de l'expérimentation, certaines informations sont à retranscrire sur cette feuille à savoir :

- L'identité du patient (sous forme d'initiales **pour préserver son anonymat**)
- La date de distribution du guide
- Le nom du médicament concerné
- La date de retour de la feuille d'évaluation du guide par le patient

Ce tableau est à remplir par un membre de l'équipe officinale au fur et à mesure de l'expérimentation :

Identité du patient (Initiales)	Date de distribution du guide (JJ/MM/AAAA)	Nom du médicament concerné	Date de retour de la feuille évaluation (JJ/MM/AAAA)



Annexe 8. Date de début et de fin d'expérimentation

Interlocuteur (Prénom NOM)	Nom de la pharmacie	Localisation de la pharmacie	Date de début de l'expérimentation (JJ/MM/AAAA)	Date de fin de l'expérimentation (JJ/MM/AAAA)
Dylan BONNAUD	Pharmacie Pailler	Bellac	06/12/2018	22/05/2019
Pierre-Marie CRETON	Pharmacie de la Mazelle	Rilhac-Rancon	14/01/2019	10/05/2019
Lucile ETIEVE	Pharmacie de la Beausserie	Panazol	17/12/2018	20/05/2019
William FOLLY-ADJON	Pharmacie Daron	Limoges	06/12/2018	10/05/2018
Ahmad ISSAOUI	Pharmacie de la Mairie	Limoges	21/12/2018	10/05/2019
Kyllian LAFAYE	Pharmacie de la Mairie	Condat-sur-Vienne	06/12/2018	24/04/2019
Camille NONY	Pharmacie Pasquet	Bosmie-l'Aiguille	18/01/2019	17/05/2019
Laurent DURENGUE	Pharmacie Durengue	Limoges	18/01/2019	24/06/2019
Younes KHIYATI	Pharmacie du Dr Jouy	Limoges	21/12/2018	28/05/2019
Isabelle NOUGIER	Pharmacie Nougier-Rebeix	Limoges	21/12/2018	24/06/2019



Annexe 9. Durée d'expérimentation dans les officines

Interlocuteur (Prénom NOM)	Nom de la pharmacie	Localisation de la pharmacie	Nombre de jours d'expérimentation	Nombre de mois d'expérimentation
Dylan BONNAUD	Pharmacie Pailler	Bellac	167 jours	5 mois et 16 jours
Pierre-Marie CRETON	Pharmacie de la Mazelle	Rilhac-Rancon	116 jours	3 mois et 27 jours
Lucile ETIEVE	Pharmacie de la Beausserie	Panazol	154 jours	5 mois et 3 jours
William FOLLY-ADJON	Pharmacie Daron	Limoges	155 jours	5 mois et 4 jours
Ahmad ISSAOUI	Pharmacie de la Mairie	Limoges	140 jours	4 mois et 20 jours
Kyllian LAFAYE	Pharmacie de la Mairie	Condat-sur-Vienne	139 jours	4 mois et 18 jours
Camille NONY	Pharmacie Pasquet	Bosmie-l'Aiguille	119 jours	3 mois et 30 jours
Laurent DURENGUE	Pharmacie Durengue	Limoges	157 jours	5 mois et 6 jours
Younes KHIYATI	Pharmacie du Dr Jouy	Limoges	158 jours	5 mois et 7 jours
Isabelle NOUGIER	Pharmacie Nougier-Rebeix	Limoges	185 jours	6 mois et 3 jours
Moyenne =			149 jours	soit 4 mois et 29 jours



