



HAL
open science

Enquête qualitative auprès de pharmaciens d'officine de la région grenobloise : état des lieux de leurs connaissances sur la thématique de l'alcool et sur le réseau d'alcoologie isérois

Aurélie Durand

► To cite this version:

Aurélie Durand. Enquête qualitative auprès de pharmaciens d'officine de la région grenobloise : état des lieux de leurs connaissances sur la thématique de l'alcool et sur le réseau d'alcoologie isérois. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01202811

HAL Id: dumas-01202811

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01202811>

Submitted on 21 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2015

N°

**Enquête qualitative auprès de pharmaciens d'officine de la région
grenobloise : état des lieux de leurs connaissances sur la thématique de
l'alcool et sur le réseau d'alcoologie isérois**

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT

Aurélie DURAND

Née le 12/03/1989, à Rives

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le 18/09/2015

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Pr Vincent DANIEL,
Médecin anesthésiste réanimateur, chef de service du SAMU 38 - CHU de Grenoble

Membres :

Dr Olivier JENNY, Directeur de thèse
Médecin addictologue - CHU de Grenoble

Dr Marie-Christine ALBERTO-GONDOUIN,
Pharmacien chef de service - Pharmacie C.H. Alpes-Isère

Dr Clément MARCHAND,
Pharmacien titulaire à Grenoble

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Christophe RIBUOT
Vice-doyen et Directrice des Etudes : Mme Delphine ALDEBERT

Année 2014-2015

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT**	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	D4	LAPM_UMR SNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	D5	ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)
PU	BAKRI	Aziz	D5	TIMC-IMAG
MCU	BATANDIER	Cécile	D1	LBFA, Inserm U1055
MCU-PH	BEDOUCHE	Pierrick	D5	ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elise	D5	HP2-Inserm U1042
PAST	BELLET	Béatrice	D5	-
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	BOURGOIN	Sandrine	D1	CRI Inserm/UJF U823, équipe 5
MCU	BRETON	Jean	D1	L.C.I.B. - UMR E3 CEA/UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	D5	HP2-Inserm U1042
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	D4	IBS
PU	BURMEISTER	Wim	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	D1	CRI Inserm/UJF U823, équipe 5
Professeur Emérite	CALOP	Jean	D5	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	D1	LAPM
MCU	CHOISNARD	Luc	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU-PH	CORNET	Murielle	D4	THEREX, TIMC-IMAG
PU-PH	DANEL	Vincent	D5	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	DELETRAZ-DELPORTE	Martine	D5	Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128) UCB

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX - France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER

Lantou.Faure@ujf-grenoble.fr



MCU	DEMEILLIERS	Christine	D1	LBFA, Inserm U1055
PU	DROUET	Christian	D4	AGIM - CNRS 3405
PU	DROUET	Emmanuel	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU	DURMORT-MEUNIER	Claire	D1	I.B.S
PU-PH	FAURE	Patrice	D1	HP2-Inserm U1042
PRCE	FITE	Andrée	D6	-
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	D3	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	GILLY	Catherine	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	D5	HP2-Inserm U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	D6	-
Professeure Emérite	GRILLOT	Renée	D4	-
MCU	GROSSET	Catherine	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	GUIEU	Valérie	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	D1	LBFA, Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	D5	HP2-Inserm U1042
MCU	KHALEF	Nawel	D5	TIMC-IMAG
MCU	KRIVOBOK	Serge	D3	IRTSV
PU	LENORMAND	Jean Luc	D1	THEREX, TIMC-IMAG
PU	MARTIN	Donald	D1	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF-CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	D4	L.E.C.A
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	D4	THEREX, TIMC-IMAG
MCU	MOUHAMADOU	Bello	D3	L.E.C.A
MCU	NICOLLE	Edwige	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	OUKACINE	Farid	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	PERES	Basile	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	PEUCHMAUR	Marine	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	PEYRIN	Éric	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	RACHIDI	Walid	D1	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF

Mise à jour le 17 novembre 2014 par Lantou FAURE NEUHAUSER.

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER.

