

2023 - 2024

**Thèse  
pour le  
Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie**

# **Place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la dépendance alcoolique : Vision et attente des patients d'une officine en Sarthe**

**GANDON François**

**Sous la direction du Dr. Samuel Legeay**

Membres du jury

Pr. Olivier Duval | Président

Dr. Samuel Legeay | Directeur

Dr. Basile Prézelin | Membre

Dr. Guillaume Petiteau | Membre

Soutenu publiquement le : 18 juin 2024



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**  
UNIVERSITÉ D'ANGERS

**L’auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :**



- Vous devez le citer en l’attribuant de la manière indiquée par l’auteur (mais pas d’une manière qui suggérerait qu’il approuve votre utilisation de l’œuvre).
- Vous n’avez pas le droit d’utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n’avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l’adapter.

**Consulter la licence creative commons complète en français :**

<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>.

Ces conditions d’utilisation (attribution, pas d’utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



## ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné Gandon François déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant le **30/03/2024**.



# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

<b>ABRAHAM Pierre</b>	Physiologie	Médecine
<b>ANGOULVANT Cécile</b>	Médecine générale	Médecine
<b>ANNWEILER Cédric</b>	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
<b>ASFAR Pierre</b>	Réanimation	Médecine
<b>AUBE Christophe</b>	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
<b>AUGUSTO Jean-François</b>	Néphrologie	Médecine
<b>BAUFRETON Christophe</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
<b>BELLANGER William</b>	Médecine Générale	Médecine
<b>BIERE Loïc</b>	Cardiologie	Médecine
<b>BIGOT Pierre</b>	Urologie	Médecine
<b>BONNEAU Dominique</b>	Génétique	Médecine
<b>BOUCHARA Jean-Philippe</b>	Parasitologie et mycologie	Médecine
<b>BOUET Pierre-Emmanuel</b>	Gynécologie-obstétrique	Médecine
<b>BOURSIER Jérôme</b>	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
<b>BOUVARD Béatrice</b>	Rhumatologie	Médecine
<b>BRIET Marie</b>	Pharmacologie	Médecine
<b>CALES Paul</b>	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
<b>CAMPONE Mario</b>	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
<b>CAROLI-BOSC François-Xavier</b>	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
<b>CASSEREAU Julie</b>	Neurologie	Médecine
<b>CLERE Nicolas</b>	Pharmacologie/Physiologie	Pharmacie
<b>CONNAN Laurent</b>	Médecine générale	Médecine
<b>COPIN Marie-Christine</b>	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
<b>COUTANT Régis</b>	Pédiatrie	Médecine
<b>CUSTAUD Marc-Antoine</b>	Physiologie	Médecine
<b>CRAUSTE-MANCIET Sylvie</b>	Pharmacotechnie hospitalière	Pharmacie
<b>DE CASABIANCA Catherine</b>	Médecine Générale	Médecine
<b>DESCAMPS Philippe</b>	Gynécologie-obstétrique	Médecine
<b>D'ESCATHA Alexis</b>	Médecine et santé au travail	Médecine
<b>DINOMAS Mickaël</b>	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
<b>DUBEE Vincent</b>	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
<b>DUCANCELLE Alexandra</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
<b>DUVAL Olivier</b>	Chimie thérapeutique	Pharmacie
<b>DUVERGER Philippe</b>	Pédopsychiatrie	Médecine

<b>EVEILLARD Mathieu</b>	Bactériologie-virologie	Pharmacie
<b>FAURE Sébastien</b>	Pharmacologie/Physiologie	Pharmacie
<b>FOURNIER Henri-Dominique</b>	Anatomie	Médecine
<b>FOUQUET Olivier</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
<b>FURBER Alain</b>	Cardiologie	Médecine
<b>GAGNADOUX Frédéric</b>	Pneumologie	Médecine
<b>GOHIER Bénédicte</b>	Psychiatrie d'adultes	Médecine
<b>GUARDIOLA Philippe</b>	Hématologie ; transfusion	Médecine
<b>GUILET David</b>	Chimie analytique	Pharmacie
<b>HAMY Antoine</b>	Chirurgie générale	Médecine
<b>HENNI Samir</b>	Médecine Vasculaire	Médecine
<b>HUNAUULT-BERGER Mathilde</b>	Hématologie ; transfusion	Médecine
<b>IFRAH Norbert</b>	Hématologie ; transfusion	Médecine
<b>JEANNIN Pascale</b>	Immunologie	Médecine
<b>KEMPF Marie</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
<b>KUN-DARBOIS Daniel</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
<b>LACOEUILLE Franck</b>	Radiopharmacie	Pharmacie
<b>LACCOURREYE Laurent</b>	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
<b>LAGARCE Frédéric</b>	Biopharmacie	Pharmacie
<b>LANDREAU Anne</b>	Botanique/Mycologie	Pharmacie
<b>LASOCKI Sigismond</b>	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
<b>LEBDAL Souhil</b>	Urologie	Médecine
<b>LEGENDRE Guillaume</b>	Gynécologie-obstétrique	Médecine
<b>LEGRAND Erick</b>	Rhumatologie	Médecine
<b>LERMITE Émilie</b>	Chirurgie générale	Médecine
<b>LEROLLE Nicolas</b>	Réanimation	Médecine
<b>LIBOUBAN Hélène</b>	Histologie	Médecine
<b>LUNEL-FABIANI Françoise</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
<b>MARCHAIS Véronique</b>	Bactériologie-virologie	Pharmacie
<b>MARTIN Ludovic</b>	Dermato-vénéréologie	Médecine
<b>MAY-PANLOUP Pascale</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
<b>MENEI Philippe</b>	Neurochirurgie	Médecine
<b>MERCAT Alain</b>	Réanimation	Médecine
<b>PAPON Nicolas</b>	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
<b>PASSIRANI Catherine</b>	Chimie générale	Pharmacie
<b>PELLIER Isabelle</b>	Pédiatrie	Médecine
<b>PETIT Audrey</b>	Médecine et Santé au Travail	Médecine
<b>PICQUET Jean</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
<b>PODEVIN Guillaume</b>	Chirurgie infantile	Médecine
<b>PROCACCIO Vincent</b>	Génétique	Médecine
<b>PRUNIER Delphine</b>	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
<b>PRUNIER Fabrice</b>	Cardiologie	Médecine

<b>RAMOND-ROQUIN Aline</b>	Médecine générale	Médecine
<b>REYNIER Pascal</b>	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
<b>RICHARD Isabelle</b>	Médecine physique et réadaptation	Médecine
<b>RICHOMME Pascal</b>	Pharmacognosie	Pharmacie
<b>RODIEN Patrice</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
<b>ROQUELAURE Yves</b>	Médecine et santé au travail	Médecine
<b>ROUGE-MAILLART Clotilde</b>	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
<b>ROUSSEAU Audrey</b>	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
<b>ROUSSEAU Pascal</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
<b>ROUSSELET Marie-Christine</b>	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
<b>ROY Pierre-Marie</b>	Thérapeutique	Médecine
<b>SAULNIER Patrick</b>	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
<b>SERAPHIN Denis</b>	Chimie organique	Pharmacie
<b>SCHMIDT Aline</b>	Hématologie ; transfusion	Médecine
<b>TESSIER-CAZENEUVE Christine</b>	Médecine générale	Médecine
<b>TRZEPIZUR Wojciech</b>	Pneumologie	Médecine
<b>UGO Valérie</b>	Hématologie ; transfusion	Médecine
<b>URBAN Thierry</b>	Pneumologie	Médecine
<b>VAN BOGAERT Patrick</b>	Pédiatrie	Médecine
<b>VENARA Aurélien</b>	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
<b>VENIER-JULIENNE Marie-Claire</b>	Pharmacotechnie	Pharmacie
<b>VERNY Christophe</b>	Neurologie	Médecine
<b>WILLOTEAUX Serge</b>	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

#### **MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

<b>BAGLIN Isabelle</b>	<b>Chimie thérapeutique</b>	<b>Pharmacie</b>
<b>BASTIAT Guillaume</b>	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
<b>BEAUVILLAIN Céline</b>	Immunologie	Médecine
<b>BEGUE Cyril</b>	Médecine générale	Médecine
<b>BELIZNA Cristina</b>	Médecine interne	Médecine
<b>BELONCLE François</b>	Réanimation	Médecine
<b>BENOIT Jacqueline</b>	Pharmacologie	Pharmacie
<b>BESSAGUET Flavien</b>	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
<b>BLANCHET Odile</b>	Hématologie ; transfusion	Médecine
<b>BOISARD Séverine</b>	Chimie analytique	Pharmacie
<b>BRIET Claire</b>	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
<b>BRIS Céline</b>	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
<b>CAPITAIN Olivier</b>	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
<b>CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel</b>	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
<b>CHEVALIER Sylvie</b>	Biologie cellulaire	Médecine
<b>COLIN Estelle</b>	Génétique	Médecine
<b>DERBRE Séverine</b>	Pharmacognosie	Pharmacie

<b>DESHAYES Caroline</b>	Bactériologie virologie	Pharmacie
<b>DOUILLET Delphine</b>	Médecine d'urgence	Médecine
<b>FERRE Marc</b>	Biologie moléculaire	Médecine
<b>FORTRAT Jacques-Olivier</b>	Physiologie	Médecine
<b>GUELFF Jessica</b>	Médecine générale	Médecine
<b>HAMEL Jean-François</b>	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
<b>HELESBEUX Jean-Jacques</b>	Chimie organique	Pharmacie
<b>HERIVAUX Anaïs</b>	Biotechnologie	Pharmacie
<b>HINDRE François</b>	Biophysique	Médecine
<b>JOUSSET-THULLIER Nathalie</b>	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
<b>JUDALET-ILLAND Ghislaine</b>	Médecine générale	Médecine
<b>KHIATI Salim</b>	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
<b>LEGEAY Samuel</b>	Pharmacocinétique	Pharmacie
<b>LEMEE Jean-Michel</b>	Neurochirurgie	Médecine
<b>LE RAY-RICHOMME Anne-Marie</b>	Pharmacognosie	Pharmacie
<b>LEPELTIER Élise</b>	Chimie générale	Pharmacie
<b>LETOURNEL Franck</b>	Biologie cellulaire	Médecine
<b>LUQUE PAZ Damien</b>	Hématologie biologique	Médecine
<b>MABILLEAU Guillaume</b>	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
<b>MALLET Sabine</b>	Chimie Analytique	Pharmacie
<b>MAROT Agnès</b>	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
<b>MESLIER Nicole</b>	Physiologie	Médecine
<b>MIOT Charline</b>	Immunologie	Médecine
<b>MOUILLIE Jean-Marc</b>	Philosophie	Médecine
<b>NAIL BILLAUD Sandrine</b>	Immunologie	Pharmacie
<b>PAILHORIE Hélène</b>	Bactériologie-virologie	Médecine
<b>PAPON Xavier</b>	Anatomie	Médecine
<b>PASCO-PAPON Anne</b>	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
<b>PECH Brigitte</b>	Pharmacotechnie	Pharmacie
<b>PENCHAUD Anne-Laurence</b>	Sociologie	Médecine
<b>PIHET Marc</b>	Parasitologie et Mycologie	Médecine
<b>POIROUX Laurent</b>	Sciences infirmières	Médecine
<b>PY Thibaut</b>	Médecine Générale	Médecine
<b>RINEAU Emmanuel</b>	Anesthésiologie réanimation	Médecine
<b>RIOU Jérémie</b>	Biostatistique	Pharmacie
<b>RONY Louis</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
<b>ROGER Émilie</b>	Pharmacotechnie	Pharmacie
<b>SAVARY Camille</b>	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
<b>SCHMITT Françoise</b>	Chirurgie infantile	Médecine
<b>SCHINKOWITZ Andréas</b>	Pharmacognosie	Pharmacie
<b>SPIESSER-ROBELET Laurence</b>	Pharmacie Clinique et ETP	Pharmacie
<b>TEXIER-LEGENDRE Gaëlle</b>	Médecine Générale	Médecine
<b>VIAULT Guillaume</b>	Chimie organique	Pharmacie

## AUTRES ENSEIGNANTS

<b>PRCE</b>		
<b>AUTRET Erwan</b>	Anglais	Santé
<b>BARBEROUSSE Michel</b>	Informatique	Santé
<b>COYNE Ashley-Rose</b>	Anglais	Santé
<b>O'SULLIVAN Kayleigh</b>	Anglais	Santé
<b>RIVEAU Hélène</b>	Anglais	Santé
<b>PAST/MAST</b>		
<b>BEAUVAIS Vincent</b>	Officine	Pharmacie
<b>BRAUD Cathie</b>	Officine	Pharmacie
<b>DILÉ Nathalie</b>	Officine	Pharmacie
<b>GUILLET Anne-Françoise</b>	Pharmacie DEUST préparateur	Pharmacie
<b>MOAL Frédéric</b>	Pharmacie clinique	Pharmacie
<b>GUITTON Christophe</b>	Médecine intensive-Réanimation	Médecine
<b>KAASSIS Mehdi</b>	Gastro-entérologie	Médecine
<b>PICCOLI Giorgina</b>	Néphrologie	Médecine
<b>POMMIER Pascal</b>	Cancérologie-Radiothérapie	Médecine
<b>SAVARY Dominique</b>	Médecine d'urgence	Médecine
<b>PLP</b>		
<b>CHIKH Yamina</b>	Économie-gestion	Médecine
<b>ATER</b>		
<b>HADJ MAHMOUD Dorra</b>	Immunologie	Médecin
<b>LEMAN Géraldine</b>	Biochimie	Pharmacie
<b>ECER</b>		
<b>HASAN Mahmoud</b>	Pharmacie galénique et physico-chimique	Pharmacie
<b>BARAKAT Fatima</b>	Chimie analytique	Pharmacie
<b>PIRAUX Arthur</b>	Pratique officinale	Pharmacie
<b>AHU</b>		
<b>CORVAISIER Mathieu</b>	Pharmacie clinique	Pharmacie
<b>CHABRUN Floris</b>	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
<b>ROBIN Julien</b>	Dispositifs médicaux	Pharmacie



## REMERCIEMENTS

**Au Dr. Samuel Legeay, directeur de thèse,** pour son accompagnement tout au long de ce travail et ses enseignements tout au long de ma scolarité.

**Au Pr. Olivier DUVAL, professeur des universités,** pour avoir accepté de présider cette thèse.

**Au Dr. Petiteau et au Dr. Prézelin,** pour l'honneur de m'accorder votre présence en tant que membres du jury.

**À tous les pharmaciens et équipes officinales,** qui m'ont accompagné dans mon apprentissage du métier et qui ont su me donner confiance en mes capacités.

**À toute l'équipe éducative de la faculté de pharmacie,** pour leur qualité d'enseignement.

**À mes amis étudiants,** sans qui mes études n'auraient pas été les mêmes.

**À ma famille,** pour m'avoir soutenu et encouragé tout au long de ces années d'étude.

## Sommaire

### Introduction

## **PARTIE 1 : GENERALITES SUR LA DEPENDANCE ALCOOLIQUE ET SA PRISE EN CHARGE. .... 14**

### **1. Généralités sur la dépendance alcoolique**

- 1.1. Historique de la consommation
- 1.2. Définitions de l'alcoolisme et de l'alcoolodépendance
- 1.3. Épidémiologie
- 1.4. Valeurs seuils et types de consommation
- 1.5. Pharmacocinétique
- 1.6. Facteurs de risque et facteurs protecteurs
- 1.7. Mécanisme de la dépendance à l'alcool
- 1.8. Diagnostic et questionnaires de dépistage
- 1.9. Effets et complications de l'éthylisme aiguë et chronique
  - 1.9.1. Effets aigus
    - a) Population générale
    - b) Populations particulières
  - 1.9.2. Effets chroniques
  - 1.9.3. Effets d'un sevrage alcoolique
  - 1.9.4. Prise en charge du sevrage alcoolique

### **2. Prise en charge de la dépendance alcoolique**

- 2.1. Traitements médicamenteux
- 2.2. Traitements non médicamenteux
  - 2.2.1. Règles hygiéno-diététiques
  - 2.2.2. Mesures complémentaires
    - a) Entretiens motivationnels
    - b) Thérapies cognitives et comportementales (TCC)
- 2.3. Rôle du pharmacien d'officine
  - 2.3.1. Conseils à l'officine
    - a) Interaction alcool/médicament
    - b) Automédication
    - c) Rôle d'orientation

## **PARTIE 2 : ENQUETE SUR LA PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE ALCOOLIQUE. VISION ET ATTENTE DES PATIENTS D'UNE OFFICINE EN SARTHE. ....46**

### **1. Introduction**

### **2. Méthodes**

- 2.1. Recueil de données
- 2.2. Lieu de recueil
- 2.3. Présentation du questionnaire

### **3. Résultats**

- 3.1. Typologie des participants
- 3.2. Place du pharmacien
- 3.3. Pharmacien en 1<sup>ère</sup> intention
- 3.4. Attentes du patient
- 3.5. Difficultés du pharmacien
- 3.6. Forces du pharmacien
- 3.7. Prévention à l'officine
- 3.8. Éducation Thérapeutique du Patient à l'officine

### **4. Discussion**

- 4.1. Place du pharmacien
- 4.2. Pharmacien en 1<sup>ère</sup> intention
- 4.3. Attentes du patient
- 4.4. Difficultés du pharmacien
- 4.5. Forces du pharmacien
- 4.6. Prévention à l'officine
- 4.7. Éducation Thérapeutique du Patient à l'officine

### **5. Analyse critique de la méthode**

- 5.1. Échantillon
- 5.2. Biais de sélection
- 5.3. Forme et contenu du questionnaire

### **6. Conclusion**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## Liste des abréviations

<b>ADME</b>	Absorption, Distribution, Métabolisme, Élimination
<b>AINS</b>	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
<b>ALD</b>	Alcool Déshydrogénase
<b>ALDH</b>	Aldéhyde Déshydrogénase
<b>API</b>	Alcoolisation Ponctuelle Importante
<b>AUDIT</b>	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
<b>AVC</b>	Accident Vasculaire Cérébral
<b>CESPHARM</b>	Comité d'Éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française
<b>CFES</b>	Comité Français d'Éducation pour la Santé
<b>CIM-10</b>	Classification internationale des Maladies, 10 <sup>ème</sup> Édition
<b>CIRC</b>	Centre International de Recherche sur le Cancer
<b>CNAM</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
<b>CO<sub>2</sub></b>	Dioxyde de Carbone
<b>CSAPA</b>	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Alcoolologie
<b>DCI</b>	Dénomination Commune Internationale
<b>DETA</b>	Diminuer Entourage Trop Alcool
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DPC</b>	Développement Professionnel Continu
<b>DSM</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
<b>DU</b>	Diplôme Universitaire
<b>EPPH</b>	Effet de Premier Passage Hépatique
<b>ETP</b>	Éducation Thérapeutique du Patient
<b>FACE</b>	Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien
<b>GABA</b>	Acide Gamma-Aminobutyrique
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPST</b>	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
<b>INPES</b>	Institution National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
<b>INSERM</b>	Institution National de la Santé et de la Recherche Médicale
<b>IV</b>	Intraveineux
<b>NAD<sup>+</sup></b>	Nicotinamide Adénine Dinucléotide
<b>OFDT</b>	Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OTC</b>	<i>Over The Counter</i>
<b>RCP</b>	Résumé des Caractéristiques du Produit
<b>RESPADD</b>	Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions
<b>SAF</b>	Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
<b>TCC</b>	Thérapies Cognitivo-Comportementales
<b>TROD</b>	Test Rapide d'Orientation Diagnostic
<b>UGT</b>	Glucuronosyltransférase
<b>WHO</b>	World Health Organisation

## Introduction

Le sujet de la dépendance à l'alcool est encore trop peu abordé en France, bien que l'alcool soit à l'origine de 41 000 décès en 2015, et dont les conséquences sociales et sociétales sont un fléau dans notre pays.<sup>1</sup>

La culture de l'alcool est omniprésente dans notre pays avec le fameux « paradoxe français » qui a longtemps suggéré que la consommation d'alcool en faible quantité était un facteur protecteur cardiovasculaire.<sup>1</sup>

De plus, l'alcool bénéficie d'un traitement privilégié par le simple fait que le marché de l'alcool représente un poids économique important ainsi qu'un employeur de premier ordre en France.

Aujourd'hui, nous savons qu'une faible consommation d'alcool n'est pas bénéfique pour la santé mais contribue largement à l'apparition de nouveaux cancers. D'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), les prétendus effets bénéfiques de l'alcool ne sont liés qu'à des erreurs méthodologiques.<sup>1</sup>

Les traditions françaises peuvent nous faire oublier le coût social et sanitaire de l'alcool, c'est pourquoi, le sujet de la dépendance alcoolique doit être abordé et il semble important de connaître le rôle du pharmacien d'officine dans cette pathologie.