Annexe 10. Recrutement des interlocuteurs et des pharmacies

Interlocuteur (Prénom NOM)	Fonction (Étudiant, pharmacien adjoint ou titulaire)	Nom de la pharmacie	Localisation de la pharmacie
Dylan BONNAUD	Étudiant de 6 ^{ème} année filière officine	Pharmacie Pailler	Bellac (87300)
Pierre-Marie CRETON	Étudiant de 6 ^{ème} année filière officine	Pharmacie de la Mazelle	Rilhac-Rancon (87570)
Lucile ETIEVE	Étudiant de 6 ^{ème} année filière officine	Pharmacie de la Beausserie	Panzol (87350)
William FOLLY-ADJON	Étudiant de 6 ^{ème} année filière officine	Pharmacie Daron	Limoges (87100)
Ahmad ISSAOUI	Étudiant de 6 ^{ème} année filière officine	Pharmacie de la Mairie	Limoges (87000)
Kyllian LAFAYE	Étudiant de 6 ^{ème} année filière officine	Pharmacie de la Mairie	Condat-sur-Vienne (87920)
Camille NONY	Pharmacien adjoint	Pharmacie Pasquet	Bosmie-l'Aiguille (87110)
Laurent DURENGUE	Pharmacien titulaire	Pharmacie Durengue	Limoges (87100)
Younes KHIYATI	Pharmacien titulaire	Pharmacie du Dr Jouy	Limoges (87000)
Isabelle NOUGIER	Pharmacien titulaire	Pharmacie Nougier-Rebeix	Limoges (87000)

Pour les annexes suivantes (11, 12, et 13), et dans un souci de préserver l'anonymat des patients, les pharmacies (et les interlocuteurs correspondant) qui ont participé à l'expérimentation se verront attribuer une lettre, tout comme il sera attribué un numéro aux patients recrutés.

De plus, il n'a, à aucun moment donné, été annoté l'identité d'un patient dans quelque document que ce soit (l'anonymat a directement été respecté par l'équipe officinale étant amenée à les accompagner).

Annexe 11. Réponses aux questionnaires d'évaluation patient

Nom de la pharmacie		Pharmacie A	Pharmacie B
Patient(e) (numéro)		1	2
Sexe (Homme / Femme)		Femme	Homme
Âge (ans)		56	54
Quel est le nom du médicament pour l'alcool qui vous a été prescrit ?		AOTAL®	AOTAL®
Depuis quand avez-vous ce médicament ?		Entre 1 et 2 ans	C'est la première fois
Avez-vous déjà eu un médicament pour l'alcool avant celui-ci ?		Non	
Forme du guide	Graphisme du guide (couleurs, écriture...)	Excellent	Tout à fait satisfait
	Format du guide (Feuille format A4 pliée en deux)	Excellent	Tout à fait satisfait
Clarté des informations	Page 1 : Généralités	Excellent	Tout à fait satisfait
	Page 2 : Renseignements	Excellent	Tout à fait satisfait
	Page 3.1 : Oubli/Prise excessive	Excellent	Tout à fait satisfait
	Page 3.2 : Envie de consommer	Excellent	Tout à fait satisfait
	Page 4 : Vrai-Faux	Excellent	Tout à fait satisfait
Concernant les affirmations suivantes	Ce guide m'a permis d'apprendre des informations concernant mon médicament	Excellent	Excellent
	Grâce à ce guide, j'ai pu discuter de mon traitement avec mon pharmacien	Excellent	Excellent
	Je recommanderais ce guide à d'autres personnes ayant le même traitement que le mien	Excellent	Excellent
Auriez-vous aimé avoir plus d'informations ?		Non	
Remarques diverses			

Résultats des questionnaires patient concernant l'Acamprosate ou AOTAL®

Nom de la pharmacie		Pharmacie C	
Patient(e) (numéro)		1	4
Sexe (Homme / Femme)		Homme	Homme
Âge (ans)		49	53
Quel est le nom du médicament pour l'alcool qui vous a été prescrit ?		Naltrexone	Naltrexone
Depuis quand avez-vous ce médicament ?		5 ans	Entre 1 et 2 ans
Avez-vous déjà eu un médicament pour l'alcool avant celui-ci ?		Non	
Forme du guide	Graphisme du guide (couleurs, écriture...)	Tout à fait satisfait	Plutôt satisfait
	Format du guide (Feuille format A4 pliée en deux)	Tout à fait satisfait	Plutôt satisfait
Clarté des informations	Page 1 : Généralités	Tout à fait satisfait	Excellent
	Page 2 : Renseignements	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
	Page 3.1 : Oubli/Prise excessive	Tout à fait satisfait	Excellent
	Page 3.2 : Envie de consommer	Tout à fait satisfait	Excellent
	Page 4 : Vrai-Faux	Tout à fait satisfait	Plutôt pas satisfait
Concernant les affirmations suivantes	Ce guide m'a permis d'apprendre des informations concernant mon médicament	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
	Grâce à ce guide, j'ai pu discuter de mon traitement avec mon pharmacien		Tout à fait satisfait
	Je recommanderais ce guide à d'autres personnes ayant le même traitement que le mien	Excellent	Tout à fait satisfait
Auriez-vous aimé avoir plus d'informations ?			
Remarques diverses			