Lantou.Faure@uif-grenoble.fr



MCU	RAVELET	Corinne	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	RIBUOT	Christophe	D5	HP2-Inserm U1042
PAST	RIEU	Isabelle	D5	-
Professeure Emérite	ROUSSEL	Anne -Marie	D1	-
PU-PH	SEVE	Michel	D1	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	SOUARD	Florence	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	TARBOURIECH	Nicolas	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
PAST	TROULLER	Patrice	D5	-
MCU	VANHAVERBEKE	Cécile	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	WOUESSIDJEW	Denis	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063

**** D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (DMBMT) »**

D2 : Département « Bases Physicochimiques du Médicament »

D3 : Département « Origine, Obtention et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments » (O3-PAM)

D4 : Département « Bases immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »

D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »

D6 : Département « Anglais »

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche Institut
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
et de Cognition et Ontogénèse »
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogénèse
IPB :
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Rogot
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MCU : Maîtres de Conférences des Universités
MCU-PH : Maîtres de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeurs des Universités
PU-PH : Professeurs des Universités et Praticiens Hospitaliers
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR : Unité Mixte de Recherche
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Remerciements

Je remercie sincèrement toutes les personnes ayant soutenu ce travail :

Mr Vincent DANEL, de me faire l'honneur et le plaisir de présider ce jury de thèse.

Mr Olivier JENNY, de m'avoir guidé tout au long de ce travail. Votre regard expert ainsi que tous vos conseils m'ont été d'une grande aide.

Mme Marie-Christine ALBERTO-GONDOUIN, pour votre participation à ce jury. Merci également pour votre accueil au sein de la pharmacie de Saint-Egrève l'été dernier. Je garde un excellent souvenir de ce stage.

Mr Clément MARCHAND, pour votre intérêt porté à ce travail et votre volonté à améliorer notre métier. Merci beaucoup aussi d'avoir accepté de participer à ce jury.

Merci à tous les pharmaciens interviewés de m'avoir accordé un peu de leur temps et fait partager, en toute franchise, leur point de vue.

Mr Jean BOURGADE pour votre ouverture d'esprit, votre accessibilité et la gentillesse que vous avez fait preuve à mon égard.

Mme Vinciane HEUDE, pour votre réactivité et votre aide pour mettre en place la formation.

Sans oublier,

Mes parents, merci pour votre soutien qui m'a permis de surmonter les difficultés et les doutes rencontrés durant toutes ces longues années d'études. Vous avez su me donner toutes les chances pour réussir. Particulièrement à ma mère, tu ne défailles jamais parce que tu sais que si un jour tu tombes, on tombera avec toi. Tu fais toujours passer les autres avant toi et c'est cet exemple d'humilité et de générosité que je veux suivre.

Mon papy, que j'apprécie énormément.

Céline, plus les années s'écoulent et plus je me rends compte que la relation entre sœurs est si singulière et n'équivaut à aucune autre. Quoi qu'il arrive, je serai toujours là pour toi. Petite pensée aussi à ta famille formidable, Thomas et Timéo et leur joie de vivre communicative.

L'équipe de la pharmacie de la Fauconnière (Isabelle, Marielle, Caroline, Michèle), merci pour votre pédagogie et votre bienveillance. J'espère exercer notre métier avec autant de cœur et de professionnalisme que vous faites preuve au quotidien.

Les filles pharma : Suc, Marion, Julie, Estelle, Nono et Popo. Nous voilà toutes jeunes diplômées, chacune menant son petit bonhomme de chemin. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble et vivement les prochains !

Laura, à nos grandes discussions où l'on réalisait que, malgré nos différences, on avait au final la même vision des choses et le même ressenti. Merci pour ta solidarité.

Boubou, i el primer dia de la resta de les nostres vides !

A tous ceux que je n'ai pas cités mais qui ont compté à un moment ou à un autre...

Table des matières

Liste des abréviations.....	10
Introduction.....	13
Première partie : Les réseaux de santé.....	15
1. Généralités sur les réseaux de santé.....	15
1.1. Historique et définition.....	15
1.2. Objectifs.....	16
2. Le réseau d'alcoologie isérois.....	17
2.1. Création.....	17
2.2. Objectifs initiaux.....	18
2.3. Evolution.....	19
2.4. Composition du réseau.....	19
2.4.1. Services hospitaliers.....	20
2.4.2. Centre de soins ambulatoires : Service d'Addictologie Mutualiste des Alpes (SAMA).....	22
2.4.3. Centre médical et de réadaptation : Rocheplane.....	22
2.4.4. ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie).....	22
2.4.5. Les associations d'entraide.....	23
2.5. Avenir du réseau d'alcoologie isérois.....	27
3. Interaction entre le pharmacien d'officine, les réseaux et l'addictologie.....	28
3.1. Evolution du métier.....	28
3.2. Pharmacien et addictologie.....	30