De nos jours, le pharmacien d'officine ne se contente plus de la dispensation des ordonnances, son rôle de prévention est de plus en plus prédominant et est renforcé par les lois successives, en particulier la loi HPST du 21 juillet 2009, qui indique que « Le pharmacien doit concourir aux actions de veille et de protection sanitaire par les autorités de santé ».

Lorsque les pharmaciens sont interrogés sur leur rôle dans la prise en charge des patients dépendants à l'alcool, ils répondent le plus souvent : « ce n'est pas vraiment notre rôle en même temps ».

Cependant, le pharmacien peut être tout à fait légitime pour aborder la dépendance alcoolique avec le patient, car il est le seul acteur de santé qui reçoit sans rendez-vous et qui est bien réparti sur l'ensemble du territoire.

Pour répondre à la question de la place du pharmacien dans la prise en charge de la dépendance, il a été choisi d'interroger les patients d'une officine. L'objectif de ce travail était donc de connaître l'avis des patients sur le rôle du pharmacien dans la prise en charge de la dépendance alcoolique mais également les actions de prévention qui pourraient être mises en place à l'officine.

Pour cela, un questionnaire sur la vision et les attentes du patient, dépendant ou non, envers le pharmacien a été rédigé. Cela a permis de mettre en lumière les forces et les points d'amélioration des pharmaciens en tant que professionnel de santé.

# **Partie 1 : Généralités sur la dépendance alcoolique et sa prise en charge.**

## **1. Généralités sur la dépendance alcoolique**

### **1.1. Historique de la consommation**

Depuis la préhistoire, la consommation d'alcool a toujours existé chez l'homme. A l'origine, il fut obtenu par sérendipité en laissant sans surveillance, des céréales ou des fruits dans de l'eau et se retrouvaient parfois fermentés.<sup>2 3</sup>

Au fil des siècles, la place de l'alcool évolue selon les époques et les civilisations mais ce n'est qu'à partir du 18<sup>ème</sup> siècle que la dépendance et l'abus d'alcool commencent à être considérés comme un problème. Pour la première fois, un médecin du nom de Benjamin Rush décrit la dimension pathologique de la consommation d'alcool dans son « Enquête sur l'effet des spiritueux sur le corps et l'âme humain ». Rush décrit les symptômes cliniques aigus et chroniques de l'alcoolisation massive et émet les premières recommandations thérapeutiques. Son enquête constituera l'acte fondateur de l'alcoologie.<sup>2 4 5</sup>

Ensuite, Magnus Huss aborde la question de l'alcoolisme chronique en 1849 et fait véritablement rentrer cette question en médecine. Huss introduit le terme d'alcoolisme, décrit dans son ouvrage « *alcoholismus chronicus* », les multiples alcoolopathies viscérales et mentales.<sup>2 5</sup>

Après Huss, les études sur les troubles de l'alcoolisme se multiplient, en effet, le syndrome de Gayet-Wernicke et le syndrome de Korsakoff sont décrits pour la première fois.<sup>5</sup>

Puis, avec des publications scientifiques et les écrits de romanciers tels que Dickens et Zola, les premières sociétés de tempérance se constituent en mouvements d'aide dont « La Croix bleue » qui naît en 1877 à Genève sous influence protestante et « la croix d'or » en 1910 sous influence catholique.<sup>2</sup>

Au début du 20<sup>ème</sup> siècle, les Etats-Unis mettent en place la prohibition de l'alcool ce qui a entraîné une interdiction de la fabrication et de la vente d'alcool mais pas la consommation. Ayant des effets bénéfiques pendant quelques temps, la vente illicite d'alcool s'est développée et la consommation a repris à la hausse. En 1933, la prohibition prend fin.<sup>2 5</sup>

A partir des années 1930, en France, des services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge des malades alcooliques s'ouvrent. Des traitements médicamenteux sont utilisés, dont l'apomorphine qui est utilisée dans ce qui s'appelle les « cures de dégoûts ».<sup>2 5</sup>

Parallèlement, les « alcooliques anonymes » et « *al-anon/alateen* » pour l'entourage des dépendants sont des associations qui sont créées en France dans les années 1930 pour soutenir les personnes dépendantes grâce aux partages d'expériences et dont l'objectif est l'abstinence totale.<sup>2</sup>

Après la seconde guerre mondiale, les découvertes de nouvelles molécules et les évolutions de la société permettent une amélioration de la prise en charge des alcoolodépendants. Ainsi, en 1948, le disulfirame est commercialisé et permet de prendre en charge les personnes dépendantes en ambulatoire.<sup>2</sup>

Puis, Elvin Morton Jellinek décrit en 1960 les différents degrés de l'alcoolisme en tant que maladie et une première taxonomie des troubles qui différencie les désordres liés à la consommation d'alcool sans ou avec dépendance. Le « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third edition* » (DSM-3) est inspiré par le modèle biopsychosocial et les travaux de Jellinek.<sup>2 5 6</sup>

Ensuite, Griffith Edwards et Milton Gross décrit en 1976 la dépendance à l'alcool comme un syndrome, qui dépend de facteurs biologiques et culturels. Ce concept a permis de décrire les différents stades de dépendance et a été source d'inspiration pour le DSM-4.<sup>2 5 7</sup>

En 1990, Aviel Goodman préconise l'utilisation du terme « addiction » dont sa définition est « processus par lequel un comportement est caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et par la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives ». <sup>2 5 8</sup>

Enfin, le DSM-5 de 2013 a permis de mettre fin à la distinction entre les abuseurs et les dépendants et de mettre en place une gradation dans l'intensité du trouble.<sup>5</sup>

Pour conclure, les recherches sur la dépendance, les nouvelles molécules ainsi que l'accompagnement par les associations ont permis une nette amélioration de la prise en charge globale. Néanmoins, la dépendance à l'alcool reste un terrain de recherche important et un sujet de préoccupation pour notre société.

## 1.2. Définitions de l'alcoolisme et de l'alcoolodépendance

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié, en janvier 2023 dans « *The Lancet Public Health* », une communication qui affirme que l'alcool provoque des dommages indifféremment de la consommation ou du type de boisson consommé.<sup>9 10</sup>

Malgré ce constat, il existe différents types de consommation, qui va de l'usage simple faiblement à risque à la dépendance alcoolique. Dans le langage courant, l'alcoolisme est évoqué en cas de consommation excessive, répétée et incontrôlée de boissons alcoolisées. Cette définition manquant de clarté, l'OMS a donné une définition plus précise et parle d'alcoolodépendance. Selon l'OMS, l'alcoolodépendance inclut dans sa définition le caractère addictif et le parallèle qui existe avec les autres troubles de la dépendance. Cet état de dépendance s'accompagne de troubles divers, la consommation d'alcool étant considérée comme prioritaire sur tous les autres besoins.<sup>9 10 11 12 13</sup>

Enfin, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool s'accompagnent généralement d'une dépendance physique, qui se caractérise par un syndrome de sevrage ou « *delirium tremens* » à l'arrêt de la consommation.<sup>9 10</sup>

### 1.3. Épidémiologie

Dans le monde, l'usage nocif de l'alcool serait à l'origine de 3 millions de décès chaque année.<sup>13</sup> A l'échelle de la France, 1,5 million de personnes sont alcoolodépendantes et que 2,5 millions de personnes ont une consommation à risque mais parviennent encore à contrôler leur dépendance. De plus, la consommation excessive d'alcool dans notre pays serait responsable, selon les sources, de 33 000 à 49 000 décès par an.<sup>9 10</sup>

L'alcool est la deuxième cause de mortalité prématurée en France. En effet, l'alcool participe à 11% des décès masculins et 4% des décès féminins et représente une des premières causes des hospitalisations.<sup>1</sup> Cela étant à l'origine d'un coût social exorbitant proche de 118 milliards d'euros par an, équivalent à celui du tabac.<sup>1</sup>

Cependant, la consommation d'alcool a régulièrement diminué en France depuis 50 ans, elle est passée de 26 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans en 1961, pour arriver à 12 litres en 2017. Depuis 2017, une stagnation de la consommation d'alcool est observée.<sup>14 15 16 17</sup>

La consommation des Français est très disparate, 13,5% des adultes ne boivent jamais et, au contraire, 10% boivent tous les jours (15,2% des hommes et 5,1% des femmes).<sup>15 16 17</sup>

En outre, les plus âgés sont les plus gros consommateurs quotidiens tandis que les jeunes privilégient le « *binge drinking* » dont le but est d'atteindre l'ivresse le plus rapidement possible (au moins 7 verres pour un homme ou 6 verres pour une femme en moins de 2 heures).<sup>16 17</sup>

D'autre part, le nombre de personnes pris en charge en Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Alcoolologie (CSAPA) a augmenté entre 2010 et 2016 puis une diminution est observée en 2017 (figure 1).<sup>16</sup>

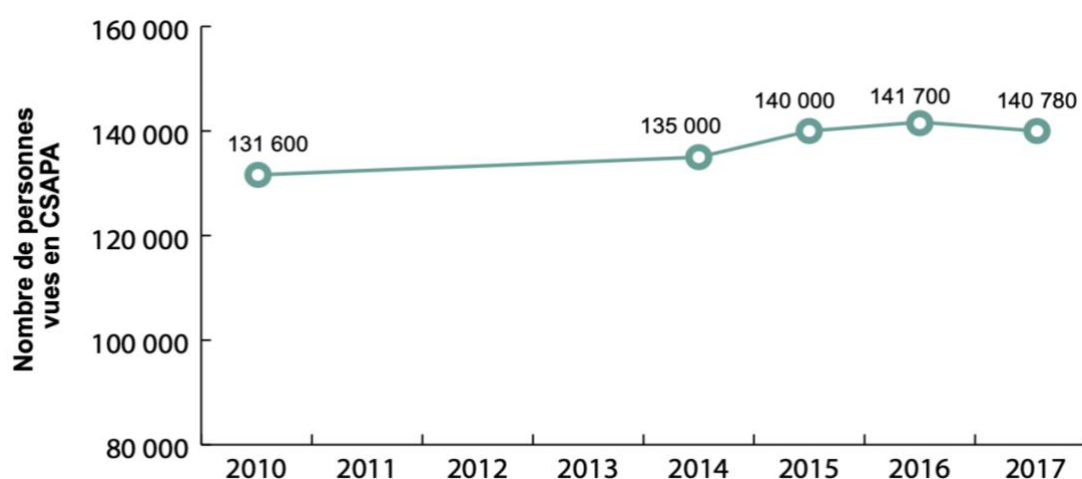


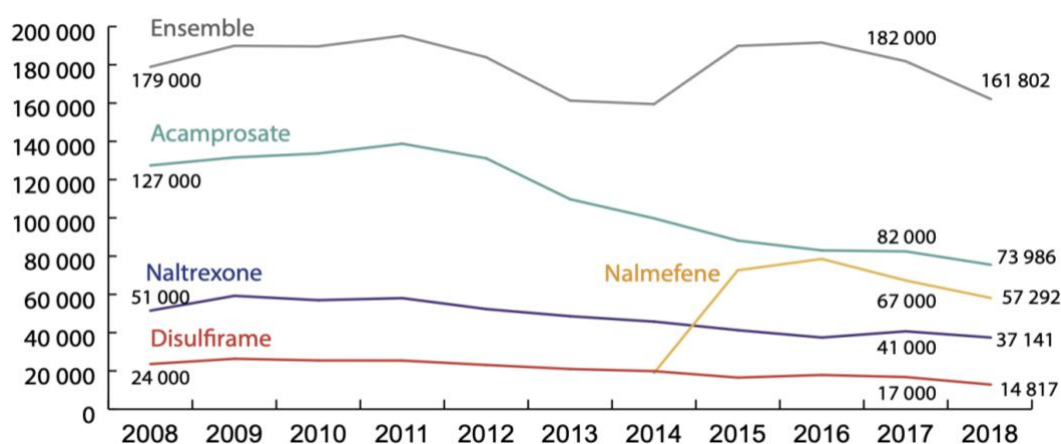
Figure 1 : Nombre de personnes accueillies dans les CSAPA en ambulatoire avec l'alcool comme produit posant le plus de problèmes, 2010-2017.<sup>16</sup>



De surcroît, entre 2017 et 2018, le nombre de bénéficiaires de remboursements de médicaments indiqués dans la dépendance alcoolique (acamprosate, naltrexone, nalméfène, disulfirame) a diminué de 11% (figure 2).<sup>16</sup>

D'autre part, la période 2008-2017 est marquée par une légère augmentation du nombre de personnes traitées par un médicament d'aide au sevrage d'alcool. Le nombre de prescriptions d'acamprosate a subi une baisse importante sur cette période, correspondant à l'augmentation des prescriptions de nalméfène à la suite de sa mise sur le marché en 2013. En revanche, le nombre de personnes sous nalméfène est en diminution depuis 2016.<sup>16</sup>

Le nombre de personnes concernées par l'ensemble de ces prescriptions est estimé à environ 160 000 personnes en 2018, soit le niveau de 2013 avant la mise sur le marché du nalméfène.<sup>16</sup>



**Figure 2** : Nombre de bénéficiaires de remboursements de prescriptions de médicaments d'aide au sevrage d'alcool, 2008-2018 (régime général uniquement).<sup>16</sup>

Enfin, Le baclofène ne peut pas être comptabilisé puisque ce médicament a également des indications dans des affections neurologiques. Cependant, la très forte augmentation de la consommation observée au début des années 2010 est liée à sa prescription dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool.<sup>16</sup>

## 1.4. Valeurs seuils et types de consommation

Tout d'abord, pour émettre des recommandations sur la consommation d'alcool, l'OMS se repose sur deux documents :

- L'AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*), test de repérage des consommations d'alcool problématiques, de 1989<sup>12</sup> ;
- Le Guide Internationale pour l'Observation des Consommations d'Alcool et des Dommages Associés (*International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*), de 2000.<sup>12</sup>

Le « Guide Internationale pour l'Observation des Consommations d'Alcool et des Dommages Associés » fait office de référence dans le monde. L'objectif de ce guide est de proposer des lignes directrices aux États afin de pouvoir assurer une surveillance épidémiologique de la consommation d'alcool ainsi que les dommages induits par cette consommation.<sup>12</sup>

*In fine*, l'objectif pédagogique de ce guide est de permettre aux états de mener une politique de santé publique et de proposer des indicateurs de consommation pour la population générale.<sup>12</sup> Par exemple, la France a adapté ce guide pour être communiqué au grand public.<sup>12</sup>

D'une part, l'OMS fixe la consommation aigue à haut risque à partir de 60g d'éthanol pour un homme (6 verres standards) et 40g pour une femme (4 verres standards). La seule justification de ces valeurs repose sur leurs utilisations en Australie et en Nouvelle Zélande lors de la publication (tableau 1).<sup>12</sup> En effet, ces seuils de risques pour un usage aigue ne prennent pas en compte les facteurs de risques individuels (âge, facteurs génétiques, facteurs psychiques, etc...), ni les différents modes de consommation.

**Tableau 1** : Seuils de risques de consommation d'alcool sur un unique jour.<sup>12</sup>

	<b>Homme</b>	<b>Femme</b>
<b>Risque bas</b>	1 à 40 g	1 à 20 g
<b>Risque moyen</b>	41 à 60 g	21 à 40 g
<b>Risque élevé</b>	61 à 100 g	41 à 60 g
<b>Risque très élevé</b>	+ de 101 g	+ de 61 g

D'autre part, la consommation chronique à haut risque présentent des seuils identiques aux seuils de risques de consommation ponctuelle puisque l'OMS a utilisé une méta-analyse d'études de cohorte de 1995 pour les deux types de consommation (tableau 2).<sup>12</sup>

**Tableau 2** : Niveaux de risques pour les dommages chroniques pour les consommations d'alcool quotidiennes.<sup>12</sup>

	<b>Homme</b>	<b>Femme</b>
<b>Risque bas</b>	1 à 40 g	1 à 20 g
<b>Risque moyen</b>	41 à 60 g	21 à 40 g
<b>Risque élevé</b>	+ de 61 g	+ de 41 g

En France, les seuils de consommation à risque sont décrits selon une unité de verre standard consommé rapporté à une échelle de temps exprimée soit en jour soit en semaine. Ce verre standard correspond à 10 grammes d'alcool pur (figure 3).<sup>18</sup>



Figure 3 : Équivalence en alcool de différentes boissons alcoolisées.<sup>18</sup>

Les recommandations françaises sont plus strictes que celles de l'OMS. En effet, dès 1984, le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES), devenu Institution National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), renvoyait au seuil de trois verres par jour.<sup>12</sup> Puis, en 2017, Santé Publique France recommande, que ce soit pour la femme ou pour l'homme, de limiter sa consommation à 2 verres par jour, avec au moins 2 jours d'abstinence et sans dépasser 4 verres pour la même occasion.<sup>1</sup>

Enfin, la consommation d'alcool n'est jamais sans risque, cependant, des consommations et des usages plus ou moins à risque existent. De l'usage simple à la dépendance, il existe quatre types de consommation<sup>19</sup> :

- Usage simple

Cette consommation correspond à une consommation qui induit peu de conséquences pour l'individu, mais des possibles répercussions sur sa santé sont possibles. La consommation est inférieure aux seuils limites recommandés en France et le consommateur n'est pas dépendant.

- Usage à risques

L'usage à risques est la forme la moins sévère du mésusage, cependant, le seuil de recommandation est dépassé et cet usage peut provoquer potentiellement des complications à tous les niveaux (somatique, psychoaffectif et/ou social).

- Abus ou usage nocif

Cet usage est caractérisé par une consommation induisant des dommages repérables. A ce stade, l'utilisateur est dans la capacité de pouvoir moduler sa consommation en fonction du contexte et arrêter de consommer. Ce type de consommation entraîne des problèmes personnels, psychologiques, somatiques et/ou sociaux, des difficultés, voire l'incapacité à remplir des obligations majeures au travail, pendant les études. L'alcool est utilisé dans des situations qui peuvent s'avérer dangereuses (conduite automobile en état d'ébriété). Néanmoins, la prise de conscience de l'abus ne limite pas la consommation de la substance.

- Dépendance

La dépendance est caractérisée par un besoin irrépressible de consommer, également appelé « *craving* ». Elle s'installe plus ou moins progressivement et le consommateur ne se rend pas forcément compte, dans les premiers temps, de la perte de contrôle de ses consommations. La personne dépendante ne peut plus les moduler en fonction du contexte dans lequel elle se trouve. De plus, le sentiment de perte de contrôle de soi et de tension interne s'accroît et des symptômes de manque physique et psychique plus ou moins marqués apparaissent.