Résultats des questionnaires patient concernant la Naltrexone ou REVIA®

Nom de la pharmacie		Pharmacie B	
Patient(e) (numéro)		1	6
Sexe (Homme / Femme)		Femme	Homme
Âge (ans)		79	51
Quel est le nom du médicament pour l'alcool qui vous a été prescrit ?		ESPERAL®	ESPERAL®
Depuis quand avez-vous ce médicament ?		C'est la première fois	Entre 3 et 6 mois
Avez-vous déjà eu un médicament pour l'alcool avant celui-ci ?			
Forme du guide	Graphisme du guide (couleurs, écriture...)	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
	Format du guide (Feuille format A4 pliée en deux)	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
Clarté des informations	Page 1 : Généralités	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
	Page 2 : Renseignements	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
	Page 3.1 : Oubli/Prise excessive	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
	Page 3.2 : Envie de consommer	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
	Page 4 : Vrai-Faux	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
Concernant les affirmations suivantes	Ce guide m'a permis d'apprendre des informations concernant mon médicament	Excellent	Tout à fait satisfait
	Grâce à ce guide, j'ai pu discuter de mon traitement avec mon pharmacien	Excellent	Tout à fait satisfait
	Je recommanderais ce guide à d'autres personnes ayant le même traitement que le mien	Excellent	Tout à fait satisfait
Auriez-vous aimé avoir plus d'informations ?			
Remarques diverses			

Résultats des questionnaires patient concernant le Disulfirame ou ESPERAL®

Nom de la pharmacie		Pharmacie A	
Patient(e) (numéro)		2	3
Sexe (Homme / Femme)		Femme	Homme
Âge (ans)		44	61
Quel est le nom du médicament pour l'alcool qui vous a été prescrit ?		SELINCRO®	SELINCRO®
Depuis quand avez-vous ce médicament ?		Entre 6 mois et 1 an	Plus de 2 ans
Avez-vous déjà eu un médicament pour l'alcool avant celui-ci ?		Non	Non
Forme du guide	Graphisme du guide (couleurs, écriture...)	Tout à fait satisfait	Excellent
	Format du guide (Feuille format A4 pliée en deux)	Tout à fait satisfait	
Clarté des informations	Page 1 : Généralités	Tout à fait satisfait	Excellent
	Page 2 : Renseignements	Tout à fait satisfait	Excellent
	Page 3.1 : Oubli/Prise excessive	Tout à fait satisfait	Excellent
	Page 3.2 : Envie de consommer	Tout à fait satisfait	Excellent
	Page 4 : Vrai-Faux	Tout à fait satisfait	Excellent
Concernant les affirmations suivantes	Ce guide m'a permis d'apprendre des informations concernant mon médicament	Tout à fait satisfait	Excellent
	Grâce à ce guide, j'ai pu discuter de mon traitement avec mon pharmacien	Plutôt satisfait	Excellent
	Je recommanderais ce guide à d'autres personnes ayant le même traitement que le mien	Tout à fait satisfait	Excellent
Auriez-vous aimé avoir plus d'informations ?		Non	Avoir plus d'information qui me semblent intéressantes
Remarques diverses		Pas de remarques	Rien à rajouter. Le document me paraît parfait.