## 1.5. Pharmacocinétique

La pharmacocinétique de l'éthanol est essentielle à la compréhension des effets de la molécule sur l'organisme, elle est la résultante de plusieurs étapes successives décrites ci-dessous :

- Absorption

L'éthanol est absorbé par simple diffusion par l'intestin grêle principalement (70-80 %) et par l'estomac.<sup>20 21</sup> Cette absorption à jeun est complète en 30 minutes et en 2 heures si l'alcool est ingéré en présence de nourriture.<sup>20 21</sup> La nourriture joue sur le sphincter du pylore et réduit la motricité de l'estomac ce qui va prolonger le séjour de l'éthanol dans l'estomac.<sup>20 21</sup>

- Distribution

La distribution de l'éthanol est très rapide (7 à 8 minutes) pour atteindre tous les organes vascularisés.<sup>21</sup> L'éthanol a le même volume de distribution que l'eau libre, sans liaison aux protéines plasmatiques.<sup>21</sup> La solubilité dans les graisses et les os est négligeable.<sup>21</sup> L'éthanol franchit la barrière placentaire, la concentration plasmatique sera donc équivalente chez la mère et chez le fœtus.<sup>21</sup> De plus, l'éthanol se retrouve dans le lait maternel à un niveau comparable au taux d'alcool dans le sang de la mère.<sup>21</sup>

- Métabolisme

Le métabolisme de l'éthanol se fait essentiellement dans le foie, les reins, les intestins et l'estomac jouant un rôle beaucoup plus faible.<sup>20 21</sup> Une faible fraction est métabolisée lors du premier passage hépatique (EPPH).<sup>21</sup>

Le foie transforme l'éthanol en acétaldéhyde grâce à l'aide de 3 enzymes oxydatives (figure 4)<sup>22</sup> : alcool déshydrogénase (ADH), enzymes microsomales du cytochrome P450 (CYP2E1) et la catalase. Puis, l'acétaldéhyde est oxydé en acétate par l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH). Enfin, l'acétate est transformé en eau (H<sub>2</sub>O) et dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>).<sup>20 21 22</sup>

En cas d'alcoolisation chronique, les enzymes de la voie microsomale du CYP450 deviennent essentielles dans le catabolisme. D'autres voies oxydatives apparaissent ayant pour substrat l'acétaldéhyde (aldéhyde oxydase et xanthine oxydase) et des voies non oxydatives (figure 4).<sup>21</sup>

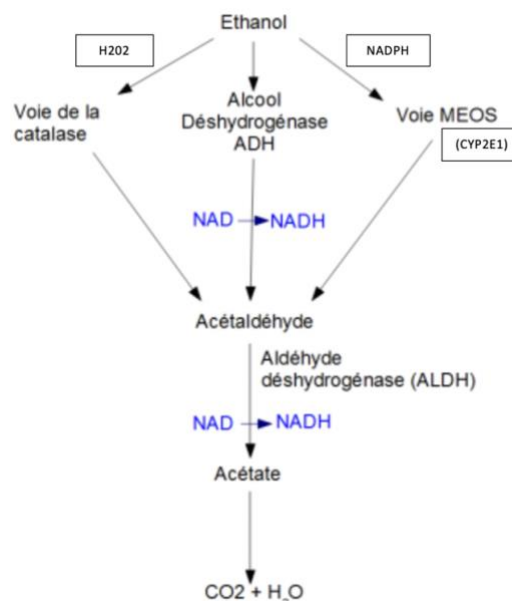


Figure 4 : Le métabolisme de l'éthanol.<sup>22</sup>

- Élimination

L'élimination de l'éthanol est réalisée selon deux voies : l'oxydation enzymatique (90 à 98 %) et l'excrétion sous forme inchangée (2 à 10 %) par l'air expiré, les urines et la sueur.<sup>21</sup> L'élimination de l'éthanol est estimée à 0,15 g/L/h.<sup>20 21</sup>

## 1.6. Facteurs de risque et facteurs protecteurs

Nous ne sommes pas égaux vis-à-vis du risque de dépendance à l'alcool. En effet, le sexe, l'âge, la génétique, certains troubles psychiques, le milieu social, économique et culturel sont des facteurs prédisposants. Chacun de ces facteurs sont détaillés ci-dessous :

- Sexe

Les femmes sont les plus fragiles, les effets de l'alcool se manifestent plus vite puisque leur corps, à poids égal, est moins riche en eau que celui d'un homme. Elles sont donc d'avantage prédisposées à la dépendance chronique.<sup>23</sup> En effet, compte tenu de la masse grasse plus importante chez la femme que chez l'homme, le volume de distribution dans la masse maigre est plus faible ce qui entraîne une concentration dans le sang plus élevée.

- Âge

Le risque de dépendance augmente avec la précocité de la consommation. En effet, un début de la consommation dès l'âge de 11-12 ans multiplie par 10 le risque de développer une dépendance par rapport à une initiation vers 18 ans.<sup>1</sup> D'autre part, le « *binge drinking* » ou Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) entre 18 et 25 ans multiplie par 3 le risque de devenir alcoolodépendant.<sup>23</sup>

- Facteur génétique

Des régions sur les chromosomes 1, 2 et 7 ont été identifiées comme importantes dans cette dépendance. Dans certaines familles où la dépendance à l'alcool est présente, certains gènes pourraient compter pour 50 à 60 % dans la prédisposition à devenir alcoolodépendant<sup>1 21 23 24</sup> De plus, les gènes qui codent pour les enzymes ADH1 et ADH4, seraient responsables d'une résistance à l'alcool et donc pourraient favoriser la dépendance à l'alcool.<sup>21 24</sup>

D'autres mutations favorisent le plaisir engendré par la consommation d'alcool comme le gène DRD2 qui intervient dans la production de dopamine. En effet, chez les enfants de personnes alcoolodépendantes, la consommation d'alcool produirait 4 fois plus de dopamine que chez une personne lambda.<sup>21 24</sup>

Au contraire, une mutation de l'ALDH1, enzyme qui transforme l'acétaldéhyde en acétate, provoque une accumulation de l'acétaldéhyde et entraîne donc des conséquences désagréables d'apparition rapide (nausées, vomissements).<sup>21 24</sup> Cette mutation est très présente chez les personnes asiatiques et permettrait de diminuer par 6 le risque de développer une dépendance à l'alcool.<sup>21 24</sup>

- Facteurs socio-économiques

Le lien entre les facteurs socio-économiques et l'alcoolodépendance n'est plus à démontrer. En effet, l'alcool est à l'origine de 15 fois plus de mortalité dans les milieux les plus pauvres par rapport aux classes aisées.<sup>23</sup>

- Facteurs culturels

Les habitudes de consommation sont directement déterminées par les habitudes culturelles du pays d'origine. En effet, un fort lien existe entre la consommation d'alcool moyenne et la proportion de personnes alcoolodépendantes.<sup>23</sup>

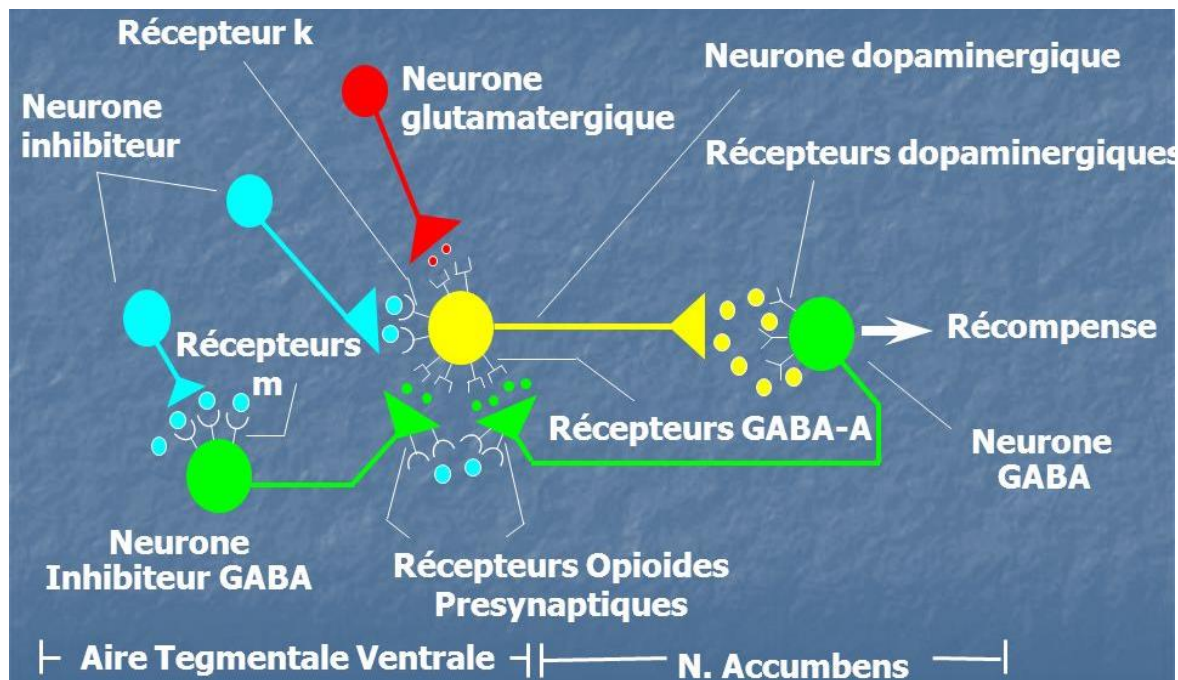
- Facteur psychique

L'alcool possède un effet myorelaxant, anxiolytique et déprimeur du système nerveux central. Ces effets sont recherchés par les personnes souffrant de troubles anxieux et de psychoses. Les personnes présentant des troubles psychiatriques sont donc plus susceptibles de déclarer une alcoolodépendance.<sup>1 23</sup> Des facteurs psychologiques et comportementaux sont également associés à un risque accru de dépendance : impulsivité, recherche de sensations, prise de risque, etc...<sup>1 23</sup>



## 1.7. Mécanisme de la dépendance à l'alcool

La propriété amphiphile de l'éthanol va permettre son interaction avec un certain nombre de récepteurs dans le cerveau en agissant sur les neurotransmetteurs suivants : GABA, glutamate, dopamine et endorphine (figure 5)<sup>25</sup> :



**Figure 5** : Les différents neurotransmetteurs et neurones impliqués dans la biochimie du renforcement.<sup>25</sup>

Premièrement, les principaux récepteurs ciblés par l'alcool sont les récepteurs aux benzodiazépines appelé récepteurs GABA-A couplés à un canal chlore dont l'ouverture sera à l'origine de cinq effets (anxiolytique, sédatif, myorelaxant, amnésiante et antiépileptique).<sup>26</sup>

La fixation de la molécule d'éthanol sur ces récepteurs GABA est également à l'origine de la désinhibition du comportement et de l'effet dépressueur du système nerveux central en cas de forte concentration dans le sang.<sup>26</sup> D'autre part, l'éthanol va s'opposer aux récepteurs NMDA au glutamate, neurotransmetteur qui commande les neurones excitateurs.<sup>26</sup> En cas de consommation chronique d'alcool, le cerveau va s'adapter et diminuer la production de GABA, ce qui explique que le consommateur régulier aura besoin de concentrations de plus en plus élevées d'alcool.<sup>26</sup> De plus, l'éthylisme chronique va entraîner une augmentation des réserves de glutamate et donc une excitabilité de l'alcool.<sup>26</sup> C'est pourquoi, l'arrêt de la consommation d'alcool provoquera une hyperexcitation des neurones par manque de GABA inhibiteur et par excès de glutamate exciteur.<sup>26</sup> Ainsi, le sevrage se traduira par des tremblements, une fatigue extrême, des sueurs, des troubles gastro-intestinaux, une légère tachycardie et une hypertension artérielle.<sup>26</sup> Si le sevrage s'avère important, des hallucinations, des troubles du sommeil avec cauchemars, d'une dépression profonde, des crises d'épilepsie voire un coma peuvent apparaître.<sup>26</sup>

En outre, un phénomène de renforcement négatif de la consommation apparaît par stimulation des récepteurs aux GABA et au glutamate par l'éthanol (tableau 3).<sup>26</sup> En effet, la surstimulation de ce récepteur entraîne une envie continue de consommer pour éviter la sensation de malaise provoquée par l'arrêt de la consommation de la substance.<sup>26</sup> D'autre part, il existe un phénomène de renforcement positif par l'éthanol. En effet, cette molécule va se fixer sur les récepteurs opiacés mu ou kappa, à l'origine d'une sensation de bien-être ce qui favorise la répétition du geste pour se procurer à nouveau du plaisir (tableau 3).<sup>25 26</sup> Enfin, le second neurotransmetteur impliqué dans le renforcement positif est la dopamine, cela explique l'effet stimulant de l'alcool et son rôle dans la dépendance puisque la dopamine est le principal neurotransmetteur du circuit de la récompense.<sup>26</sup> La dopamine joue aussi un rôle central dans le développement de la motivation à consommer la plupart des substances addictives, dans le développement des automatismes de consommation et détourne la motivation des besoins primaires.<sup>26</sup>

**Tableau 3** : Résumé de l'action des neurotransmetteurs sur le renforcement positif et négatif.<sup>25</sup>

	Renforcement positif	Renforcement négatif
<b>GABA (Récepteurs gabaergiques)</b>	Diminution du GABA (consommation chronique) → besoin de plus d'alcool → envie de consommer	Sevrage à l'arrêt → besoin d'alcool pour éviter sensation de malaise
<b>Glutamate (Récepteurs glutamatergiques)</b>	Augmentation du glutamate (consommation chronique) → excitabilité de l'alcool → envie de consommer	Sevrage à l'arrêt → besoin d'alcool pour éviter sensation de malaise
<b>Endorphines (Récepteurs opioïdes)</b>	Bien-être (mu) Sensation de plaisir (mu)	Aversion (kappa) → nausées/vomissements
<b>Dopamine (Récepteurs dopaminergiques)</b>	Effet stimulant Développement de la motivation Détournement des besoins primaires	/

La dépendance pourrait être également influencée par le système de stress et les processus inflammatoires comme une augmentation de la perméabilité intestinale, à l'origine d'une prolifération des protéines bactériennes inflammatoires.<sup>26</sup> Ce phénomène se nomme le syndrome de perméabilité intestinale ou « *leaky gut syndrom* », il serait associé à une augmentation des symptômes de l'anxiété, de dépression et de la consommation d'alcool.<sup>26</sup>



## 1.8. Diagnostic et questionnaires de dépistage

En France, six critères doivent être recherchés pour poser un diagnostic d'alcoolodépendance<sup>10</sup> :

- Tolérance accrue à l'alcool ;
- Syndrome de sevrage ;
- Consommation persistante malgré les problèmes personnels, sociaux ou professionnels ;
- Obsession ;
- Impossibilité de contrôler sa consommation ;
- Besoin puissant, compulsif et irrésistible de consommer.

Plusieurs questionnaires sont utilisés dans le cadre du dépistage de l'alcoolodépendance :

- AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Test-Consumption)<sup>12</sup>

Il s'agit du questionnaire de référence de l'OMS, qui se base sur les douze derniers mois pour évaluer la dépendance à l'alcool en 10 questions (tableau 4).<sup>27</sup> L'OMS a développé ce test en 1989 dans le but de définir des repères de consommations qui puissent être utilisés à l'échelle du monde.

Tableau 4 : Questionnaire AUDIT.<sup>27</sup>

Questions	Points				
	0	1	2	3	4
1) A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2) Combien de verre d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3) A quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
4) Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
5) Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque

6) Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
7) Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
8) Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
9) Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au courant de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
10) Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au courant de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année

L'interprétation du résultat est réalisée en fonction du score total obtenu pour les 10 questions :

- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme ou à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool ;
- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool.

- FACE (Formule pour Approcher la Consommation d'Alcool par Entretien)<sup>28</sup>

Ce questionnaire comprend 5 questions et repose sur l'analyse des consommations au cours des douze derniers mois (figure 6).<sup>28</sup> Il s'agit du questionnaire de référence de la HAS et d'une simplification du questionnaire AUDIT.<sup>12</sup> Le score total permet d'évaluer le type de consommation, du risque faible à la dépendance probable et permet de distinguer le risque chez la femme et chez l'homme.<sup>28</sup>

**1. 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 :**

**2. 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 :**

**3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?**  
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

**4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?**  
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

**5. 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**

Figure 6 : Questionnaire FACE.<sup>28</sup>

- CAGE - DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool)<sup>29</sup>

Le questionnaire CAGE-DETA est le plus simple et sans doute le plus adapté pour une utilisation en pharmacie puisqu'il est très rapide à compléter et offre une bonne valeur prédictive d'un problème de consommation d'alcool.

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives peuvent justifier d'une consultation chez le médecin. En revanche, le principal défaut de ce test est qu'il se base sur un ressenti et non sur des faits objectifs.

## 1.9. Effets et complications de l'éthylisme aiguë et chronique

### 1.9.1. Effets aigus

#### a) Population générale

Les symptômes évoluent avec le taux d'alcool dans le sang, mais les taux sont variables en fonction de la consommation et les taux sont variables selon l'individu (sexe, poids, ...) pour une même quantité d'alcool ingérée.

D'une façon générale, le consommateur présente les symptômes principaux suivants<sup>30 31</sup> :

- 0,2 à 0,5 g/L : tranquillité, légère sédation, diminution de la coordination, de l'attention, de l'acuité visuelle et auditive ;
- 0,5 à 1,0 g/L : altération du jugement et diminution supplémentaire de la coordination, ralentissement du temps de réaction, altération de la perception des objets et de la vision spatiale ;
- 1,0 à 1,5 g/L : troubles de l'équilibre, perturbation des muscles oculaires, troubles de l'élocution, perte d'inhibitions comportementales et troubles de la mémoire ;
- 1,5 à 3,0 g/L : syndrome confusionnel et léthargie, difficulté à tenir debout, perte de mémoire de l'épisode éthylique, coma chez les non-dépendants ;
- Plus de 4,0 g/L : dépression respiratoire, arrêt respiratoire, possible décès.

De plus, les vomissements sont fréquents dans les intoxications modérées à sévères et sont souvent à l'origine d'inhalation pouvant conduire au décès par asphyxie.<sup>30</sup>

D'autres symptômes peuvent apparaître à différents niveaux<sup>31</sup> :

- Digestifs : nausées, vomissements, diarrhées, troubles de la motilité ;
- Cardiovasculaires : troubles du rythme, vasodilatation périphérique, hypotension artérielle ;
- Respiratoires : diminution de la sensibilité des voies aériennes et de la clairance ciliaire.

#### b) Populations particulières

Les complications à la suite d'une intoxication aiguë à l'éthanol sont souvent liées à des populations particulières (femme enceinte, enfant) ou à des comorbidités (diabète, malnutrition). Les enfants ont un risque important d'hypoglycémie en cas d'intoxication aiguë à l'alcool puisque leurs réserves de glycogène sont moins importantes que celles d'un adulte.<sup>30</sup>

Nous trouvons peu de chiffres sur les intoxications aiguës chez l'enfant en France, Santé Publique France a publié dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 13 septembre 2022, ce dernier indiquait 308 passages aux urgences chez les 0-14 ans entre 2016 et 2021 en Nouvelle-Aquitaine. Cela représente 0,4% des urgences pour ce motif.<sup>32</sup>

D'autre part, le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) correspond à l'exposition à l'alcool *in utero* pouvant entraîner un handicap intellectuel important, une microcéphalie, une microphthalmie, un rétrécissement des fentes palpébrales, un épicanthus, un milieu du visage petit ou plat, un sillon sous-nasal plat et allongé, une lèvre supérieure fine, un petit menton, des plis palmaires anormaux, des anomalies cardiaques et des rétractions articulaires.<sup>33</sup> En France, 1 enfant sur 1000 est né avec un syndrome d'alcoolisation fœtale complet, et 1 sur 100 souffre de troubles causés par la consommation d'alcool durant la grossesse.<sup>34</sup> Actuellement, environ 500 000 personnes souffriraient des conséquences des consommations d'alcool de leur mère.<sup>34</sup> Malgré ces chiffres effrayants, 1 femme enceinte sur 3 continue de boire de l'alcool pendant sa grossesse.<sup>34</sup>

Enfin, l'ingestion massive d'éthanol sur la période de vacances (« *Holiday Heart Syndrome* ») peut être à l'origine de fibrillation auriculaire.<sup>35</sup> Le mécanisme de ce syndrome cardiaque n'est pas clairement défini mais il pourrait être lié à 5 voire 10 % des fibrillations auriculaires. Les facteurs de risques de développer ce syndrome sont les aliments gras, salés, le stress, la déshydratation et forcément une importante quantité d'alcool.<sup>35</sup>

### 1.9.2. Effets chroniques

De nombreuses pathologies sont favorisées par la consommation d'alcool à long terme, même pour des quantités faibles consommées telles que certains cancers, des maladies cardiovasculaires et digestives, des maladies du système nerveux et des troubles psychiques.

L'alcool est un cancérigène avéré classé comme tel depuis 1988 par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC).<sup>36</sup> En France, en 2015, 8 % des cancers sont attribuables à l'alcool soit 28 000 cancers et 15000 décès par an.<sup>36 38</sup> Les cancers favorisés par la consommation d'alcool sont la bouche, l'œsophage, larynx, l'estomac, le côlon, le rectum, le foie et sein.<sup>36 37 38</sup>

En ce qui concerne les effets de l'alcool sur le foie, le risque de cirrhose est proportionnel à la quantité d'alcool consommée. La mortalité par cirrhose est augmentée pour toute consommation d'alcool chez la femme et à partir de 12g d'alcool par jour chez les hommes.<sup>36</sup>

De plus, la pancréatite, la gastrite chronique et les varices œsophagiennes sont des pathologies favorisées par l'alcool.<sup>36</sup>

D'autre part, la consommation d'alcool favorise la dépression, les troubles du sommeil, le suicide, la dépendance à d'autres substances (tabac, cocaïne, héroïne...).<sup>39</sup> Cela peut également entraîner des troubles de la mémoire, des capacités de planification, d'attention, de prise de décision et du raisonnement.<sup>39</sup>

En cas de carence en vitamine B1 ou thiamine, une encéphalopathie de Gayet-Wernicke peut se manifester avec des symptômes de confusion, des troubles de la coordination et une altération de l'absorption des folates (vitamine B9) pouvant être à l'origine d'une anémie mégaloblastique.<sup>39</sup>

De plus, le syndrome de Korsakoff se développe généralement après une encéphalopathie de Gayet-Wernicke mais peut se développer de façon indépendante. Il s'agit d'une forme sévère de troubles cognitifs qui se caractérise par des troubles de la mémoire, de l'humeur et une désorientation spatio-temporelle.<sup>40</sup> Les carences vitaminiques sont la conséquence d'un déficit d'apport par l'alimentation, d'une diminution de l'absorption au niveau digestif secondaire à l'effet toxique de l'alcool sur les cellules intestinales et d'une altération du métabolisme hépatique. En effet, les fonctions hépatiques contribuent à la mise en réserve et au métabolisme de nombreux micronutriments.

En outre, la consommation chronique d'alcool peut réduire la fertilité par diminution de la qualité des spermatozoïdes et par modifications hormonales.<sup>39</sup> L'éthylisme chronique augmente le risque d'ostéoporose par diminution de la densité minérale osseuse et contribue à un risque accru de crise de goutte par excès de production d'acide urique.<sup>39</sup> Le risque d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'infarctus du myocarde, de maladie rénale chronique de trouble du rythme cardiaque est augmentée par la consommation d'alcool.<sup>39</sup>

D'ailleurs, la maladie de Dupuytren est une maladie qui se développe à la suite d'une consommation chronique d'alcool et se caractérise par une rétraction de l'aponévrose palmaire, des angiomes stellaires chez la femme et, chez l'homme, des signes d'hypogonadisme et de féminisation.<sup>30</sup>

Enfin, chez les patients ayant des troubles psychiatriques, l'alcool peut être fortement délétère, en effet, l'alcool peut exacerber les symptômes et la dépendance est fortement favorisée en cas de maladies psychiatriques préexistantes.<sup>30 39</sup>

### 1.9.3. Effets d'un sevrage alcoolique

Il existe 4 stades dans le sevrage alcoolique<sup>41</sup> :

1. Signes cliniques précoces ;
2. Hallucinations alcooliques ;
3. Crises convulsives ;
4. *Delirium tremens*.

Les signes cliniques s'installent rapidement après l'arrêt de la consommation. En effet, dès 2 à 6 heures suivant l'arrêt, les premiers signes apparaissent : tremblements, asthénie, céphalées, sueurs, hyperréflexie, troubles digestifs, hypertension artérielle, tachycardie, tachypnée. Les signes précoces restent présents aux autres stades.<sup>30 41</sup>

Les hallucinations alcooliques apparaissent dans un délai de 7 à 48 heures après l'arrêt brutal de la consommation alcoolique. Les symptômes sont visuels et/ou auditifs avec des hallucinations et des cauchemars. De plus, le patient peut développer des troubles psychiatriques de type paranoïa et délire de persécution.<sup>30 41</sup> Les crises convulsives peuvent survenir dans le même temps que l'hallucinoïse alcoolique (7 à 48 heures). Ce sont des crises tonico-cloniques qui peuvent se répéter, mais en dépassant rarement 2 crises de suite.<sup>30 41</sup>

Le *delirium tremens* peut débuter 48 à 72 heures après le début du sevrage alcoolique. Cela s'accompagne de nombreux symptômes cliniques : anxiété, confusion, désorientation, sommeil agité, cauchemars, sudation, dépression, des troubles vestibulaires, hyperthermie, tachycardie, tachypnée, tremblements de repos et ataxie.<sup>30 41</sup> De plus, le *delirium tremens* peut s'accompagner de délires hallucinatoires qui sont différents de l'hallucinoïse alcoolique puisque le patient adhère complètement aux hallucinations. Le patient est très sensible aux stimuli visuels et sensoriels.<sup>41</sup> Cet état évolue sur une période de 5 jours à 14 jours avec une mortalité de 35% sans traitement adapté.<sup>41</sup> En cas de prise en charge optimale, la mortalité peut diminuer à un taux de 5%.<sup>41</sup>

#### 1.9.4. Prise en charge du sevrage alcoolique

Pour prendre en charge le sevrage d'un patient alcoolodépendant, le patient doit être préparé en amont. Le choix du contexte est important, cela repose sur la décision du patient et doit être programmé avec un accompagnement pluriprofessionnel pour éviter au maximum les rechutes (figure 7).<sup>42</sup>

Les contre-indications absolues au sevrage n'existent pas. Le sevrage peut être imposé en cas d'opération ou d'hospitalisation.<sup>42</sup>

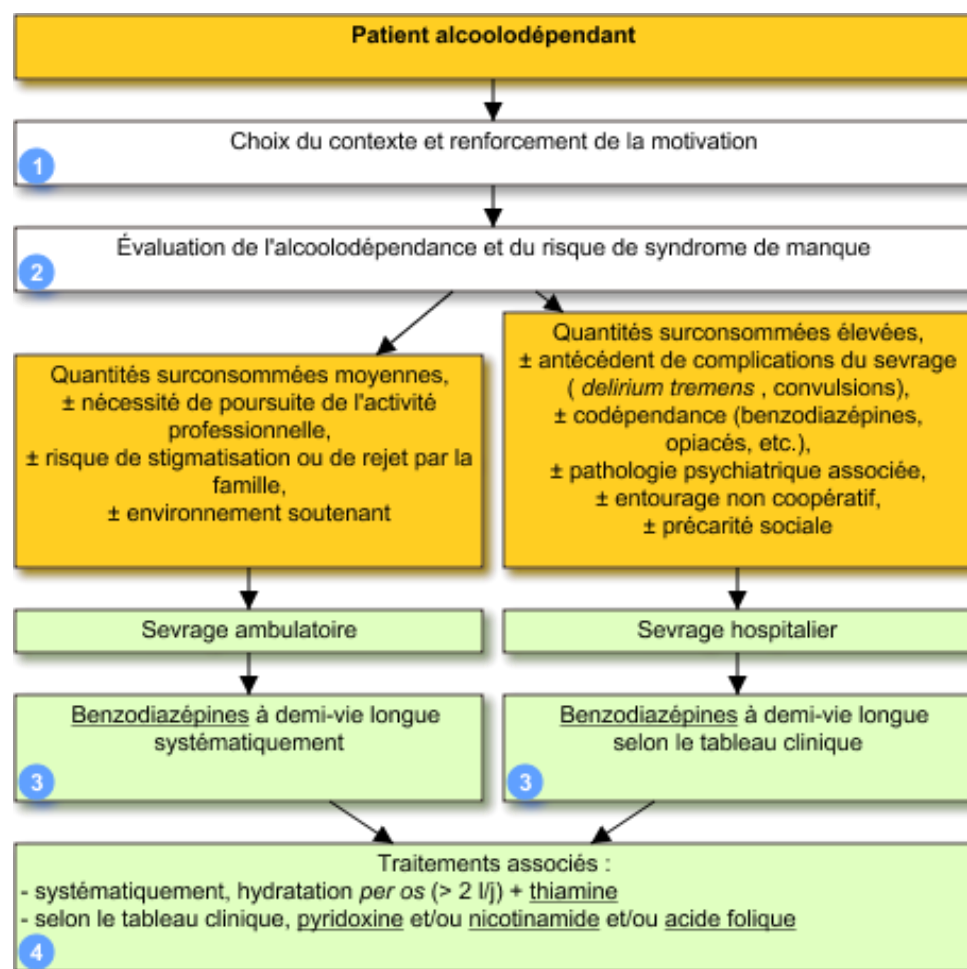


Figure 7 : Prise en charge du sevrage alcoolique.<sup>42</sup>



Il est nécessaire également d'évaluer l'alcoolodépendance et le risque de syndrome de sevrage grâce à des indicateurs (figure 7)<sup>42 43</sup> :

- Signes cliniques (critère le plus important) ;
- Quantités consommées ;
- Antécédents de complications de sevrage ;
- Dépendance à d'autres substances ;
- Pathologie psychiatrique associée ;
- Entourage ;
- Précarité sociale ou non ;
- Marqueurs biologiques anormaux ;
- Score de Cushman ;
- Questionnaires d'alcoolodépendance.

Le traitement par benzodiazépine reste le traitement de référence avec le choix de molécule à demi-vie plutôt longue comme le diazépam (Valium®), qui est la molécule de référence.<sup>44</sup> En effet, il a été démontré en 1969 que les benzodiazépines diminuaient le risque d'apparition du *delirium tremens*.<sup>45</sup> Le schéma posologique classique est 10 mg de diazépam (Valium®) toutes les 6 heures *per os* (PO) pendant 1 à 3 jours puis réduction à une prise par jour pendant 4 jours.<sup>44</sup>

Cependant, d'autres benzodiazépines peuvent être utilisées en alternative (tableau 5). Aucune molécule n'aurait une efficacité qui serait supérieure aux autres.<sup>41</sup> On évite une prescription trop longue de benzodiazépines car ce sont des molécules qui se fixent sur les mêmes récepteurs que l'alcool, il ne faudrait pas remplacer une dépendance par une autre, c'est pourquoi il est nécessaire d'instaurer une décroissance posologique des benzodiazépines.<sup>46</sup> Enfin, en cas d'insuffisance hépatocellulaire, on peut remplacer le diazépam (Valium®) par l'oxazépam (Seresta®) qui est molécule à demi-vie moyenne et n'ayant pas de métabolisme hépatique.<sup>41 44 46</sup>

**Tableau 5** : Posologies des principales benzodiazépines utilisées dans le traitement du syndrome du sevrage alcoolique.<sup>44</sup>

DCI	Nom commercial	Posologie PO	Posologie IV
Diazépam	Valium®	2,5 à 10 mg, 4 fois/jour	5 à 10 mg toutes les 15 à 60 minutes puis toutes les 6 heures
Lorazépam	Temesta®	1 à 2,5 mg, 3 fois/jour	/
Oxazépam	Seresta®	15 à 30 mg, 3 à 4 fois/jour	/
Clorazépate	Tranxene®	25 à 90 mg/jour	Prévention <i>Délirium Tremens</i> : 100 mg/jour Traitement <i>Délirium Tremens</i> : 50 à 100 mg toutes les 3 à 4 heures



Le phénobarbital (Gardenal®) peut être utilisé en association avec les benzodiazépines si les anxiolytiques sont inefficaces seuls (majoration du risque de dépression respiratoire).<sup>44</sup> Le propofol est parfois décrit dans la littérature comme une alternative pour la sédation. Cependant, son utilisation nécessite une ventilation invasive et une admission en réanimation.<sup>44</sup> Les phénothiazines (effet sédatif puissant) et l'halopéridol (Haldol®) (prise en charge des hallucinations) sont parfois utilisés mais sont non recommandés.<sup>31 44</sup>

Une hydratation *per os* est recommandée en fonction de l'état de conscience, mais également de la vitamine B1 *per os* (500 mg/jour), de la vitamine B6, de la vitamine B3 ou PP (si co-prescription de vitamine B1 et B6). La vitamine B9 peut être également prescrite, surtout chez la femme enceinte pour prévenir les anomalies de fermeture du tube neural.<sup>42</sup> La vitamine B1 est prescrite de façon systématique pour prévenir les complications neurologiques (encéphalopathie de Gayet-Wernicke et syndrome de Korsakoff).<sup>42</sup>

De plus, la prise en charge la dépendance tabagique est importante. En effet, ces deux dépendances sont intriquées : l'alcool fait fumer et le tabac fait boire.<sup>42</sup>

Enfin, la prise en charge aux urgences est relativement identique, elle dépendra surtout du score de Cushman (tableau 6). Ce score prend en compte des paramètres cliniques et paracliniques qui sont à surveiller pour évaluer l'évolution de la prise en charge et de la tolérance.<sup>47</sup>

**Tableau 6** : Score de Cushman.<sup>47</sup>

Score de Cushman	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique				
• 18-30 ans	< 125	126-135	136-145	>145
• 31-50 ans	< 135	136-145	146-155	>155
• > 50 ans	< 145	146-155	156-165	>165
Fréquence respiratoire/min	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblements	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisées
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée/contrôlable	Généralisée/incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par bruit ou lumière Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

En fonction du score, il existe trois prises en charge différentes<sup>47</sup> :

- Si le score est inférieur à 7, la prise en charge sera identique à la prise en charge en ambulatoire ;
- Si le score est compris entre 7 et 14 ;
  - Pose d'une voie veineuse en cas de dénutrition, de troubles neurologiques (sommolence, confusion, signes de neuropathie carentielle), de vomissements ou de comorbidité (cirrhose) ; vitamine B1 (1000 mg/24h) et vitamine B6 (500 mg/24h) dans la perfusion ;
  - Pas de perfusion dans les autres cas ;
  - Apports hydroélectrolytiques adaptés à la situation clinique ;
  - Diazépam 10 mg *per os* toutes les 6 heures, sauf si endormissement et vitamine B1 : 2 comprimés, 3 fois par jour pendant 14 jours ;
  - En cas d'hallucinations permanentes, agitation et/ou agressivité, halopéridol 2 mg/mL, 10 gouttes, 3 fois par jour ;
- Si le score est supérieur à 14 ;
  - Diazépam 10 mg en intraveineux (IV) dans 50 mL de chlorure de sodium à 0,9%, à répéter toutes les heures tant que le score est supérieur à 14 ;
  - Réhydratation avec chlorure de sodium à 2 L/24h ;
  - Glucose 5/1000 en IV en cas d'hypoglycémie ;
  - Vitamine B1 en IV, 500 mg dans 50 mL de chlorure de sodium à 0,9% sur une heure ;
  - Passage en réanimation.

La surveillance paraclinique aura pour but de dépister des complications<sup>47</sup> :

- Fonction rénale et enzymes musculaires (insuffisance rénale et/ou rhabdomyolyse) ;
- Ionogramme sanguin (désordres métaboliques) ;
- Paramètres de l'inflammation (dépister une complication infectieuse) ;
- Radiographie pulmonaire si signes de pneumopathie d'inhalation ;
- Autres bilans peuvent être nécessaires en fonction des comorbidités associées.

## 2. Prise en charge de la dépendance alcoolique

La prise en charge thérapeutique commence par une évaluation de la dépendance avec le questionnaire AUDIT-C. A partir des résultats, la consommation d'alcool sera qualifiée de mésusage ou de probable dépendance. Les comorbidités et la capacité du patient à vouloir changer seront également analysées (figure 8).<sup>48</sup> De plus, les pathologies psychiatriques associées (dépression, anxiété, phobie, troubles bipolaires), l'entourage du patient et les conditions d'existence (sans domicile fixe, travail précaire) seront étudiés.<sup>48</sup>



Figure 8 : Prise en charge du mésusage de l'alcool.<sup>48</sup>

Une fois le bilan initial posé, les objectifs du patient à court terme puis à long terme seront définis avec une mise en place d'aménagements dans la vie quotidienne. En outre, des échéances chronologiques et un journal des consommations sont un bon moyen d'obtenir des résultats rapidement.<sup>43</sup> Puis, en fonction du patient et de sa dépendance, la prise en charge peut aller du simple entretien motivationnel à un entretien motivationnel associé à de l'entraide par des pairs et à un sevrage médicalisé puis à un traitement de maintien de l'abstinence.<sup>48</sup> Enfin, les situations pouvant entraîner la rechute seront passer en revue et les possibles faux-pas ne seront pas stigmatisés puisqu'ils sont des étapes vers la guérison.

L'objectif du traitement de la dépendance alcoolique n'est pas obligatoirement une abstinence totale. De plus en plus, pour les personnes ne présentant pas de facteurs de comorbidités, une diminution de la consommation de l'alcool est une alternative.<sup>43 48</sup> Cela peut correspondre à une première étape avant l'arrêt définitif de la consommation, cet objectif acceptable est fortement influencé par le contexte personnel, social et/ou professionnel. En effet, les accidents, les violences, problèmes professionnels (retard, absentéisme) et personnels (éloignement familial) sont souvent à l'origine d'une prise de conscience du patient.

La prise en charge est pluriprofessionnelle, elle doit solliciter le médecin, le psychologue, les travailleurs sociaux, les associations d'entraide. Mais, elle est également globale et intervient à toutes les échelles (médicales, sociales, psychologiques). Cette prise en charge pluridisciplinaire augmente grandement les chances de succès, elle peut se faire à l'hôpital, dans un CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou être coordonnée par le médecin traitant.

Enfin, les autres dépendances doivent être prises en charge, en particulier la dépendance tabagique puisque cette codépendance génère une synergie toxique.<sup>48</sup> Le tabac et l'alcool activent les mêmes régions du cerveau impliquées dans le circuit de la récompense. Le tabagisme favorise l'éthylisme et l'éthylisme favorise le tabagisme.<sup>48</sup>

## 2.1. Traitements médicamenteux

Deux types de médicaments disposent d'une AMM chez les patients ayant une dépendance alcoolique<sup>43</sup> :

- Médicaments du maintien de l'abstinence : acamprosate (Aotal®), naltrexone (Revia®) et disulfirame (Esperal®) ;
- Médicaments réducteurs de la consommation d'alcool : nalméfène (Selincro®) et baclofène (Baclocur®, Lioresal®).

Dans le maintien de l'abstinence, l'acamprosate (Aotal®) et la naltrexone (Revia®) sont les médicaments prescrits en 1<sup>ère</sup> intention. Ce sont deux molécules ayant des mécanismes d'action différents, pouvant être utilisés ensemble.<sup>43</sup>

L'acamprosate permet une régulation de la transmission dopaminergique au niveau mésolimbique (siège du circuit de la récompense).<sup>43</sup> Il s'agit d'un médicament qui peut entraîner des effets indésirables, en particulier au niveau digestif (diarrhées, nausées, vomissements).<sup>49</sup> En cas d'intolérance ou d'un poids inférieur à 60 kg, la posologie passe de 6 à 4 comprimés par jour et la prise peut se faire au cours des repas pour diminuer la biodisponibilité de l'acamprosate. Seule l'insuffisance rénale et l'allaitement sont contre-indiqués. De plus, la réalcoolisation ponctuelle ne constitue pas une contre-indication.<sup>49</sup> Enfin, les études ne suggèrent pas de potentiel d'abus et/ou de dépendance et il n'y a pas d'interactions particulières ni de surveillance clinique ou biologique.<sup>49</sup>

La naltrexone (Revia®) aurait une meilleure efficacité sur le craving (envie compulsive de consommer) et diminuerait davantage les jours de forte consommation, c'est pourquoi, il pourrait être préféré chez les sujets avec une forte dépendance psychique.<sup>50</sup> La naltrexone présente de nombreux effets indésirables (insomnie, anxiété, fatigue, céphalées, troubles digestifs, douleurs musculaires et articulaires).<sup>50</sup> La naltrexone peut être utilisée dans tous les cas pour maintenir l'abstinence, sauf en cas de codépendance aux opiacés.<sup>50</sup> Avant la mise en place de ce traitement, il est nécessaire de s'assurer de l'absence de la prise d'opiacés au cours des 7 à 10 jours précédant l'instauration via un test à la naloxone (antidote).<sup>50</sup> Cependant, les études montrent que la co-administration acamprosate/naltrexone augmente fortement les concentrations plasmatiques de l'acamprosate donc une augmentation potentielle des effets indésirables (surtout digestifs).<sup>50</sup> De plus, l'acamprosate (Aotal®) et la naltrexone (Revia®) sont utilisables dès que possible après l'arrêt la consommation d'alcool.<sup>43 49 50</sup>

En 2<sup>de</sup> intention, le disulfirame (Esperal®) peut être prescrit comme adjuvant dans la prévention des rechutes. Ce médicament est réservé en cas d'échec avec l'acamprosate et/ou la naltrexone, en revanche, le patient nécessite un soutien de l'entourage.<sup>43 48 51</sup>

Le disulfirame est un médicament qui inhibe l'acétyldéshydrogénase, responsable de la transformation de l'acétyldéshydrogène en acétate. L'augmentation de la concentration de l'acétyldéshydrogène va provoquer des bouffées de chaleur, des nausées, des vomissements, un malaise, de la tachycardie et une hypotension. C'est ce qu'on appelle l'effet antabuse.<sup>43</sup> Il s'agit d'un médicament de seconde intention à cause de ses effets indésirables (maux de tête, fatigue, somnolence, dysgueusie) et de ses nombreuses contre-indications (diabète, épilepsie, insuffisance hépatique sévère, insuffisance rénale).<sup>51</sup> C'est pourquoi, la prescription doit être précédée d'un examen médical attentif et d'un bilan biologique (fonction hépatique surtout mais aussi rénale).<sup>51</sup>

Dans la réduction de la consommation d'alcool, le nalméfène (Selincro®) est prescrit en première intention et le baclofène (Baclocur®) en dernier recours.<sup>43</sup>

Le nalméfène (Selincro®) est un antagoniste des récepteurs opiacés ce qui permet une réduction de l'envie impérieuse de boire chez les personnes qui consomment beaucoup d'alcool.<sup>43</sup> Le nalméfène peut être pris indépendamment du repas, la posologie est d'1 comprimé par jour en cas de besoin.