Résultats des questionnaires patient concernant le Nalméfène ou SELINCRO® (1/2)



Pharmacie B		Pharmacie C		Pharmacie D	Pharmacie E	
3	4	2	3	1	3	4
Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Femme	Homme
65	58	57	54	37	69	35
SELINCRO®	SELINCRO®	SELINCRO®	SELINCRO®	SELINCRO® + Baclofène	SELINCRO®	SELINCRO®
3 ans	Entre 1 et 2 ans	Entre 3 et 6 mois	3 ans	Entre 1 et 2 ans	4 ans	Entre 3 et 6 mois
		Non	AOTAL®			Non
Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent	Tout à fait satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Excellent
Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent	Tout à fait satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Excellent
Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent	Excellent	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait	Excellent
Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent	Tout à fait satisfait		Tout à fait satisfait	Excellent
Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent	Plutôt satisfait	Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent
Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait	Excellent	Tout à fait satisfait
Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent	Plutôt satisfait	Excellent	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
Excellent	Tout à fait satisfait	Excellent	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
		Non	Mentionner que ce médicament peut être ordonné dans le cadre d'un suivi psychiatrique.			
		Rien à dire ce guide et très bien expliqué.				

Résultats des questionnaires patient concernant le Nalméfène ou SELINCRO® (2/2)

Nom de la pharmacie		Pharmacie B	Pharmacie D
Patient(e) (numéro)		5	1
Sexe (Homme / Femme)		Homme	Homme
Âge (ans)		74	37
Quel est le nom du médicament pour l'alcool qui vous a été prescrit ?		Baclofène	SELINCRO® + Baclofène
Depuis quand avez-vous ce médicament ?		Entre 1 et 2 ans	Entre 1 et 2 ans
Avez-vous déjà eu un médicament pour l'alcool avant celui-ci ?			
Forme du guide	Graphisme du guide (couleurs, écriture...)	Tout à fait satisfait	Plutôt satisfait
	Format du guide (Feuille format A4 pliée en deux)	Tout à fait satisfait	Plutôt satisfait
Clarté des informations	Page 1 : Généralités	Tout à fait satisfait	Plutôt satisfait
	Page 2 : Renseignements	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
	Page 3.1 : Oubli/Prise excessive	Tout à fait satisfait	
	Page 3.2 : Envie de consommer	Tout à fait satisfait	Excellent
	Page 4 : Vrai-Faux	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
Concernant les affirmations suivantes	Ce guide m'a permis d'apprendre des informations concernant mon médicament	Tout à fait satisfait	Excellent
	Grâce à ce guide, j'ai pu discuter de mon traitement avec mon pharmacien	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
	Je recommanderais ce guide à d'autres personnes ayant le même traitement que le mien	Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
Auriez-vous aimé avoir plus d'informations ?			
Remarques diverses			

Résultats des questionnaires patient concernant le Baclofène ou BACLOCUR® (1/2)

Pharmacie E	
1	2
Homme	Homme
36	41
Baclofène	Baclofène
Entre 1 et 2 ans	3 ans
REVIA®	Non
Plutôt satisfait	Excellent
Plutôt satisfait	Excellent
Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
Plutôt satisfait	Plutôt satisfait
Tout à fait satisfait	Tout à fait satisfait
Tout à fait satisfait	Excellent

Résultats des questionnaires patient concernant le Baclofène ou BACLOCUR® (2/2)



Annexe 12. Entretiens de fin d'expérimentation avec les officines ayant pu recruter des patients et ayant eu des retours

Randomisées sous le nom de pharmacie A, B, D et E

Qu'avez-vous pensé des guides ?	
Pharmacie A	Tout est bien et intéressant, et en particulier la page 3 des guides.
Pharmacie B	Les guides sont bien faits et résument bien les traitements et conduites en cas d'oubli. Ils sont abordables pour quelqu'un de pas scientifique. Tous les médicaments ne sont pas rencontrés en pratique.
Pharmacie D	Ces guides sont très pratiques et adaptés au patient. Ils se lisent presque "seuls".
Pharmacie E	Ils sont extrêmement utiles. C'est un rappel formateur. Ils permettent d'abord la question d'addiction avec le patient, ce qui n'est pas facile avec ces pathologies, en particulier lors d'initiation de traitement. Ces guides permettent d'aborder l'aspect technique de la pathologie sans entâcher l'aspect professionnel.