Il doit être pris 1 à 2 heures avant le moment présumé de la consommation d'alcool mais, si la consommation d'alcool a déjà débuté, le comprimé devra être pris le plus rapidement possible.<sup>52</sup> Le nalméfène (Selincro®) présente également de nombreux effets indésirables (insomnie, vertige, céphalées, fatigue et nausées) et les principales contre-indications sont une consommation récente d'opioïdes, une insuffisance rénale et/ou hépatique sévère.<sup>52</sup>

Le baclofène (Baclocur®) est un agoniste des récepteurs GABA-B centraux et périphériques. La dysfonction du récepteur GABA-B a été mise en évidence dans la dépendance alcoolique et est responsable des comorbidités anxieuses, d'un allongement de la durée du syndrome de sevrage et dans le processus de rechute.<sup>53</sup> En effet, l'activation des récepteurs GABA-B entraîne une diminution de la dopamine dans les aires cérébrales du circuit de la récompense (aires mésocorticolimbiques) ce qui serait responsable d'une réponse atténuée ou supprimée aux différentes drogues.<sup>53</sup> Les effets indésirables très fréquents sont : la sédation, la somnolence, la fatigue et les nausées.<sup>54</sup> Seule l'insuffisance rénale terminale contre-indique l'utilisation du baclofène (Baclocur®).<sup>54</sup> Depuis 2021, l'ANSM préconise une posologie thérapeutique ne devant pas dépasser 80 mg/j.<sup>55</sup>

## 2.2. Traitements non médicamenteux

### 2.2.1. Règles hygiéno-diététiques

Les déséquilibres nutritionnels sont fréquents chez les personnes dépendantes à l'alcool, c'est pourquoi un suivi diététique s'avère primordial. Le pharmacien a toute sa place dans ce suivi, en effet, lors des renouvellements d'ordonnance, le pharmacien peut s'assurer que le patient ait toutes les informations nécessaires à une alimentation adaptée à sa pathologie.

En premier lieu, le patient doit s'hydrater suffisamment (au moins 1,5 L d'eau par jour).<sup>56</sup>

Les fruits et les légumes sont les premiers aliments à réintégrer dans l'alimentation lors d'un sevrage alcoolique puisqu'ils sont riches en vitamines (apport de vitamines A, B1, B3, B6 et C, en fibres alimentaires et en minéraux).<sup>56</sup> Par exemple, l'avocat, tous les légumes feuillus et verts, les légumineuses et le soja sont des aliments à consommer.

Les produits céréaliers complets sont également des produits très intéressants. En effet, les pâtes complètes, le riz complet et le pain complet sont riches en fibres et en minéraux.<sup>56</sup>

De plus, l'apport de protéines d'origine animale avec du poisson, des œufs, de la volaille, du porc, du bœuf (apport de B1, B3, B6 et B12) est recommandé. La viande blanche est à privilégier par rapport à la viande rouge qui doit être consommée 1 fois par semaine maximum.<sup>56</sup>

Les huiles végétales (olive, colza, noix) sont à favoriser par rapport aux huiles d'origine animale, puisqu'elles sont sources de vitamine E.<sup>56</sup>

Enfin, les produits laitiers sont à consommer quotidiennement pour apporter de la vitamine D, de la vitamine B2, des protéines et calcium afin de prévenir l'ostéoporose et de renforcer les défenses immunitaires.<sup>56</sup>

D'autre part, la mise en place d'activités physiques adaptées joue un rôle essentiel dans la diminution de la consommation. En effet, l'activité physique permet d'agir sur les voies du système de récompense et va permettre une amélioration de l'estime de soi et de la confiance en prenant conscience de son corps et de ses capacités. Cela permet également la rencontre entre personnes et sortir de l'isolement dû à la consommation de la drogue. Enfin, aucune activité physique n'est à privilégier ou n'est contre-indiquée. Le plus important est de privilégier des activités stimulantes que la personne appréciera. De surcroît, un enseignant en activités physiques adaptées peut proposer un programme d'activités qui permettra à la personne dépendante de s'orienter vers une pratique adaptée et motivante.

## 2.2.2. Mesures complémentaires

### a) Entretiens motivationnels

L'entretien motivationnel est un style relationnel directif, centré sur le patient, qui permet au patient d'aboutir à une réelle prise de décision par augmentation de sa motivation intrinsèque. Il ne s'agit pas d'une psychothérapie.<sup>57 58</sup> Cet entretien peut être bref ou se poursuivre sur plusieurs semaines et cet esprit peut s'appliquer à tous les domaines, que ce soit dans les relations sociales et/ou professionnelles.<sup>57 58</sup>

L'entretien motivationnel repose sur 4 concepts de base<sup>57</sup> :

- Le style relationnel

L'empathie du thérapeute, l'absence de jugement et l'instauration d'une confiance réciproque sont préconisées. La confrontation directe et les attitudes coercitives sont déconseillées. L'entretien se veut directif, le professionnel de santé sélectionne les points du discours qui concerne le changement. L'entretien est également centré sur le patient, il faut appréhender le patient dans sa globalité.

- Les interventions brèves

Ces interventions brèves ont été formalisées selon 6 principes :

- Transmission d'informations objectives sur le patient ;
- Libre choix de continuer ou d'arrêter ;
- Proposition de conseils de façon directive mais non coercitive ;
- Proposition d'un éventail de possibilités de traitement ;
- Écoute réflexive et empathique ;
- Encourager les changements effectués.



- La disposition au changement

Cela consiste en l'aptitude du sujet à modifier son comportement. Le changement de comportement doit devenir la priorité du sujet, le patient doit concrètement mettre un plan d'action et conditionner sa mise en œuvre.

- Le respect du libre arbitre du patient

L'approche traditionnelle se distingue d'un entretien motivationnel par la figure suivante (figure 9)<sup>57</sup> :

Approche traditionnelle	Entretien motivationnel
L'accent est mis sur l'acceptation par le patient qu'il a un "problème"	L'accent mis sur l'acceptation d'une étiquette diagnostique est découragé
L'acceptation du diagnostic, de l'étiquette "alcoolique" ou "toxicomane" est vue comme essentielle à l'amorce d'un changement	Cette acceptation est perçue comme n'étant pas une condition nécessaire à l'amorce d'un changement.
Considère qu'il existe une personnalité pathologique associée, réduisant les possibilités du patient de faire un choix éclairé et d'exercer la possibilité de toute forme de contrôle personnel	Le respect du libre arbitre du patient est considéré comme fondamental
Le thérapeute présente, selon sa perception, des "preuves" témoignant de l'existence d'un "problème" afin de convaincre le patient d'accepter le diagnostic	Le thérapeute fait une évaluation objective et favorise l'expression par le patient de ses préoccupations
La résistance du patient est perçue comme un symptôme de "dénî", un trait de caractère inhérent, nécessitant une approche "confrontante"	La résistance du patient est vue comme des modalités de relation interpersonnelle déclenchées en partie par les comportements inadaptés du thérapeute.
La résistance du patient est surmontée par l'argumentation et un rappel à l'ordre	La résistance du patient est surmontée en utilisant un style empathique et l'écoute réflexive
Les objectifs du traitement sont définis par le thérapeute seul, le patient étant considéré "en déni" et donc incapable de prendre les bonnes décisions	Les buts et les stratégies de traitement sont négociés entre le patient et le thérapeute Les résultats de l'évaluation, l'acceptabilité et l'implication du patient dans le choix et la mise en œuvre du plan de traitement sont jugés cruciaux

**Figure 9** : L'entretien motivationnel et l'approche traditionnelle.<sup>57</sup>

Lors d'un entretien motivationnel, les méthodes utilisables sont<sup>58 59</sup> :

- L'écoute réflexive, qui consiste à écouter avec attention et donner un sentiment de compréhension au patient ;
- Les questions ouvertes, qui permettent au patient de s'exprimer librement ;
- Le fait de résumer et d'encourager le patient ;
- Le discours motivationnel, qui consiste à présenter les avantages du changement et les inconvénients de la situation actuelle ;
- Exprimer de l'optimisme ;
- Représenter les objectifs et les valeurs à l'aide d'un tableau ;
- Les réponses réflexives, qui consistent à déplacer l'attention sur autre chose que le problème pour pouvoir contourner les obstacles au lieu de les affronter de face et se retrouver dans une situation de blocage ;
- Considérer les échecs comme une étape indispensable vers la guérison.

En conclusion, l'entretien motivationnel peut être utilisé par tous les professionnels de santé, y compris le pharmacien et pour toutes les pathologies qui requièrent un changement dans la vie du patient.



## **b) Thérapies cognitives et comportementales (TCC)**

Les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) sont une des méthodes qui prennent en charge les pathologies psychiatriques et psychologiques (anxiété, dépression, troubles obsessionnels compulsifs, trouble panique, dépendance) en appliquant une méthodologie basée sur l'apprentissage.<sup>60</sup> Ce sont des méthodes qui ont été développées à partir des années 1950, en réaction à la psychanalyse qui ne parvenait pas à résoudre tous les problèmes et qui se concentrait uniquement sur le subconscient.<sup>60</sup> Les TCC sont pratiquées uniquement par les psychiatres et les psychologues, qui ont été formés préalablement en TCC.

Le postulat est que le comportement inadapté d'une personne résulte d'expériences qui se sont produites dans des circonstances similaires.<sup>60</sup> La thérapie a pour objectif de modifier le comportement inadapté pour qu'il soit en adéquation avec la volonté du patient.<sup>60</sup> Pendant longtemps, les professionnels de santé ont pensé que seule l'abstinence avait valeur de guérison alors qu'une diminution nette de la consommation sans comorbidités est souvent un résultat satisfaisant. Dans tous les cas, toute réduction de consommation est préférable à l'inaction.

Dans le cas de la dépendance à l'alcool, il est nécessaire de faire reconnaître au patient les situations qui sont à risque et de mettre en place des stratégies pour éviter la rechute.

Les séances de TCC se décomposent en 4 phases<sup>60</sup> :

- L'analyse fonctionnelle ;
- La définition d'un objectif de traitement ;
- La mise en œuvre du programme de soins ;
- L'évaluation des résultats.

Lors des interventions, les séances de TCC vont se concentrer sur 3 axes<sup>60</sup> :

- Le comportement, considéré comme un trouble à part entière ;
- La cognition, acquisition de savoir sur soi et sur le monde ;
- L'émotion, capacité à gérer l'exposition, le vécu et la gestion de ce phénomène.

De plus, La relation avec le thérapeute doit être positive et empathique.<sup>60</sup>

Enfin, de façon plus concrète, pour prendre en charge la dépendance à l'alcool, les séances de TCC comportent plusieurs techniques<sup>60</sup> :

- La prévention de la rechute ;
- L'acquisition de compétences sociales ;
- Les approches de renforcement communautaire ;
- La gestion de la rechute.

## 2.3. Rôle du pharmacien d'officine

### 2.3.1. Conseils à l'officine

#### a) Interaction alcool/médicament

Au niveau pharmacodynamique, l'alcool potentialise les effets indésirables de certains médicaments, en particulier en diminuant la vigilance, en majorant le risque hypoglycémique chez les diabétiques et en favorisant les chutes, les hypotensions, une toxicité hépatique et stomacale.<sup>61</sup>

<sup>62</sup>

D'autre part, en cas de prise concomitante d'AINS et d'alcool, cela favorise le risque d'ulcère et d'hémorragie digestive.<sup>61</sup> En effet, la consommation d'alcool peut également agir sur les effets des médicaments en les potentialisant ce qui peut conduire à un risque iatrogène.

De plus, des pictogrammes sont présents sur les boîtes de médicaments afin d'indiquer le risque de somnolence, d'altération de la vigilance et de pertes de réflexes lorsqu'on conduit une voiture. Il y a donc 3 niveaux croissants (figure 10) afin d'indiquer au consommateur la conduite à tenir en cas de prise du médicament.<sup>63</sup> Les hypnotiques, les anxiolytiques, les opioïdes et les antihistaminiques de 1<sup>ère</sup> génération sont particulièrement susceptibles d'entraîner ce type d'effets secondaires.<sup>63</sup>



Figure 10 : Pictogrammes présents sur les boîtes de médicaments.<sup>63</sup>

Au niveau pharmacocinétique, l'alcool interagit sur les 4 stades (absorption, distribution, métabolisme, élimination) :

- Absorption

Certains médicaments peuvent retarder ou accélérer l'absorption de l'éthanol ce qui entraîne un différé dans l'apparition de ses effets. Par exemple, l'imipramine et le clomipramine sont des antidépresseurs qui entraînent un retard dans l'absorption de l'alcool.<sup>61 62</sup> D'un autre côté, le métoclopramide, la dompéridone et l'érythromycine peuvent accélérer et/ou augmenter l'absorption de l'alcool et donc avancer l'apparition de ses effets.<sup>61</sup> En outre, les vomissements entraînés par l'alcool peuvent diminuer l'absorption des médicaments s'ils ont été ingérés dans les 3 à 4 heures précédents.<sup>61</sup>

- Distribution

Les médicaments à marge thérapeutique étroite peuvent être fortement affectés par la consommation d'alcool. En effet, plus la consommation d'alcool augmente, plus la déshydratation sera importante ce qui entraînera un possible surdosage pour les médicaments fortement hydrophiles.<sup>61</sup>

De plus, la distribution d'un médicament varie d'une personne à l'autre, une personne obèse accumule plus les médicaments lipophiles dans le tissu adipeux qu'une personne maigre.<sup>64</sup> De la même façon, une personne âgée accumule plus les principes actifs lipophiles puisque la graisse corporelle augmente avec l'âge.<sup>64</sup>

- Métabolisme

En tant que principal organe qui métabolise les médicaments, le foie va jouer le rôle d'épurateur à l'aide de ses enzymes.<sup>61</sup>

Tout d'abord, les médicaments comme les nitro-imidazolés (métronidazole, kétoconazole, miconazole) et dérivés sulfamides (gliclazide, glibenclamide, sulfaméthoxazole) vont entraîner une accumulation d'acétaldéhyde par inhibition d'une enzyme, à l'origine d'un syndrome antabuse (bouffées de chaleur, nausées, vomissements, hypotension, vertiges).<sup>61</sup> Par exemple, le disulfirame est utilisé pour cette propriété antabuse en seconde intention dans la prise en charge de la dépendance alcoolique.

De plus, l'alcool a un effet inhibiteur des cytochromes (CYP), notamment CYP2E1 et CYP2C9, en cas de consommation occasionnelle.<sup>65</sup> Inversement, il a un effet inducteur sur les mêmes cytochromes en cas de consommation chronique.<sup>65</sup> Ainsi, par exemple, l'impact sur la warfarine d'une consommation aiguë d'alcool majore l'effet anticoagulant de la warfarine, alors qu'une consommation chronique a tendance à diminuer son efficacité anticoagulante.<sup>65</sup>

En règle générale, tous les médicaments ayant un métabolisme hépatique sont à éviter en cas de prise d'alcool car cela peut entraîner des lésions supplémentaires au niveau hépatique. C'est le cas du paracétamol, qui est métabolisé par le cytochrome 2E1 en métabolite hépatotoxique (NAPQI). En effet, la consommation chronique d'alcool jouera un double rôle délétère : d'une part, elle augmente l'activité du cytochrome 2E1 et conduit à la formation accrue du métabolite toxique, et d'autre part, elle diminue le stock en glutathion, voie de détoxification du NAPQI, ce qui potentialise à nouveau la toxicité hépatique du paracétamol.<sup>65</sup>

- Élimination

La vitesse d'élimination des médicaments peut être modifiée par l'alcool puisque l'alcool monopolise le foie afin d'être éliminé retardant ainsi le métabolisme des médicaments.<sup>61</sup>

## **b) Automédication**

Les médicaments disponibles sans ordonnance en *Over The Counter* (OTC) comme le paracétamol ou l'ibuprofène peuvent interagir avec l'alcool, c'est pourquoi il est nécessaire de faire de la prévention au comptoir.

De plus, les compléments alimentaires à base de phytothérapie, d'aromathérapie ne sont pas dénués d'interactions et sont rarement étudiés dans les études.

Par exemple, les extraits séchés des fleurs de kudzu augmenteraient la vitesse d'élimination de l'acétaldéhyde au niveau sanguin dont l'accumulation est responsable des effets délétères de l'éthanol.<sup>66</sup> Le kudzu prolongerait l'effet procuré par l'alcool et diminuerait ainsi le besoin de répéter la consommation.<sup>66</sup>

Lors d'un conseil avec ou sans ordonnance, le pharmacien doit rester vigilant et adapter ses recommandations. Certains bains de bouche contiennent de l'alcool comme la chlorhexidine/chlorobutanol (Eludril®) et peuvent être sources de tentation pour un ancien buveur. L'alcool masqué peut se trouver également dans les sirops antitussifs, les dentifrices, les lotions, les gels, les savons et les teintures. En effet, l'éthanol est un excipient à effet notoire dont la présence est réglementée car il peut causer des effets indésirables, et notamment l'apparition de mésusage.

Selon une étude lilloise, qui utilise la base de données « Thériaque », les chercheurs ont pu identifier toutes les spécialités commercialisées engendrant une prise unitaire d'éthanol supérieure à 0,1 g.<sup>67</sup> Cette recherche met en évidence 106 spécialités orales contenant de l'éthanol (1,2%) dont 2 spécialités à une dose journalière supérieure à 13 g et la majorité (57/106 ; 54%) à une dose journalière inférieure à 1 g.<sup>67</sup> Les solutions buvables sont les plus fréquemment retrouvées (91%) dont 46 % de phytothérapie et la classe thérapeutique la plus représentée est celle des antitussifs (11%).<sup>67</sup>

En novembre 2023, après avoir consulté la base de données « Thériaque », 314 spécialités orales contenant de l'alcool éthylique comme excipient ont été retrouvées.

De plus, le pharmacien doit insister sur les risques d'interaction des médicaments avec l'alcool, surtout en cas de conduite automobile. En France, 3 à 4 % des accidents sont attribuables à la consommation de médicaments.<sup>68 69</sup> Dans les pays occidentaux, des études montrent qu'environ 10 % des accidentés de la route prenaient des anxiolytiques et hypnotiques, surtout ceux de la famille des benzodiazépines.<sup>68 69</sup>

Néanmoins, de nombreux autres médicaments sont également susceptibles d'altérer vos capacités de conduite comme des antalgiques, des sirops antitussifs opiacés ou antihistaminiques, des antihistaminiques pour le mal des transports ou les allergies. De plus, les médicaments chroniques peuvent jouer sur la vigilance comme les antihypertenseurs, les antiparkinsoniens, les antidiabétiques, etc...

Le pharmacien doit alerter sur les signes avant-coureurs<sup>69</sup> :

- Fatigue, envie de dormir, sensation de faiblesse ;
- Vertiges ;
- Troubles de la vue ;
- Tremblements, faiblesse musculaire, fourmillements, engourdissements.

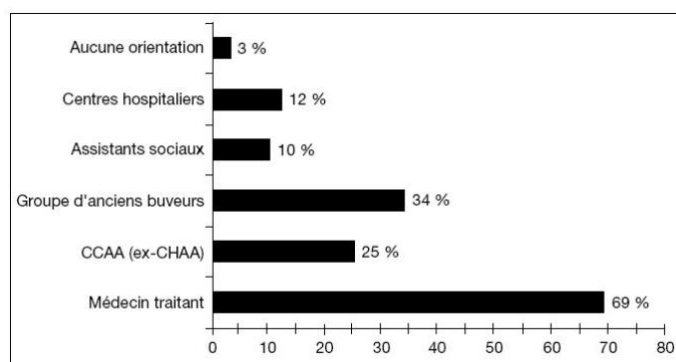
### c) Rôle d'orientation

Par sa proximité avec le patient et ses connaissances, le pharmacien joue un rôle clé dans l'orientation du malade. En particulier dans les pathologies qui peuvent être parfois invisibles comme la dépendance à l'alcool. De surcroît, l'article 38 de la loi HPST renforce le rôle de prévention primaire des pharmaciens (« les pharmaciens d'officine contribuent aux soins de premier recours »).<sup>70</sup>

Pour informer la patientèle, le pharmacien peut demander des documents auprès du Comité d'Éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française (CESPHARM) mais également se former à partir du guide d'addictologie en pharmacie d'officine mis en place par le Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD).

Actuellement, le pharmacien peut orienter vers le médecin généraliste ou une structure spécialisée en cas de dépistage précoce ou de confidences de la part du patient.