Réponses à la première question de l'entretien de fin d'expérimentation :
« Qu'avez-vous pensé des guides ? »

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'expérimentation ?	
Pharmacie A	Les patients fuyants qui ne sont jamais revenus. Les patients n'acceptant malheureusement pas leur maladie. C'était franchement assez difficile de mener l'expérimentation.
Pharmacie B	La transmission à l'équipe pour mener l'expérimentation a été difficile : le fait que ce soit une grande officine a rendu plus difficile l'expérimentation. Pour avoir des retours (et en particulier que le patient ramène la feuille d'évaluation du guide), cela a été difficile.
Pharmacie D	Le retour d'évaluation des guides (<i>cf Remarques diverses</i>) : - Une feuille d'évaluation a du être distribuée deux fois à la même personne ; - Pour une personne c'était impossible de récupérer l'évaluation ; - Pour une personne le guide n'a pas pu être distribué ; - La dernière personne n'était pas concerné par un TUA.
Pharmacie E	Récupérer les questionnaires (mais cela est commun à tous les questionnaires et ne se limite pas seulement à cette expérimentation).

Réponses à la deuxième question de l'entretien de fin d'expérimentation :
« Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'expérimentation ? »



Quels échanges avec le patient ces outils vous ont-ils permis ? <i>(au comptoir, dans le local de confidentialité, ou autre ?)</i>	
Pharmacie A	La distribution des guides s'est faite au comptoir et les échanges étaient brefs et limités.
Pharmacie B	Les échanges se sont surtout faits au comptoir et à moindre mesure dans le local de confidentialité. Même si les patients sont parfois un peu réticents, aucun n'a refusé d'en parler. En tant qu'étudiant, cela peut être difficile de trouver le tact nécessaire pour en parler, en particulier l'aspect "social" qui faisait parfois défaut pour engager la discussion et qu'il n'y ait pas de blancs.
Pharmacie D	La possibilité de discuter du traitement pour la personne qui a rendu la feuille d'évaluation, au comptoir.
Pharmacie E	Les échanges avec les patients se sont déroulés au comptoir. Il n'y a pas eu de sollicitations pour faire d'éventuels entretiens. Ces guides ont permis d'entamer des discussions car les patients venaient (par hasard) à des moments où il n'y avait pas trop de monde dans l'officine.

Réponses à la troisième question de l'entretien de fin d'expérimentation :

« Quels échanges avec le patient ces outils vous ont-ils permis ? »

Selon votre équipe et vous, quelles sont les améliorations à apporter à ces guides pour qu'ils soient plus pertinents ? <i>(sur le fond et sur la forme)</i>	
Pharmacie A	Ces guides sont bien et en particulier la partie sur les sites auxquels se référer, car s'ils veulent faire des rechutes, ils les feront de leur côté et ne viendront pas en discuter car c'est un sujet très tabou.
Pharmacie B	Les guides n'ont pas forcément besoin d'être modifiés.
Pharmacie D	Ces guides sont très bien pour les gens qui ont admis leur pathologie. Sinon, il faudrait peut être prévoir une version plus courte de ces guides.
Pharmacie E	Ils sont bien et pratiques comme ils sont (format A4 à plier dans la poche).

Réponses à la quatrième question de l'entretien de fin d'expérimentation :

« Selon votre équipe et vous, quelles sont les améliorations à apporter à ces guides pour qu'ils soient plus pertinents ? »

Remarques diverses.	
Pharmacie A	Pas de remarques particulières.
Pharmacie B	<p>Il est difficile de savoir pour quelle indication est prescrit le baclofène et donc s'il faut donner le guide ou pas.</p> <p>Les explications pour mener l'expérimentation étaient très claires et notamment la petite étiquette résumé au début du dossier pharmacien.</p> <p>Au final 2 membres de l'équipe ont vraiment participé à l'expérimentation.</p> <p>Ces guides sont "bien pour se former" puisqu'ils ont permis à la préparatrice d'en savoir plus sur ces médicaments.</p> <p>Pour mener l'expérimentation, on regardait en avance qui étaient les patients éventuellement concernés, et on demandait à l'équipe de nous prévenir quand ils étaient là.</p>
Pharmacie D	<p>Au final 4 personnes (en réalité 3) étaient concernées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une qui prend le SELINCRO® depuis le 08/03/19 (dit le prendre depuis 1 à 2 ans donc peut être ailleurs avant), et le Baclofène depuis le 31/01/19 (instauration, le patient n'en prenait pas) sur des prescriptions émanant du CH Esquirol ; - Une ne l'a jamais ramené (prend 8 Baclofène depuis 5/6 ans) ; - Une prend du SELINCRO® mais ne considère pas boire ; - Une prend du Baclofène mais pas dans le cadre d'un TUA.
Pharmacie E	<p>Ces guides ont permis de rompre la glace avec les patients et en ce sens, le but de l'expérimentation est totalement atteint.</p> <p>La question qui demeure est : "La durée de l'expérimentation est-elle suffisante pour avoir assez de retours ?"</p>

Réponses à la cinquième question de l'entretien de fin d'expérimentation :

« Remarques diverses. »

Annexe 13. Entretiens de fin d'expérimentation avec l'officine ayant pu recruter des patients et n'ayant pas pu avoir de retour

Randomisée sous le nom de pharmacie F

Qu'avez vous pensé des guides ?

Ils sont très bien faits, bien documentés et illustrés.
Tout est accessible rapidement au niveau des informations.
Les fiches sont bien expliquées.
La titulaire pense que les patients peuvent trouver le logo AddictLim rebutant.

Réponse à la première question de l'entretien de fin d'expérimentation :
« Qu'avez-vous pensé des guides ? »

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'expérimentation ?

Cela touche un nombre très limité de patients.
Une patiente qui est plutôt stabilisée avec ce traitement n'est jamais revenue (elle aurait peut être déménagé) et l'autre patient aurait une adhésion au traitement compliquée et le lien-pharmacien-patient n'a pas pu se créer.
Autant il est facile d'aborder le sujet avec le patient ("Dans le cadre d'une thèse...", "Pour un étudiant..."), autant le suivi est compliqué.

Réponse à la deuxième question de l'entretien de fin d'expérimentation :
« Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'expérimentation ? »

Quels échanges avec le patient ces outils vous ont-ils permis ?

(au comptoir, dans le local de confidentialité, ou autre ?)

Tout se passait de manière discrète au comptoir.

Réponse à la troisième question de l'entretien de fin d'expérimentation :
« Quels échanges avec le patient ces outils vous ont-ils permis ? »

Selon votre équipe et vous, quelles sont les améliorations à apporter à ces guides pour qu'ils soient plus pertinents ?

(sur le fond et sur la forme)

Pas de suggestion.

Réponse à la quatrième question de l'entretien de fin d'expérimentation :
« Selon votre équipe et vous, quelles sont les améliorations à apporter à ces guides pour qu'ils soient plus pertinents ? »



Remarques diverses.

C'est un sujet intéressant mais il est dommage que peu de patients soient concernés.

Réponse à la cinquième question de l'entretien de fin d'expérimentation :
« Remarques diverses. »

Annexe 14. Entretiens de fin d'expérimentation avec les officines n'ayant pas pu recruter de patients

Randomisées sous le nom de pharmacie G, H, I et J

Qu'avez vous pensé des guides ?	
Pharmacie G	Les guides sont complets, simples pour les patients et assez clairs. L'équipe officinale peut aisément s'en servir, notamment pour apporter des détails (et encore...). Ils sont accessibles pour tout le monde (les patients, les préparateurs et les pharmaciens).
Pharmacie H	Ces guides sont intuitifs et peuvent vraiment aider les gens qui commencent une démarche vis-à-vis de l'alcool et être : - un complément pour les gens qui connaissent leur traitement ; - un élément déclencheur pour les gens qui initient leur traitement.
Pharmacie I	Ils sont très bien faits.
Pharmacie J	Les guides sont très très bien. Il n'y a rien à ajouter. Ils vont à l'essentiel et en cela c'est très bien.