Dans une revue de santé publique de 2001, les pharmaciens considèrent à 97 % que le rôle d'orientation fait partie de leur mission de santé publique.<sup>71</sup> Seul le rôle d'orientation est joué par la majorité du métier. Majoritairement, les pharmaciens orientent leurs patients alcoolodépendants vers le médecin traitant (figure 11).<sup>71</sup> En second temps, les officinaux orientent vers les structures spécialisées de ville, puis ils orientent vers les structures hospitalières.<sup>71</sup>



**Figure 11** : Orientation des sujets alcoolodépendants par le pharmacien d'officine vers des structures de prise en charge (plusieurs réponses possibles par répondant).<sup>71</sup>

Ces différences s'expliquent par le fait que les pharmaciens considèrent que seul le médecin traitant peut orienter vers ces structures et que le médecin reste l'acteur central de la prise en charge de l'alcoolodépendance.<sup>71</sup>

Malheureusement, le pharmacien d'aujourd'hui ne joue pas le rôle de prévention comme il le devrait, il ne participe pas non plus à l'accompagnement du patient alcoolodépendant, que ce soit au niveau du dépistage ou au niveau du suivi.

C'est pourquoi dans la seconde partie, les désirs des patients ont été interrogés, qu'ils soient dépendants ou non. L'objectif est de comprendre la place du pharmacien dans l'échiquier de la santé.

## **Partie 2 : Enquête sur la place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la dépendance alcoolique. Vision et attente des patients d'une officine en Sarthe.**

### **1. Introduction**

Les patients, qu'ils soient dépendants ou non, ont été interrogés puisque la dépendance à l'alcool est omniprésente dans la société et est sous-diagnostiquée. De plus, cette étude a permis de s'interroger sur la vision du patient concernant la place du pharmacien dans la prise en charge de la dépendance alcoolique.

Peu de campagnes de prévention sont organisées en France, même si Santé Publique France organise chaque année des dispositifs de sensibilisation. En effet, les thèmes se concentrent souvent sur l'alcool au volant ou le « *binge drinking* » mais la consommation d'alcool du quotidien n'est jamais abordée. Pourtant, cette simple consommation n'est pas sans risque, l'enquête auprès des patients sera l'occasion de transmettre l'information sur les risques de la consommation d'alcool, que ce soit à court ou à long terme.

D'autre part, les questions sont orientées sur la vision et l'attente que les patients peuvent avoir vis-à-vis du pharmacien, cela a pour objectif de ne pas mettre le patient dans une situation désagréable qui serait contre-productive.

De plus, la consommation d'alcool de la patientèle n'a pas été évaluée puisque les chiffres seraient sûrement faussés. En effet, les déclarations de consommation sont bien souvent sous-estimées par peur du jugement de la part d'un professionnel de santé ou pour le simple fait de se rassurer concernant sa consommation.

Enfin, le dernier objectif de cette enquête est de montrer que le rôle du pharmacien dans cette pathologie ne se cantonne pas à l'orientation du patient. Il peut et doit accompagner, suivre la prise en charge et conseiller le patient, que ce soit avec ou sans ordonnance.

## 2. Méthodes

### 2.1. Recueil de données

L'élaboration des questionnaires a été réalisée d'une manière à ce que les questions soient simples et lisibles, mais également que le questionnaire ne demande pas trop de temps aux patients, de l'ordre de 5 à 10 minutes.

Le but était de ne surtout pas mettre mal à l'aise les patients donc les temps d'attente lors des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) de l'angine, des dépistages de covid-19/grippe et des téléconsultations ont été privilégiés pour faire remplir les questionnaires aux patients.

Les patients interrogés sont venus au moins 4 fois sur la dernière année avec une ordonnance afin d'interroger uniquement les patients qui sont des habitués de la pharmacie. En revanche, les personnes de moins de 18 ans et les patients sous tutelle/curatelle sont exclues de l'étude puisqu'il est nécessaire d'avoir l'accord du responsable légal qui n'est pas forcément présent.

De plus, seuls l'âge, le sexe et les antécédents de traitement contre la dépendance alcoolique ont été récoltés ce qui permet de garantir leur anonymat.

Les données ont été collectées sur un *Google Forms* permettant une collecte et une analyse rapide des réponses grâce à la création automatique d'un lien vers *Google Sheets*.

Pour être certain que les personnes ne soient pas interrogées deux fois, une seule personne avait la charge de faire remplir les questionnaires aux patients et le reste de l'équipe officinale n'a pas été mise au courant des résultats pour garantir l'anonymat des participants.

L'enquête a pu commencer le 15 mars 2023, date à laquelle la qualification réglementaire a été soumise et validée par le comité d'éthique de la recherche non-interventionnelle de l'université de Nantes avec le numéro de référence n°14032023-1.

### 2.2. Lieu de recueil

La pharmacie Flotté-Couilleaux est une pharmacie semi-rurale de centre commercial, située à moins de 10 km de la ville du Mans.

Entre 300 et 400 patients franchissent la porte de la pharmacie chaque jour.

La pharmacie Flotté-Couilleaux est la seule pharmacie de la commune, qui compte environ 5000 habitants.

L'équipe officinale se compose de 4 pharmaciens, 7 préparatrices et 2 apprenties.

## 2.3. Présentation du questionnaire

L'objectif de ce projet de recherche est d'évaluer la place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la dépendance alcoolique vue par les patients, alcoolodépendants ou non, d'une pharmacie en Sarthe.

Sexe :

- Homme
- Femme

Age (en années) :

- 

Avez-vous déjà pris ou prenez-vous un traitement pour lutter contre la dépendance à l'alcool ?

- Oui
- Non

D'après vous, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la prise en charge de la personne dépendante à l'alcool ?

- Rôle comparable aux autres professionnels de santé
- Rôle complémentaire
- Absence de rôle significatif
- Autre : .....

En cas de dépendance à l'alcool, vous adresseriez-vous en premier lieu à un pharmacien ?

- Oui
- Non

En cas de dépendance à l'alcool, qu'attendez-vous/qu'attendriez-vous du pharmacien ? (plusieurs réponses possibles)

- Explication et conseils de bon usage des médicaments pour l'arrêt de la consommation et/ou le sevrage à l'alcool
- Conseils en cas d'automédication (médicaments sans ordonnance contenant de l'alcool)
- Accompagnement et suivi de prise en charge lors d'un renouvellement d'ordonnance
- Rôle de prévention de la dépendance alcoolique
- Rôle d'orientation dans le parcours de soin
- Autre : .....



Selon vous, quelles sont les principales difficultés que rencontrent les pharmaciens pour participer à la prise en charge de la personne dépendante à l'alcool ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque de confidentialité
- Absence de collaboration avec les autres professionnels de santé
- Manque de confiance dans le personnel officinal
- Manque de formation
- Autre : .....

Quelles sont les forces du pharmacien d'officine pour cette prise en charge ? (plusieurs réponses possibles)

- Professionnel de santé qualifié
- Proximité
- Disponibilité
- Bienveillance
- Écoute attentive
- Conseils
- Suivi
- Autre : .....

Pensez-vous que le pharmacien doit davantage participer à des actions de prévention de la dépendance à l'alcool (journée de prévention, affichage, documents à disposition, ...) ?

- Oui
- Non

Si un programme d'éducation thérapeutique était mis en place en pharmacie, qu'aimeriez-vous apprendre lors d'une séance avec le pharmacien ? (plusieurs réponses possibles)

- Mécanismes de l'addiction
- Impact de l'alcool à court et à long terme
- Traitements médicamenteux
- Traitements non médicamenteux
- Autre : .....

Avez-vous des remarques ou des suggestions ? (Commentaire libre)

### 3. Résultats

#### 3.1. Typologie des participants

Entre le 23 mars et le 21 novembre 2023, 93 réponses aux questionnaires (52 femmes et 41 hommes) ont été recueillies. Parmi ces réponses, 78 proviennent de personnes non dépendantes et 15 proviennent de personnes ayant un traitement pour la dépendance à l'alcool (10 hommes et 5 femmes).

Pour les personnes alcoolodépendantes, le recueil des questionnaires s'est fait sur trois jours (le 1 juillet 2023, le 16 octobre 2023 et le 23 octobre 2023). Afin de garantir une confidentialité et une discrétion la plus stricte, un rendez-vous téléphonique ou un entretien dans le local de confidentialité a été proposé à ces patients.

Au total, à la pharmacie Flotté-Couilleaux de Mulsanne, 18 patients sont sous traitement médicamenteux pour dépendance à l'alcool.

Sur ces 18 patients, 3 personnes n'ont pas répondu au questionnaire dont 2 personnes pour des raisons personnelles et 1 dernière dont l'état de santé ne le permettait pas.

Sur les 15 patients alcoolodépendants ayant acceptés de répondre à ce questionnaire, seule 1 personne a choisi l'entretien de vive voix dans le local de confidentialité de la pharmacie.

Pour les 14 autres patients, ils ont préféré un entretien téléphonique le 16 octobre ou le 23 octobre en fonction de leurs emplois du temps respectifs.

Les femmes (52) ont été plus interrogées que les hommes (41) (tableau 7), ce qui est en accord avec le fait que ce sont plus souvent les femmes qui s'occupent des questions de santé dans les foyers français.<sup>72</sup>

D'autre part, les femmes représentent 33,3% des personnes dépendantes dans notre échantillon, ce qui est une proportion supérieure à la moyenne nationale. En effet, le risque de dépendance est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (13,3% des hommes contre 4% des femmes selon le test DETA).<sup>73</sup>

Tableau 7 : Caractéristiques des participants.

	Dépendants	Non dépendants	Total
Homme	10 (66,7%)	31 (39,7%)	41 (44,1%)
Femme	5 (33,3%)	47 (60,3%)	52 (55,9%)
Total	15 (100%)	78 (100%)	93 (100%)

La moyenne d'âge des participants est de 42 ans puisque les patients interrogés ont entre 18 et 75 ans. D'autre part, la moyenne d'âge des personnes dépendantes est de 54 ans. En effet, l'âge des alcoolodépendants est compris entre 42 et 72 ans.

## 3.2. Place du pharmacien

Pour tous les patients participants, la majorité (64,5%) considère que le pharmacien joue un rôle complémentaire vis-à-vis des autres professionnels de santé concernant la prise en charge de la dépendance à l'alcool (tableau 8).

Tableau 8 : Place du pharmacien dans la prise en charge de la dépendance alcoolique.

	Non dépendants	Dépendants	Total
<b>Rôle comparable aux autres professionnels de santé</b>	17 (21,8%)	6 (40,0%)	23 (24,7%)
<b>Rôle complémentaire aux autres professionnels de santé</b>	53 (67,9%)	7 (46,7%)	60 (64,5%)
<b>Absence de rôle significatif</b>	6 (7,7%)	2 (13,3%)	8 (8,6%)
<b>Sans avis</b>	2 (2,6%)	0	2 (2,2%)
<b>Total</b>	78 (100%)	15 (100%)	93 (100%)

Pour 24,7% des patients, le pharmacien d'officine joue un rôle comparable aux autres professionnels.

De plus, pour 6 patients non dépendants sur 78 (7,7%), ils considèrent que le pharmacien d'officine n'a pas de place dans la prise en charge de cette pathologie.

Enfin, 2 patients sur 15 (13,3%) traités pour dépendance alcoolique pensent que le pharmacien ne joue pas un rôle significatif dans leur prise en charge.

## 3.3. Pharmacien en 1<sup>ère</sup> intention

Chez les patients non dépendants, 19 personnes sur 78 (24,4%) ont déclaré qu'ils s'adresseraient à un pharmacien en premier lieu en cas de dépendance à l'alcool (tableau 9).

Tableau 9 : Pharmacien en 1<sup>ère</sup> intention.

	Non dépendants	Dépendants	Total
<b>Oui</b>	19 (24,4%)	5 (33,3%)	24 (25,8%)
<b>Non</b>	59 (75,6%)	10 (66,7%)	69 (74,2%)
<b>Total</b>	78 (100%)	15 (100%)	93 (100%)

D'autre part, parmi les patients dépendants, 33,3% des personnes recommanderaient d'aller voir un pharmacien en 1<sup>ère</sup> intention.

### 3.4. Attentes du patient

Au total, que les personnes soient dépendantes ou non, 74,2% d'entre elles souhaitent des explications et des conseils en ce qui concerne le bon usage des médicaments pour l'arrêt de la consommation et/ou le sevrage à l'alcool (tableau 10).

Tableau 10 : Attentes du patient (plusieurs réponses possibles).

	Non dépendants	Dépendants	Total
<b>Explications et conseils de bon usage des médicaments pour l'arrêt de la consommation et/ou le sevrage à l'alcool</b>	58 (74,4%)	11 (73,3%)	69 (74,2%)
<b>Conseils en automédication (médicaments sans ordonnance contenant de l'alcool)</b>	33 (42,3%)	10 (66,7%)	43 (46,2%)
<b>Accompagnement et suivi de prise en charge lors d'un renouvellement d'ordonnance</b>	31 (39,7%)	10 (66,7%)	41 (44,1%)
<b>Rôle de prévention de la dépendance alcoolique</b>	30 (38,5%)	3 (20,0%)	33 (35,5%)
<b>Rôle d'orientation dans le parcours de soins</b>	52 (66,7%)	5 (33,3%)	57 (58,2%)
<b>Nombre de participants</b>	78 (100%)	15 (100%)	93 (100%)

Les non-dépendants souhaiteraient également une orientation dans le parcours de soins de la part du pharmacien pour 66,7% d'entre eux.

Dans un second temps, les patients non dépendants seraient demandeurs de conseils pour les médicaments en libre accès, d'un suivi de prise en charge et d'un rôle de prévention de la dépendance à l'alcool. Cela concerne 42,3% des répondants aux questionnaires.

Pour les alcoolodépendants, ils sont 73,3% à souhaiter des explications et des conseils en ce qui concerne les médicaments pour l'arrêt de la consommation et/ou le sevrage à l'alcool, que ce soit avec ou sans ordonnance.

Contrairement aux patients non concernés par cette pathologie, les patients dépendants à l'alcool souhaitent un accompagnement et un suivi de prise en charge.

De plus, le rôle d'orientation est souhaité pour 33,3% des alcoolodépendants.

### 3.5. Difficultés du pharmacien

Pour tous les patients, le manque de confidentialité (58,1%) et l'absence de collaboration avec les autres professionnels de santé (52,7%) sont les deux principales difficultés du pharmacien pour faire face à cette pathologie (tableau 11).

Tableau 11 : Difficultés du pharmacien (plusieurs réponses possibles).

	Non dépendants	Dépendants	Total
<b>Manque de confidentialité</b>	42 (53,8%)	12 (80,0%)	54 (58,1%)
<b>Absence de collaboration avec les autres professionnels de santé</b>	42 (53,8%)	7 (46,7%)	49 (52,7%)
<b>Manque de confiance dans le personnel officinal</b>	13 (16,7%)	4 (26,7%)	17 (18,3%)
<b>Manque de formation</b>	18 (23,1%)	2 (13,3%)	20 (21,5%)
<b>Autre</b>	5 (6,4%)	0	5 (5,4%)
<b>Nombre de participants</b>	78 (100%)	15 (100%)	93 (100%)

Cinq patients non dépendants sur 78 (6,4%) pensent que le pharmacien d'officine n'a pas le temps d'aborder ce sujet avec les patients, ces 5 patients sont représentés dans la catégorie « Autre ».

Pour 80% des patients dépendants, le manque de confidentialité est la principale difficulté de pharmaciens d'officine.

D'autre part, 4 patients dépendants sur 15 (26,7%) n'ont pas confiance dans l'équipe officinale en ce qui concerne la confidentialité et la discrétion. De plus, 2 patients dépendants sur 15 (13,3%) considèrent que le pharmacien d'officine n'est pas suffisamment formé sur le sujet de la dépendance alcoolique.

### 3.6. Forces du pharmacien

Pour les personnes non dépendantes, 79,4% considèrent la proximité et les conseils comme la plus grande force du pharmacien d'officine (tableau 12).

Tableau 12 : Forces du pharmacien (plusieurs réponses possibles).

	Non dépendants	Dépendants	Total
<b>Professionnel de santé qualifié</b>	28 (35,9%)	5 (33,3%)	33 (35,5%)
<b>Proximité</b>	62 (79,5%)	15 (100%)	77 (82,8%)
<b>Disponibilité</b>	54 (69,2%)	12 (80,0%)	66 (71,0%)
<b>Bienveillance</b>	39 (50,0%)	8 (53,3%)	47 (50,5%)
<b>Écoute attentive</b>	42 (53,8%)	6 (40,0%)	48 (51,6%)
<b>Conseils</b>	58 (74,4%)	8 (53,3%)	66 (71,0%)
<b>Suivi et accompagnement</b>	14 (17,9%)	4 (26,7%)	18 (19,4%)
<b>Nombre de participants</b>	78 (100%)	15 (100%)	93 (100%)

De plus, pour 69,2%, 53,8% et 50,0%, les atouts du pharmacien d'officine sont respectivement la disponibilité, l'écoute attentive et la bienveillance.

Ces qualités sont aussi mises en avant par les patients traités pour dépendance alcoolique, pour 100% et 80%, les points forts du pharmacien d'officine sont respectivement la proximité et la disponibilité. De plus, la bienveillance et les conseils apportés par l'équipe officinale sont soulignés par 53,3% des participants dépendants.

Cependant, seulement 33,3% des patients dépendants ou non considèrent que nous sommes suffisamment qualifiés dans ce domaine.

Enfin, le suivi et l'accompagnement dans la dépendance alcoolique sont considérés comme un point fort pour 19,4% des participants.

### 3.7. Prévention à l'officine

Parmi les participants, 94,6% d'entre eux souhaitent des actions de prévention de la part du pharmacien d'officine, que ce soit de la part des patients dépendants ou non (tableau 13).

Tableau 13 : Prévention à l'officine.

	Non dépendants	Dépendants	Total
<b>Oui</b>	74 (94,9%)	14 (93,3%)	88 (94,6%)
<b>Non</b>	4 (5,1%)	1 (6,7%)	5 (5,4%)
<b>Total</b>	78 (100%)	15 (100%)	93 (100%)

### 3.8. Éducation Thérapeutique du Patient à l'officine

En cas de programme d'ETP organisé à la pharmacie, les personnes dépendantes ou non souhaiteraient plus d'informations pour la majorité sur les mécanismes de la dépendance (63,4%) ainsi que les conséquences de l'alcool (77,4%) (tableau 14).

Tableau 14 : Éducation Thérapeutique du Patient à l'officine (plusieurs réponses possibles).

	Non dépendants	Dépendants	Total
<b>Mécanisme de l'addiction</b>	48 (61,5%)	11 (73,3%)	59 (63,4%)
<b>Impact de l'alcool à court et à long terme</b>	57 (73,1%)	15 (100%)	72 (77,4%)
<b>Traitement médicamenteux</b>	40 (51,3%)	4 (26,7%)	44 (47,3%)
<b>Traitements non médicamenteux</b>	38 (48,7%)	3 (20,0%)	41 (44,1%)
<b>Autres</b>	1 (1,3%)	0	1 (1,1%)
<b>Nombre de participants</b>	78 (100%)	15 (100%)	93 (100%)

Pour les patients non dépendants, 51,3% sont intéressés par le fait de mieux connaître les traitements médicamenteux et non médicamenteux de la dépendance alcoolique.

Tous les alcoolodépendants (100%) veulent mieux connaître les conséquences de l'alcool. De plus, 73,3% des patients alcoolodépendants veulent en savoir plus les mécanismes de la dépendance à l'alcool. En revanche, les traitements médicamenteux (26,7%) et les traitements non médicamenteux (20,0%) de la dépendance alcoolique ne sont pas un sujet primordial pour les personnes ayant un problème de dépendance.

## 4. Discussion

### 4.1. Place du pharmacien

Le pharmacien joue un rôle complémentaire des autres professionnels de santé pour la majorité (67,9%) des patients non dépendants. Cela peut s'expliquer par le rôle que le pharmacien d'officine joue dans la prise en charge et le suivi des autres pathologies.

Les patients dépendants considèrent que le pharmacien d'officine joue un rôle comparable aux autres professionnels de santé pour 40% d'entre eux ce qui signifie que l'équipe officinale n'apporte pas de plus-value lors de la dispensation. Le pharmacien permet surtout d'appuyer les dires des autres professionnels de santé sans apporter d'informations supplémentaires, que ce soit sur l'ordonnance ou sur d'autres aspects de la dépendance alcoolique.

En revanche, 46,7% des patients dépendants affirment que le pharmacien d'officine joue un rôle complémentaire en apportant véritablement une amélioration de la prise en charge grâce à son expertise sur le médicament et les compléments alimentaires présents dans les officines.

L'absence de rôle significatif notifiée par 2 personnes dépendantes sur 15 (13,3%) peut s'expliquer par la peur d'une partie de l'équipe officinale d'aborder le sujet de la dépendance au comptoir, par un manque de confidentialité mais également par un manque de formation sur le sujet.