Réponses à la première question de l'entretien de fin d'expérimentation :

« Qu'avez-vous pensé des guides ? »

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'expérimentation ?	
Pharmacie G	Le refus du titulaire pour mener l'expérimentation alors que ce dernier est ouvert aux nouvelles missions du pharmacien (serait dû au fait que cette expérimentation n'apporte aucune rémunération en regard du temps passé pour la mener à bien).
Pharmacie H	Aucun patient recruté suite au transfert de l'officine (pourtant située près de l'ancienne) ayant eu lieu le 28/12/19. Il n'y a pas eu de guides distribués avant.
Pharmacie I	L'approche par rapport aux clients est difficile. Aborder le sujet de l'alcool est difficile : il est plus facile de parler à un toxicomane qu'à un alcoolique.
Pharmacie J	Pour les gens qui venaient avec un premier traitement SELINCRO®, c'était difficile de prendre le temps pour les apprivoiser (dans le but de créer une relation propice à la discussion). Il y avait un véritable malaise lié à leur traitement (et le pharmacien ne voulait pas en rajouter en créant une difficulté supplémentaire). Rien que la délivrance du médicament laissait ressortir une certaine difficulté d'acceptation.

Réponses à la deuxième question de l'entretien de fin d'expérimentation :

« Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'expérimentation ? »

Quels échanges avec le patient ces outils vous ont-ils permis ? <i>(au comptoir, dans le local de confidentialité, ou autre ?)</i>	
Pharmacie G	<p>Cette expérimentation a été présentée à un seul patient qui avait peur d'être fiché.</p> <p>Le patient n'a pas accepté de participer bien que l'interlocuteur essayait de le rassurer en lui disant qu'au contraire, c'était pour l'accompagner comme pour une autre pathologie.</p>
Pharmacie H	Aucun.
Pharmacie I	Aucun.
Pharmacie J	<p>Aucun.</p> <p>C'est un outil qu'il faut garder en mémoire et qu'il faut garder en mémoire pour quand la personne est prête, mais il faut rester prudent sur la manière de l'introduire car si on est maladroit, on est susceptible de faire sortir le patient de la boucle de soins (en particulier pour l'alcool).</p>

Réponses à la troisième question de l'entretien de fin d'expérimentation :
« Quels échanges avec le patient ces outils vous ont-ils permis ? »

Selon votre équipe et vous, quelles sont les améliorations à apporter à ces guides pour qu'ils soient plus pertinents ? <i>(sur le fond et sur la forme)</i>	
Pharmacie G	Aucune, ces guides sont pertinents et bien construits.
Pharmacie H	Ces guides sont géniaux (selon l'interlocuteur et la titulaire) car simples, faciles à lire et à rechercher l'information.
Pharmacie I	Comme on n'a pas pu s'en servir, cela est compliqué à dire.
Pharmacie J	Ils sont très bien tels qu'ils sont construits.

Réponses à la quatrième question de l'entretien de fin d'expérimentation :
« Selon votre équipe et vous, quelles sont les améliorations à apporter à ces guides pour qu'ils soient plus pertinents ? »



Remarques diverses	
Pharmacie G	<p>Au final, moins d'une dizaine de patients auraient pu être concernés par cette expérimentation.</p> <p>Pour le titulaire, l'expérimentation était un peu intrusive bien qu'elle soit anonyme, car selon lui, cette dernière les confrontait avec leur alcoolisme.</p>
Pharmacie H	Aucune remarque.
Pharmacie I	<p>Le thème traité est important, l'expérimentation est toujours nécessaire, mais le sujet est très polymorphe.</p> <p>C'est difficile d'avoir la bonne conjecture. C'est un peu le problème des guides.</p> <p>Le repérage précoce est intéressant.</p> <p>Pourquoi serait-il plus important et intéressant de donner une fiche sur le SELINCRO® que sur un acébutolol ? L'enjeu est fort, ce n'est peut être pas une mauvaise idée. A quel moment, à quel niveau et à quelle pathologie cela est vraiment profitable ? Mais à quel moment va-t-on s'arrêter ? Ne faut-il pas s'intéresser aux benzodiazépines ou au tramadol ? Sous prétexte qu'on en passe énormément ?</p> <p>Autant on va pouvoir discuter des TSO, autant socialement, l'alcool c'est plus difficile. Peut être car celui qui vient pour son TSO n'a pas honte, alors qu'avec l'alcool c'est le cas. Consommer des opiacés est accepté comme une maladie, on va le soigner.</p> <p>L'alcoolique, ne se verra pas malade et en retiendra de la honte. Alors que ce sentiment n'est pas du tout retrouvé chez les fumeurs qui se mettent encore plus en danger.</p> <p>Un jeune qui prend des substances psychoactives va avoir un encadrement avec psychiatre, infirmières, prescription de médicaments, avec une sortie de l'isolement.</p> <p>Alors que pour l'alcool c'est à peu près l'inverse : il aura du mal à aller vers son entourage ou sera fuyant. Le traitement de TUA se traduit souvent par une rupture relationnelle.</p> <p>La place du produit est tellement lourde, polymorphe et complexe que c'est un sujet délicat.</p>
Pharmacie J	<p>L'addiction à l'alcool est très compliquée. Il y a une certaine honte vis-à-vis de cette substance. Une personne qui s'injecte de l'héroïne ou qui fume du cannabis en parlera beaucoup plus librement que l'alcool.</p> <p>La représentation sociale de la consommation d'alcool, et en particulier chez les femmes, n'est particulièrement pas propice à l'acceptation de l'aide.</p> <p>De plus, ces patients sont souvent à fleur de peau et ont une sensibilité particulière qu'il faut respecter. La relation à avoir avec eux doit rester naturelle et dans l'empathie. On a énormément de travail à faire vis-à-vis de la problématique alcool (sur l'image de l'alcoolique, et en particulier de la femme qui représente une sorte de déchéance). C'est compliqué car on voit dans leur regard qu'on touche à la dignité humaine. Enfin, cela pose deux questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-on vraiment identifiés (en tant que pharmacien) comme professionnel de santé apte à discuter de cette problématique auprès des patients ? - Faut-il plusieurs interlocuteurs pour discuter de cette problématique ?

Réponses à la cinquième question de l'entretien de fin d'expérimentation :

« Remarques diverses. »

Serment de Galien

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés ;

- D'actualiser mes connaissances ;

- 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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personnes humaine et sa dignité ;

- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

- De coopérer avec les autres professionnels de santé.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les 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.



Accompagnement de personnes dépendantes à l'alcool à l'officine : Élaboration et expérimentation de guides patients dans le cadre du maintien de l'abstinence après sevrage et de la réduction de consommation

Les troubles de l'usage d'alcool (TUA) renvoient à une consommation problématique d'alcool conduisant à des dommages cliniques significatifs ou une détresse comme par exemple l'apparition de *craving*. Les thérapeutiques actuelles font intervenir des médicaments encore mal connus des professionnels de santé, y compris des pharmaciens qui sont pourtant amenés à les dispenser. Ce travail a consisté en l'élaboration d'un guide patient pour chacun des cinq médicaments indiqués dans la thérapie médicamenteuse des TUA puis en leur expérimentation dans dix officines en Haute-Vienne. L'objectif de ces guides est de permettre aux patients atteints de TUA d'être mieux accompagnés dans leur maladie, notamment en optimisant la thérapie médicamenteuse à travers une meilleure compréhension du médicament et de son observance. Enfin, ce travail sera donné au réseau de santé ville-hôpital en Addictologie AddictLim pour être diffusés dans leur documentation.

Mots-clés : Troubles de l'usage, Alcool, *Craving*, Guide, Patient

Alcohol dependent people support at the pharmacy: Development and experimentation of patient guides in the context of maintaining abstinence after weaning and reducing consumption

Alcohol Use Disorder (AUD) refers to problematic alcohol use leading to significant clinical damage or distress, such as the occurrence of craving. Current therapies involve drugs that are still little known among health professionals, including pharmacists who are yet to provide them. This work consisted in the development of a patient guide for each of the five drugs indicated in AUD drug therapy and then the testing of these guides in ten pharmacies in Haute-Vienne. The purpose of these guides is to enable patients affected by AUD to be better supported with their disease, in particular by optimizing drug therapy through a better understanding of these drugs and its compliance. Finally, this work will be given to the AddictLim city-hospital health network for dissemination in their documentation.

Keywords: Use Disorder, Alcohol, Craving, Guides, Patients