L'équipe officinale devrait proposer un entretien dans le local de confidentialité lors de l'instauration d'un traitement de sevrage ou de dépendance afin d'expliquer au mieux le rôle des médicaments et des vitamines associés ainsi que de faire le point sur l'automédication. Ce serait un moment idéal pour échanger sur les règles hygiéno-diététiques et sensibiliser sur l'omniprésence de l'alcool comme excipient dans les médicaments.

### 4.2. Pharmacien en 1<sup>ère</sup> intention

En cas de dépendance à l'alcool, 24,4% des patients non dépendants seraient prêts à franchir la porte de la pharmacie pour demander de l'aide auprès de l'équipe officinale. Cela montre la place essentielle du pharmacien d'officine dans le système de santé mais également la confiance accordée par les patients. En effet, le pharmacien s'avère être un acteur de santé indispensable, compte tenu de sa proximité et de sa disponibilité indéniable vis-à-vis des autres professionnels de santé.

Pour les personnes dépendantes, 33,3% auraient pu demander conseil auprès du pharmacien en premier recours ce qui montre la qualité des conseils liés ou non à une ordonnance mais également la faculté de bien orienter le patient dans le parcours de soins.

Ces chiffres peuvent également s'expliquer par la désertification médicale en Sarthe, les patients se retrouvent contraints de passer par la pharmacie pour avoir un premier avis et demander une orientation pour les patients sans médecin traitant (20% de la population sarthoise).<sup>74</sup>



### 4.3. Attentes du patient

Les personnes non dépendantes sont plus à la recherche d'explications, de conseils ainsi que d'une orientation dans le parcours de soins puisque cette pathologie est inconnue pour eux.

En revanche, les personnes alcoolodépendantes recherchent davantage des conseils avec ou sans ordonnance et un accompagnement dans la prise en charge.

Nous pouvons supposer que le faible nombre de réponses pour le rôle de prévention et d'orientation chez les alcoolodépendants est dû à la situation dans laquelle ils se trouvent. En effet, pour les personnes dépendantes déjà prises en charge, le rôle de prévention et d'orientation ne leur semble plus utile. Pour autant, l'équipe officinale ne doit pas se contenter de délivrer des boîtes sans conseils associés, il est nécessaire de s'assurer de la prise correcte des médicaments, de la bonne tolérance du traitement et d'apporter des conseils hygiéno-diététiques. En fonction des réponses obtenues, le pharmacien peut accompagner et orienter le patient dans le parcours de soins.

### 4.4. Difficultés du pharmacien

Un des principaux problèmes est la confidentialité dans les officines, ce manque peut empêcher le patient d'aborder ce sujet auprès du pharmacien. De plus, à travers les entretiens réalisés, les patients ne sont pas tous au courant que les pharmacies possèdent un local de confidentialité.

D'autre part, la collaboration reste très limitée avec les médecins généralistes et est inexistant avec les CSAPA. En effet, l'absence de coopération avec les autres professionnels de santé reste un problème majeur pour que le pharmacien puisse jouer un vrai rôle complémentaire.

Dans un second temps, les patients considèrent que le pharmacien d'officine n'est pas assez formé et les patients manquent de confiance dans le personnel officinal. En effet, les patients regrettent de faire face à des personnes différentes à chaque dispensation.

De plus, certains patients pensent que le pharmacien ou le préparateur ne sont pas assujettis au secret professionnel. De surcroît, deux personnes alcoolodépendantes interrogées par téléphone ont insisté sur la nécessité pour le personnel officinal de faire attention à la discrétion lors des renouvellements.

D'autre part, une réponse n'était pas prévue par l'enquête, c'est la question du manque de temps pour le personnel officinal. En effet, depuis quelques années, le rythme dans les officines s'est intensifié pour de multiples raisons (COVID-19, manque de personnel, nouvelles missions) et ce rythme effréné a été ressenti par certains patients.

Toutes ces réponses posent le sujet de l'aménagement de la pharmacie afin de renforcer la place du local de confidentialité puisque le manque de confidentialité est la principale difficulté. De plus, un des axes sur lequel l'équipe officinale doit travailler est la délégation des tâches administratives chronophages afin d'augmenter sa disponibilité pour le patient.

## 4.5. Forces du pharmacien

Pour tous les patients, les forces du pharmacien sont la proximité grâce à un maillage territorial efficient des pharmacies. En effet, 97 % des français vivent en moyenne à moins de 10 minutes en voiture d'une pharmacie.<sup>75</sup>

De plus, l'équipe officinale est disponible facilement pour le patient, le pharmacien est le seul professionnel de santé à être disponible sans rendez-vous et avec des horaires très étendus pour la plupart des pharmacies.

La bienveillance et les conseils sont également mis en avant par la majorité des patients, surtout par les patients non dépendants. La proportion plus faible chez les dépendants peut s'expliquer par le manque de formation sur le sujet de la dépendance alcoolique, ce qui a déjà été souligné précédemment.

D'autre part, le suivi et l'accompagnement sont les points forts les moins exprimés, cela peut s'expliquer par le fait que ce n'est pas toujours la même personne de l'équipe qui s'occupe du patient et que ce membre de l'équipe officinal n'est pas obligatoirement formé à la dépendance à l'alcool.

Pour pallier ce manque de suivi, l'organisation d'un entretien individuel dans le local de confidentialité semble nécessaire au moment de l'instauration d'un traitement de sevrage ou de la prise en charge de la dépendance. En effet, cet entretien pourra aborder plusieurs axes :

- Les traitements médicamenteux ;
- Les traitements non médicamenteux (psychothérapie, TCC, sophrologie) ;
- Le conseil sur les médicaments, dispositifs médicaux et compléments alimentaires pouvant contenir de l'alcool ;
- La gestion des situations de rechute.

L'objectif est de travailler dans un exercice coordonné avec le médecin traitant et/ou le CSAPA afin de permettre une prise en charge globale du patient.

## 4.6. Prévention à l'officine

Les patients sont quasiment unanimes sur la nécessité d'entreprendre des actions de prévention. C'est pourquoi, des affiches peuvent être mises en place sur la devanture de l'officine et des brochures peuvent être fournies grâce au CESPARM. De plus, pendant le mois de janvier, à l'occasion du « *dry january* », une sensibilisation au comptoir sur les dangers de l'alcool, sur les mécanismes de la dépendance ainsi que sur les facteurs de risque peut s'avérer comme une première étape à un changement de la vision des patients sur l'alcool. Dans un second temps, la complétion d'un questionnaire DETA ou CAGE peut être à l'origine d'une prise de conscience pour certains patients.

## 4.7. Éducation Thérapeutique du Patient à l'officine

Tout d'abord, l'éducation thérapeutique du patient doit être expliquée au patient, l'objectif est de faire comprendre au patient qu'il doit être acteur de sa santé. C'est pourquoi, la thématique de l'alcool se prête bien à l'exercice de l'ETP puisque le patient doit vouloir un changement pour guérir.

Ainsi, la première étape est de faire prendre conscience des conséquences de l'alcool à long terme qui sont moins connues. En effet, seuls la cirrhose et le cancer du foie représentent une peur pour le patient dépendant et ils n'ont que très peu conscience de l'impact sur d'autres organes. Alors que le cancer colorectal, de l'œsophage, de la bouche, du larynx, du pancréas ou du sein sont des complications de l'éthylisme chronique et cela est ignoré par la patientèle.

D'autre part, les patients ont un intérêt assez prononcé sur la compréhension des mécanismes de la dépendance, ils aimeraient savoir quels sont les raisons de leur prédisposition à l'alcool et à sa surconsommation.

Enfin, l'explication des traitements médicamenteux ou non ne semblent pas les intéresser particulièrement puisqu'ils sont déjà sous traitement, qu'ils connaissent les médicaments et qu'ils n'ont pas d'effets indésirables, selon leurs dires.

Le pharmacien pourrait organiser un programme éducatif personnalisé pour les patients le souhaitant, ce serait possible en se rapprochant des structures s'occupant de l'addictologie (CSAPA Molière au Mans et ALIA Angers à Saint Barthélémy d'Anjou). En effet, des groupes de travail pourraient être mis en place pour établir un référentiel afin d'aider les professionnels de santé à mettre en place un programme d'éducation thérapeutique qui mettrait en lien les structures d'addictologie et les officines comme c'est le cas dans la région grand-Est.<sup>76</sup>

Le référentiel comprendrait un bilan éducatif partagé initial, intermédiaire et final, un guide avec des fiches expliquant les différents ateliers et outils d'évaluation.

La sélection des patients serait réalisée sur la base du volontariat et d'une motivation pour suivre le programme dans son ensemble. C'est pourquoi, les séances pourraient être sous forme d'atelier dont un atelier serait concentré sur l'action des traitements et une mise en garde sur l'automédication. Le patient pourrait choisir les séances qu'il souhaite suivre en fonction des thématiques qui lui semblent importantes pour faire face à sa dépendance.

Le programme doit suivre la démarche d'éducation thérapeutique du patient classique :

1. Élaborer un diagnostic éducatif ;
2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec priorités d'apprentissage ;
3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelles et/ou collectives ;
4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

Tout programme d'ETP doit faire l'objet d'une déclaration auprès de l'ARS territorialement compétente, qu'il soit conduit dans un établissement de santé, un réseau de santé ou une association de patients.

Il doit être conforme au cahier des charges national, qui prévoit plusieurs dispositions :

- La coordination du programme : elle doit être assurée soit par un médecin, un autre professionnel de santé (dont un pharmacien) ou un représentant d'une association de patients agréée ;
- L'équipe impliquée dans sa mise en œuvre (intervenants) : elle doit comporter au minimum deux professionnels de santé de professions différentes (dont un médecin si le programme n'est pas coordonné par un médecin) ;
- La nécessité, pour le coordinateur et les intervenants, d'être formés à l'ETP ;
- La définition du programme : la pathologie concernée, les objectifs visés, la population cible, le déroulé, l'évaluation.

Il existe différentes formations en ETP (formation minimale de 40 heures) avec la formation universitaire à travers des diplômes universitaires (DU) et la formation via le développement professionnel continu (DPC).

## 5. Analyse critique de la méthode

### 5.1. Échantillon

L'échantillon est composé de la clientèle habituelle de la pharmacie Flotté-Couilleaux, âgée entre 18 et 75 ans et qui vient plus de 4 fois par an avec une ordonnance. Cela a permis d'interroger 93 personnes au total avec 78 personnes non dépendantes et 15 personnes traitées ou anciennement traitées pour dépendance. En revanche, cet échantillon reste relativement faible, ce n'est pas suffisant pour en tirer une conclusion de façon statistique. De plus, le recrutement des patients a été effectué dans une seule pharmacie et par une seule personne sur une période de 8 mois allant du 23 mars au 21 novembre 2023 ce qui permet uniquement des conclusions sur la base de résultats descriptifs.

### 5.2. Biais de sélection

Plusieurs biais de sélection ont pu influencer les résultats de cette étude. En effet, de façon inconsciente, le meneur de cette étude a pu s'orienter vers les personnes de son âge, qui lui apparaissent plus sympathiques ou avec qu'il a plus d'affinités.

De la même façon, seuls les patients habituels ont été interrogés ce qui a limité la portée de cette étude puisque cela aurait pu être intéressant d'avoir la vision de tous les patients, peu importe sa pharmacie référente.

Les patients ayant plus de 75 ans ont été exclus de l'étude du fait d'un manque de discernement et d'une conscience possiblement altérée par l'âge. Mais, cela reste une catégorie d'âge qui est frappée par la dépendance alcoolique. Cette catégorie d'âge reste capable pour la majorité d'entre eux de répondre de façon éclairée à l'enquête.

D'autre part, nous avons interrogé plus de femmes que d'hommes ce qui peut s'expliquer par une principale raison, les femmes sont plus souvent chargées d'aller à la pharmacie que les hommes, de façon traditionnelle, les femmes s'occupent de la santé de leur famille. Mais, nous savons que les hommes sont plus touchés par la dépendance alcoolique que les femmes ce qui a pu être à l'origine d'un biais dans les résultats.

### 5.3. Forme et contenu du questionnaire

La façon dont les questions sont posées ont pu orienter les personnes dans leurs réponses. En effet, les réponses les plus données sont souvent celles qui apparaissent en premier dans la liste. De plus, certains patients ont pu s'interroger sur différents éléments du questionnaire, c'est pourquoi l'accompagnement du patient était nécessaire. Cependant, cet accompagnement a pu orienter les réponses du fait de la présence du meneur de l'étude.

## 6. Conclusion

La dépendance à l'alcool n'est malheureusement pas perçue comme toutes les autres pathologies et reste encore un sujet difficile à aborder lors de nos dispensations au comptoir.

Cette enquête a pu montrer l'importance de l'action de prévention des pharmaciens au quotidien, les pharmaciens étant des professionnels de santé de premier recours, leur proximité leur offre l'opportunité de dépister des patients qui ne sont pas suivis par un médecin généraliste, surtout en cette période de pénurie de professionnels de santé.

Le mois de janvier avec le « *dry january* » reste une période de l'année propice à des actions de prévention et de dépistage, le fait d'aborder même rapidement permet de faire réfléchir les patients à leur consommation ou à celles de leurs proches.

La mise en place d'affichages dans les officines et la complétion de questionnaires de dépistage peuvent être sources d'une prise de conscience du patient et/ou de l'entourage. De plus, le simple fait de discuter du résultat du questionnaire pourrait permettre une orientation vers un médecin généraliste et/ou CSAPA, si le patient souhaite un accompagnement.

Pour toutes ces problématiques liées aux dépendances, il serait intéressant de travailler main dans la main avec les structures spécialisées, les médecins généralistes et les autres professionnels de santé et du médico-social. En effet, ce manque de collaboration actuel est souligné par les patients dépendants.

D'autre part, en cas de demande spontanée d'aide au comptoir, l'équipe officinale doit construire une mécanique pour accompagner au mieux le patient et l'orienter vers les structures les plus adéquates. De plus, à travers les entretiens réalisés, la mise en place d'un entretien complet lors de la première dispensation d'un médicament d'aide au sevrage alcoolique semble nécessaire pour une prise en charge optimale du patient dépendant et doit être à l'origine d'une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé. Ainsi, le patient pourra facilement aller à la pharmacie afin d'y trouver des personnes compétentes, avec qui il pourra trouver des solutions en cas de rechute, de doutes ou de questionnements.

En conclusion, cette thèse doit être à l'origine d'une prise de conscience de l'importance de la place du pharmacien dans le système de santé et la complémentarité de la profession doit être mis en avant pour toutes pathologies, même celles qui semblent tabous.

# Bibliographie

1. Naassila, Mickaël. « Alcool & Santé · Inserm, La science pour la santé », 2021. <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>.
2. « Petite histoire de la consommation d'alcool- www.Stop-alcool.ch », 2021. <https://www.stop-alcool.ch/fr/une-substance-psychoactive/historique>.
3. Mulot, Rachel. « L'évolution humaine a été accélérée par... l'alcool - Sciences et Avenir », 2017. [https://www.sciencesetavenir.fr/archeo-paleo/l-evolution-humaine-a-ete-acceleree-par-l-alcool\\_112696](https://www.sciencesetavenir.fr/archeo-paleo/l-evolution-humaine-a-ete-acceleree-par-l-alcool_112696).
4. Rush, Benjamin. « An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind: with an account of the means of preventing, and of the remedies for curing them. Medicine in the Americas, 1610-1920. » New-York, 1811. [http://resource.nlm.nih.gov/2569025R?\\_gl=1\\*5i8tf4\\*\\_ga\\*MTMyNDMwNzEwMC4xNjk4MDQ5OTA0\\*\\_ga\\_7147EPK006\\*MTY5ODA0OTkwNC4xLjEuMTY5ODA1MDE1MS4wLjAuMA..\\*\\_ga\\_P1FPTH9PL4\\*MTY5ODA0OTkwNC4xLjEuMTY5ODA1MDE1MS4wLjAuMA..](http://resource.nlm.nih.gov/2569025R?_gl=1*5i8tf4*_ga*MTMyNDMwNzEwMC4xNjk4MDQ5OTA0*_ga_7147EPK006*MTY5ODA0OTkwNC4xLjEuMTY5ODA1MDE1MS4wLjAuMA..*_ga_P1FPTH9PL4*MTY5ODA0OTkwNC4xLjEuMTY5ODA1MDE1MS4wLjAuMA..)
5. Dupont, Jean-Claude. Naassila Mickael. « Une brève histoire de l'addiction », 2016. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiZsITt6luCAxXKU6QEhDERAMQQFnoECBIAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.alcoolologie-et-addictologie.fr%2Findex.php%2Faa%2Farticle%2Fdownload%2F632%2F202%2F&usg=AOvVaw2QKv-SkRf8ePvhxCX1QwGt&opi=89978449>
6. Jellinek, Elvin Morton. « E. M. Jellinek's Disease Concept of Alcoholism », New Haven: Hillhouse Press ;1960. <https://doi.org/10.1111/add.14400>.
7. Edwards, Griffith. « Review Article Alcohol Dependence: Provisional Description of a Clinical Syndrome ». *British Medical Journal*, 1976, 1058-61. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.6017.1058>.
8. Goodman, Aviel. « Addiction: definition and implications ». *British Journal of Addiction* 85 (1990): 1403-8. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>.
9. « Alcoolodépendance - symptômes, causes, traitements et prévention - VIDAL », 2023. <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/alcool-dependance.html>.
10. « Alcoolodépendance | Santé.fr », 2020. <https://www.sante.fr/alcoolodependance>.
11. Ritz, Ludvine, Anne-Lise Pitel, François Vabret, Francis Eustache, et Hélène Beaunieux. « Alcoolodépendance : atteintes neuropsychologiques et diagnostics différentiels ». *Revue de neuropsychologie* 4, n° 2012/3 (2012): 196-205. <https://doi.org/10.1684/nrp.2012.0227>.
12. Belgherbi, Soraya, Carine Mutatayi, et Christophe Palle. « Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question ». *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*, 2015. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsbv9.pdf>.
13. « Alcool ». OMS, 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.

14. Douchet, Marc-Antoine. « La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2021 ». *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*, 2022. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2021.pdf>.
15. Richard, Jean-Baptiste. « La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017 ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire BEH* 5-6 (2018). [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/pdf/2019\\_5-6\\_1.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/pdf/2019_5-6_1.pdf).
16. Palle, Christophe. « Les évolutions récentes de la consommation d'alcool en France et de ses conséquences ». *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*, 2020. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2020.pdf>.
17. Naassila, Mickaël. « Alcool & Santé · Inserm, La science pour la santé », 2021. <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>.
18. « Alcool : repères de consommation | ameli.fr | Assuré », 2023. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/definition-reperes-consommation>.
19. « Les niveaux d'usage de substances psychoactives - intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé ». Consulté le 24 octobre 2023. <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/les-niveaux-dusage-substances-psychoactives/>.
20. Paquot, Nicolas. « Le métabolisme de l'alcool ». *Revue médicale Liège*, 2019. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/251978/1/NS%20PAQUOT%20metab%20alcool%20%283%29.pdf>.
21. Berr, Claudine, Françoise Clavel-Chapelon, Sylvain Dally, et Jean-Luc Daval. *Alcool: effets sur la santé*. Paris: INSERM, 2003. <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570661/document>.
22. Moreau, Alexis, et José Bras. « Consommation d'alcool - Métabolisme de l'éthanol : », 2013. [http://unt-ori2.crihan.fr/unspf/Concours/2013\\_Tours\\_Bras\\_Moreau\\_Alcool/co/Metabolisme2.html](http://unt-ori2.crihan.fr/unspf/Concours/2013_Tours_Bras_Moreau_Alcool/co/Metabolisme2.html).
23. « Les facteurs de risque de l'alcoolodépendance - VIDAL ». Consulté le 24 octobre 2023. <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/alcool-dependance/facteurs-risque.html>.
24. Service public d'information en santé. « L'alcoolodépendance est-elle héréditaire ? | Santé.fr », 2022. <https://www.sante.fr/decryptage/nos-reponses/lalcoolodependance-est-elle-hereditaire>.
25. Le Strat, Yann. « Pharmacologie et alcool ». Consulté le 30 janvier 2024. <https://slideplayer.fr/slide/516127/>.
26. Timary, Philippe de. « 5 - Les mécanismes biologiques de la dépendance à l'alcool ». Dans *L'alcoolisme est-il une fatalité ?* 57-74. Santé en soi. Wavre : Mardaga, 2016. <https://www.cairn.info/l-alcoolisme-est-il-une-fatalite--9782804702779-p-57.htm>.
27. « Questionnaire AUDIT VF - Société Française d'alcoologie », 29 février 2019. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjfqlSNkq-CAXVIVqQEHaRmAylQFnoECAYQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.alcool-info->



- [service.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F280744%2F4141226%2Fversion%2F22%2Ffile%2FAU\\_DIT\\_VF\\_28-02-19.pdf&usg=AOvVaw049CbH5WSO3oZBL309zhbH&opi=89978449](https://www.has-sante.fr/fr/content/download/2280744/24141226/version/222/file/FAU_DIT_VF_28-02-19.pdf&usg=AOvVaw049CbH5WSO3oZBL309zhbH&opi=89978449).
28. « Fiche Outil HAS - Questionnaire FACE/CAST », 2021. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403\\_fiche\\_outil\\_2021\\_alcool\\_cannabis\\_tabac\\_cd\\_2021\\_02\\_11\\_v0.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_fiche_outil_2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_11_v0.pdf).
  29. « Questionnaire CAGE-DETA - HAS », 2014. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_questionnaire\\_cage.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cage.pdf).
  30. O'Malley, Gérald, et Rika O'Malley. « Intoxication et sevrage alcoolique - Sujets spéciaux - Édition professionnelle du Manuel MSD », 2022. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%3a9ciaux/drogues-illicites-et-substances-intoxicantes/intoxication-et-sevrage-alcoolique/?autoredirectid=21443>.
  31. Wolter, Line, et Vincent Della Santa. « Prise en charge du patient en intoxication éthylique aiguë », 2013. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-394/prise-en-charge-du-patient-en-intoxication-ethylique-aigue>.
  32. Loffler, Adam, Pascal Vilain, et Laure Meurice. « Épidémiologie descriptive aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en région Nouvelle-Aquitaine entre 2016 et 2021 », 2022, 290-98. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/17/pdf/2022\\_17\\_1.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/17/pdf/2022_17_1.pdf).
  33. Dysart, Kevin. « Syndrome d'alcoolisme fœtal - Pédiatrie - Édition professionnelle du Manuel MSD », 2021. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/p%3a9diatrie/troubles-m%3a9taboliques,-%3a9lectrolytiques-et-toxiques-chez-le-nouveau-n%3a9syndrome-d-alcoolisme-f%3a93tal>.
  34. « 9 septembre 2022 : Journée mondiale de sensibilisation du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) | Agence régionale de santé Normandie ». Consulté le 4 février 2024. <https://www.normandie.ars.sante.fr/9-septembre-2022-journee-mondiale-de-sensibilisation-du-syndrome-dalcoolisation-foetale-saf>.
  35. Jain A, Yelamanchili VS, Brown KN, et Goel A. « Holiday Heart Syndrome - StatPearls - NCBI Bookshelf », 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537185/>.
  36. « Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? - Santé Publique France », 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>.
  37. « Risques de l'alcool sur la santé, à long terme - Alcool Info Service ». Consulté le 6 novembre 2023. <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-long-terme>.
  38. « Maladies liées à l'alcool | ameli.fr », 2023. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/maladies-liees-alcool>.
  39. « Les complications de l'alcoolodépendance - VIDAL », 2023. <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/alcool-dependance/complications.html>.
  40. O'Malley, Gérald, et Rika O'Malley. « Encéphalopathie de Wernicke - Sujets spéciaux - Édition professionnelle du Manuel MSD », 2022. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%3a9ciaux/drogues-illicites-et-substances-intoxicantes/enc%3a9phalopathie-de-wernicke?query=Syndrome%20de%20Wernicke-Korsakoff>.

41. Pic, Daniel. « Syndrome de sevrage alcoolique et délirium tremens » 53 (2015). [https://www.sfm.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/053.pdf](https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/053.pdf).
42. « Alcool : Sevrage », 2021. <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/alcool-sevrage-1502.html#prise-en-charge>.
43. « Le traitement médicamenteux de la dépendance alcoolique (en dehors de la période aiguë) – FMC-HGE », 2013. <https://www.fmcgastro.org/postu-main/postu-2013-paris/textes-postu-2013-paris/le-traitement-medicamenteux-de-la-dependance-alcoolique-en-dehors-de-la-periode-aigue/>.
44. Charbit, Beny. « Prise en charge du patient alcoolique ». *Oxymag* 32, n° 168 (2019): 17-20. <https://doi.org/10.1016/j.oxy.2019.07.007>. <https://sfar.org/wp-content/uploads/2017/10/Charbit-Prise-en-charge-du-patient-alcoolique.pdf>.
45. Kaim, SC, CJ Klett, et B Rothfeld. « Treatment of the acute alcohol withdrawal state: a comparison of four drugs ». *The American journal of psychiatry*, 1969. <https://doi.org/10.1176/ajp.125.12.1640>.
46. « Haute Autorité de Santé - Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant », 1999. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant).
47. De Regloix, Stanislas, Jean-Baptiste Trabut, et Jean-Christophe Allo. « Syndrome de sevrage éthylique aux urgences - Urgences-Online », 2009. <https://urgences-serveur.fr/syndrome-de-sevrage-ethylique-aux.html>.
48. « Alcool : prise en charge du mésusage - VIDAL », 2021. <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/alcool-prise-en-charge-du-mesusage-1503.html#prise-en-charge>.
49. « Résumé des caractéristiques du produit - ACAMPROSATE BIOGARAN 333 mg, comprimé pelliculé gastro-résistant - Base de données publique des médicaments », 2013. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69724187&typedoc=R>.
50. « Résumé des caractéristiques du produit - NALTREXONE ACCORD 50 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publique des médicaments », 2022. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67115586&typedoc=R>.
51. « Résumé des caractéristiques du produit - ESPERAL 500 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments », 2022. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61500746&typedoc=R>.
52. « Résumé des caractéristiques du produit - SELINCRO 18 mg, comprimé pelliculé - EMA », s. d. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/selincro-epar-product-information\\_fr.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/selincro-epar-product-information_fr.pdf).
53. Barrault, Camille, et Armand Garioud. « Baclofène dans l'alcoolodépendance – FMC-HGE », 2015. [https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu\\_year/baclofene-dans-lalcoolod-dependance/](https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/baclofene-dans-lalcoolod-dependance/).

54. « Résumé des caractéristiques du produit - BACLOFENE ZENTIVA 10 mg, comprimé sécable - Base de données publique des médicaments », 2022. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=64073783&typedoc=R>.
55. « Actualité - Alcool-dépendance : nouvelles recommandations posologiques pour le baclofène - ANSM », 2021. <https://ansm.sante.fr/actualites/alcool-dependance-nouvelles-recommandations-posologiques-pour-le-baclofene>.
56. « Que manger pendant un sevrage alcoolique ? | Institut ADIOS ». Consulté le 4 février 2024. <https://institutadios.com/alcoolisme/traitement-alcoolisme/sevrage-alcool/duree-sevrage-alcool/que-manger-pendant-un-sevrage-alcoolique/>.
57. Lukasiewicz, M, A Benyamina, et M Frenoy-Peres. « L'entretien motivationnel. I - Les bases théoriques ». *Alcoologie et Addictologie* 2006, 2006, 155-62. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiH7sbci5KEAxViVKQEHYV4AgIQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.alcoologie-et-addictologie.fr%2Findex.php%2Faa%2Farticle%2Fdownload%2F281%2F548&usg=AOvVaw0lQqla6zSbleXu1pbuuW7O&opi=89978449>.
58. Lukasiewicz, M, A Benyamina, et M Frenoy-Peres. « L'entretien motivationnel ». *Alcoologie et Addictologie*, 2006, 28 (2-3). <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjf8oCXh5KEAxVZU6QEHzFSDUAQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.alcoologie-et-addictologie.fr%2Findex.php%2Faa%2Farticle%2Fdownload%2F281%2F548&usg=AOvVaw0lQqla6zSbleXu1pbuuW7O&opi=89978449>.
59. Gillain, B. « Addiction et entretien motivationnel : l'entretien motivationnel, un outil pour rencontrer autrement les alcooliques aux urgences », 2007. [https://www.sfm.u.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2007/donnees/pdf/26\\_gillain.pdf](https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2007/donnees/pdf/26_gillain.pdf).
60. Thérapies cognitivo-comportementales pour les addictions », 2012. [https://psychanalyse.com/pdf/TCC%20POUR%20LES%20ADDICTIONS%20-%20DIU%20ET%20CAPACITE%20-%20DIAPORAMA%20\(89%20Pages%20-%2095%20mo\).pdf](https://psychanalyse.com/pdf/TCC%20POUR%20LES%20ADDICTIONS%20-%20DIU%20ET%20CAPACITE%20-%20DIAPORAMA%20(89%20Pages%20-%2095%20mo).pdf).
61. Laurent, Thibault, Vanessa Gomes, et Hélène Feyeux. « L'alcool et les médicaments – Médicament Info Service Patient ». Consulté le 7 novembre 2023. <https://www.medicament-info-service-patient.fr/info-medicament/lalcool-et-les-medicaments/>.
62. « Médicaments et alcool - VIDAL », 2022. <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/alimentation-problemes-sante/medicaments-alimentation/alcool.html>.
63. « Les indications des emballages de médicaments à propos de la conduite automobile - VIDAL », 2022. <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/prendre-traitement/medicaments-conduite-voiture/indications-emballages.html>.

64. Le, Jennifer. « Distribution des médicaments - Médicaments - Manuels MSD pour le grand public », 2022.  
<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/m%C3%A9dicaments/administration-des-m%C3%A9dicaments-et-pharmacocin%C3%A9tique/distribution-des-m%C3%A9dicaments>.
65. « Association alcool-médicament, quelles interactions ? - Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance ». Consulté le 4 février 2024.  
<https://www.rfcrpv.fr/association-alcool-medicament-quelles-interactions/>.
66. Nalpas, Bertrand. « Le kudzu, une plante qui aide à boire moins d'alcool | MAAD DIGITAL », 2023. <https://www.maad-digital.fr/articles/le-kudzu-une-plante-qui-aide-boire-moins-dalcool>.
67. Cuvelier, Elodie, Cristi Gutium, Johana Béné, Héloïse Henry, Aurélie Aquizerate, Damien Lannoy, Gaétan Kosmalski, et al. « Médicaments par voie orale contenant de l'alcool: faut-il être vigilant ? » *Thérapies* 77, n° 6 (2022): 673-81.  
<https://doi.org/10.1016/j.therap.2022.05.003>.
68. « Les médicaments et la conduite | Sécurité Routière ». Consulté le 4 février 2024.  
<https://www.securite-routiere.gouv.fr/dangers-de-la-route/sante-et-conduite/les-medicaments-et-la-conduite>.
69. « Dossier thématique - Médicaments et conduite - ANSM », 2023.  
<https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-et-conduite>.
70. « Rôle du pharmacien dans la lutte contre la toxicomanie – Guide de stage de pratique professionnelle en officine », Collège des Pharmaciens maîtres de stage, 2023.  
<https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/role-du-pharmacien-dans-la-lutte-contre-la-toxicomanie-2/>.
71. Pouyet-Poulet, Éric, Marie-Pierre Sauvart, Dominique Pépin, et Roger Planche. « Le pharmacien d'officine face au problème des buveurs excessifs ». *Santé Publique* 13, n° 3 (2001): 237-48. <https://doi.org/10.3917/spub.013.0237>.
72. Mauger, Brune. « Le suivi médical de la famille, l'autre charge mentale des femmes », 2022.  
[https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2022/07/01/l-autre-charge-mentale-des-femmes-le-suivi-medical-des-enfants\\_6132982\\_4497916.html](https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2022/07/01/l-autre-charge-mentale-des-femmes-le-suivi-medical-des-enfants_6132982_4497916.html).
73. « La consommation d'alcool chez les hommes - INPES/DGS », 2003.  
<http://www.automesure.com/library/pdf/alco-auto-conso.pdf>.
74. Tougeron, Sophie. « La Sarthe atteint un nombre record de patients sans médecin ». *Ouest France*, 15 décembre 2023. <https://www.ouest-france.fr/sante/la-sarthe-depasse-les-100-000-habitants-sans-medecin-ed54b8f4-8e0a-11ee-81ce-f12d7d2fb9c2>.
75. « Une offre de soins pharmaceutiques garantie par un maillage territorial adapté | CNOP », 2017. <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/une-offre-de-soins-pharmaceutiques-garantie-par-un-maillage-territorial-adapte>.
76. « Référentiel ETP en addictologie - LorAddict », 2019.  
<https://www.loraddict.org/images/pdf/Référentiel ETP Addictologie VF 2019.pdf>.

# Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>13</b>
---------------------------	-----------

<b><u>PARTIE 1 : GENERALITES SUR LA DEPENDANCE ALCOOLIQUE ET SA PRISE EN CHARGE. ....</u></b>	<b>14</b>
---	-----------

<b>1. Généralités sur la dépendance alcoolique .....</b>	<b>14</b>
--	-----------

1.1. Historique de la consommation .....	14
1.2. Définitions de l'alcoolisme et de l'alcoolodépendance .....	15
1.3. Épidémiologie .....	16
1.4. Valeurs seuils et types de consommation.....	17
1.5. Pharmacocinétique .....	20
1.6. Facteurs de risque et facteurs protecteurs .....	21
1.7. Mécanisme de la dépendance à l'alcool.....	23
1.8. Diagnostic et questionnaires de dépistage .....	25
1.9. Effets et complications de l'éthylisme aiguë et chronique.....	28
1.9.1. Effets aigus .....	28
a) Population générale .....	28
b) Populations particulières .....	28
1.9.2. Effets chroniques .....	29
1.9.3. Effets d'un sevrage alcoolique .....	30
1.9.4. Prise en charge du sevrage alcoolique.....	31
<b>2. Prise en charge de la dépendance alcoolique.....</b>	<b>35</b>
2.1. Traitements médicamenteux .....	36
2.2. Traitements non médicamenteux .....	38
2.2.1. Règles hygiéno-diététiques .....	38
2.2.2. Mesures complémentaires.....	39
a) Entretiens motivationnels.....	39
b) Thérapies cognitives et comportementales (TCC) .....	41
2.3. Rôle du pharmacien d'officine.....	42
2.3.1. Conseils à l'officine .....	42
a) Interaction alcool/médicament.....	42
b) Automédication .....	43
c) Rôle d'orientation .....	45

<b>PARTIE 2 : ENQUETE SUR LA PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE ALCOOLIQUE. VISION ET ATTENTE DES PATIENTS D'UNE OFFICINE EN SARTHE. ....</b>	<b>46</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>46</b>
<b>2. Méthodes.....</b>	<b>47</b>
2.1. Recueil de données.....	47
2.2. Lieu de recueil .....	47
2.3. Présentation du questionnaire .....	48
<b>3. Résultats .....</b>	<b>50</b>
3.1. Typologie des participants .....	50
3.2. Place du pharmacien.....	51
3.3. Pharmacien en 1 <sup>ère</sup> intention .....	51
3.4. Attentes du patient.....	52
3.5. Difficultés du pharmacien .....	53
3.6. Forces du pharmacien .....	54
3.7. Prévention à l'officine.....	55
3.8. Éducation Thérapeutique du Patient à l'officine .....	55
<b>4. Discussion .....</b>	<b>56</b>
4.1. Place du pharmacien.....	56
4.2. Pharmacien en 1 <sup>ère</sup> intention .....	56
4.3. Attentes du patient.....	57
4.4. Difficultés du pharmacien .....	57
4.5. Forces du pharmacien .....	58
4.6. Prévention à l'officine.....	58
4.7. Éducation Thérapeutique du Patient à l'officine .....	59
<b>5. Analyse critique de la méthode .....</b>	<b>61</b>
5.1. Échantillon .....	61
5.2. Biais de sélection .....	61
5.3. Forme et contenu du questionnaire .....	61
<b>6. Conclusion .....</b>	<b>62</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>63</b>

## Liste des figures

Figure 1 : Nombre de personnes accueillies dans les CSAPA en ambulatoire avec l'alcool comme produit posant le plus de problèmes, 2010-2017.<sup>16</sup>

Figure 2 : Nombre de bénéficiaires de remboursements de prescriptions de médicaments d'aide au sevrage d'alcool, 2008-2018 (régime général uniquement).<sup>16</sup>

Figure 3 : Équivalence en alcool des différentes boissons alcoolisées.<sup>18</sup>

Figure 4 : Le métabolisme de l'éthanol.<sup>22</sup>

Figure 5 : Les différents neurotransmetteurs et neurones impliqués dans la biochimie du renforcement.<sup>25</sup>

Figure 6 : Questionnaire FACE.<sup>28</sup>

Figure 7 : Prise en charge du sevrage alcoolique.<sup>42</sup>

Figure 8 : Prise en charge du mésusage de l'alcool.<sup>48</sup>

Figure 9 : L'entretien motivationnel et l'approche traditionnelle.<sup>57</sup>

Figure 10 : Pictogrammes présents sur les boîtes de médicaments.<sup>63</sup>

Figure 11 : Orientation des sujets alcoolodépendants par le pharmacien d'officine vers des structures de prise en charge (plusieurs réponses possibles par répondant).<sup>71</sup>

# Liste des tableaux

Tableau 1 : Seuils de risques de consommation d'alcool sur un unique jour.<sup>12</sup>

Tableau 2 : Niveaux de risques pour les dommages chroniques pour les consommations d'alcool quotidiennes.<sup>12</sup>

Tableau 3 : Résumé de l'action des neurotransmetteurs sur le renforcement positif et négatif.<sup>25</sup>

Tableau 4 : Questionnaire AUDIT.<sup>27</sup>

Tableau 5 : Posologies des principales benzodiazépines utilisées dans le traitement du syndrome du sevrage alcoolique.<sup>44</sup>

Tableau 6 : Score de Cushman.<sup>47</sup>

Tableau 7 : Caractéristiques des participants.

Tableau 8 : Place du pharmacien dans la prise en charge de la dépendance alcoolique.

Tableau 9 : Pharmacien en 1<sup>ère</sup> intention.

Tableau 10 : Attentes du patient (plusieurs réponses possibles).

Tableau 11 : Difficultés du pharmacien (plusieurs réponses possibles).

Tableau 12 : Forces du pharmacien (plusieurs réponses possibles).

Tableau 13 : Prévention à l'officine.

Tableau 14 : Éducation Thérapeutique du Patient à l'officine (plusieurs réponses possibles).



## RÉSUMÉ

L'alcool bénéficie d'un traitement privilégié en France, du fait de son poids économique et de sa place prépondérante dans la culture populaire. Mais, depuis plusieurs années, les recommandations de santé publique préconisent une diminution de la consommation d'alcool, compte tenu de son impact sanitaire et sociétal. Malheureusement, le pharmacien d'officine ne joue pas toujours son rôle de conseil, de suivi, d'accompagnement et de prévention alors qu'il s'agit du seul acteur de santé qui reçoit sans rendez-vous et dont la répartition est plutôt homogène sur l'ensemble du territoire.

L'objectif de cette thèse était donc de connaître l'avis des patients sur la place du pharmacien dans la prise en charge de la dépendance alcoolique mais également les actions de prévention qui pourraient être mises en place à l'officine.

Pour cela, un questionnaire a été rédigé sur la vision et les attentes envers le pharmacien du patient, dépendant ou non. Cela a permis de mettre en lumière les forces et les points d'amélioration des pharmaciens en tant que professionnels de santé.

Cette thèse met en lumière le rôle de prévention que doit jouer le pharmacien d'officine à travers des actions de prévention ainsi que l'importance de la collaboration avec les autres professionnels de santé. Le manque de formation et de discrétion sont des points à améliorer selon les patients.

**Mots-clés** : Dépendance, alcool, place du pharmacien, conseil officinal, prévention

## ABSTRACT

Alcohol enjoys a special status in France due to its economic impact and its prominent place in popular culture. Yet, for several years now, public health recommendations have been calling for a reduction in alcohol consumption because of its impact on health and society. Unfortunately, pharmacists are not always fulfilling their role of providing advice, follow-up, support, and prevention, despite the fact they are the only health professionals to see patients without appointment, and that they are evenly distributed across the country.

The aim of this study was to find out patients' opinions on the pharmacist's role in the management of alcohol dependence, and on the preventive measures that could be implemented at the pharmacy. To this end, a questionnaire was drawn up on the opinions and expectations of patients, whether alcohol-dependent or not, regarding the pharmacist. It highlighted the strengths and areas for improvement of the pharmacist as a healthcare professional.

This work highlights the preventive role that pharmacists must play through prevention and screening initiatives, and the importance of collaboration with other healthcare professionals. Lack of training and discretion were identified by patients as areas for improvement.

**Keywords**: Addiction, alcohol, place of pharmacists, officinal advice, prevention