Deuxième partie : Enquête locale.....	35
1. Méthodologie.....	35
1.1. But de l'enquête.....	35
1.2. Choix de la méthode : enquête qualitative.....	35
1.3. Le canevas d'entretien.....	36
1.3.1. But du canevas d'entretien.....	36
1.3.2. Préparation de la trame.....	36
1.4. Réalisation d'un pré-test.....	38
1.4.1. Essai sur une pharmacie.....	38
1.4.2. Modification de la trame.....	38
1.5. Constitution de l'échantillon.....	39
1.6. Déroulement des entretiens.....	39
1.7. Retranscription des entretiens.....	40
2. Résultats.....	40
2.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	40
2.2. Méthode d'analyse.....	41
2.3. Analyse thématique.....	42
2.3.1. A propos de l'alcool et des patients dépendants.....	42
2.3.2. A propos des médicaments d'aide au sevrage.....	46
2.3.3. A propos des réseaux de soins.....	49
2.3.4. Formations et perspectives.....	53
Troisième partie : Discussion : Constats et propositions.....	60
1. Limites de l'étude.....	60

2. Difficultés constatées pour aborder à l'officine la problématique de l'alcool.....	61
3. Propositions de pistes d'amélioration.....	63
3.1. Au niveau de l'agglomération grenobloise.....	63
3.1.1. Améliorer la formation.....	63
3.1.2. Faire connaître le réseau.....	68
3.2. Perspectives permettant au pharmacien de prévenir cette addiction.....	71
3.2.1. Prévention primaire.....	72
3.2.2. Prévention secondaire.....	74
3.2.3. Prévention tertiaire.....	74
Conclusion.....	81
Bibliographie.....	83
Annexes.....	89
Serment des apothicaires.....	117

Liste des abréviations

AA : Alcooliques Anonymes

AHU : Année Hospitalo-Universitaire

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

ARS : Agence Régionale de Santé

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CEIP : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

CH : Centre Hospitalier

CHAI : Centre Hospitalier Alpes-Isère

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CRSSA : Centre de Recherche du Service de Santé des Armées

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

CESPHARM : Comité d'Education Sanitaire et sociale de la Pharmacie française

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

FFA : Fédération Française d'Addictologie

FLP : Fiche de Liaison Pharmaceutique

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IACA : Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives

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

IPPSA : Institut de Promotion de la Prévention Secondaire en Addictologie

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

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PIC : Psychiatrie Information Communication

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RESIC 38 : RESeau des Insuffisants Cardiaques de l'Isère

RESPADD : Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions

RIAM : Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SAMA : Service d'Addictologie Mutualiste des Alpes

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis

SFA : Société Française d'Alcoologie

VSA : Vivre Sans Alcool

Introduction

L'addiction à l'alcool est un phénomène complexe résultant d'une interaction entre le produit, l'individu (facteurs génétiques, psychologiques...) et l'environnement (familial, social...) ¹. La prise en charge de cette maladie chronique ne se limite donc pas seulement aux médicaments (bien qu'ils soient une aide non négligeable au sevrage) mais consistera essentiellement en un bon encadrement. En effet, le fait que le patient se sente soutenu par différents acteurs représente déjà une des clés de la réussite. Les réseaux de santé, créant un maillage autour du patient sont donc particulièrement intéressants en addictologie.

La participation du pharmacien d'officine à ces organisations multidisciplinaires est tout à fait légitime : l'expertise médicamenteuse qu'il peut apporter et son implication dans l'observance, font de lui un partenaire précieux. De surcroît, son contact fréquent avec la population lui permettrait de dépister précocement les patients ayant une consommation excessive d'alcool, ce qui concernerait plus de 5 millions de personnes en France selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ². De plus, la prévention est devenue une des nouvelles missions du pharmacien depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009 ³.

Cependant entre la théorie et la pratique, un réel fossé existe. En effet, en réalité le pharmacien d'officine n'occupe pas encore cette place pivot entre les différentes professions. Il n'est parfois même pas inclus dans les réseaux de santé de proximité ; c'est notamment le cas du réseau d'alcoologie et de recherche sur les conduites addictives de l'Isère. C'est pourquoi, initialement, il m'a semblé intéressant d'orienter ce travail sur la façon dont pouvait se repositionner les pharmaciens d'officine isérois dans ce réseau d'alcoologie - suite à l'évolution du métier et à l'arrivée des nouvelles molécules d'aide au sevrage (baclofène,

nalméfène). Mais faudrait-il déjà s'assurer qu'ils connaissent d'une part ces médicaments et d'autre part l'association. C'est pourquoi il m'a semblé plus judicieux de réaliser une enquête qualitative auprès de quelques titulaires installés aux alentours de Grenoble afin d'établir l'état des lieux de leurs connaissances.

Dans la première partie de ce travail, nous présenterons le réseau d'alcoologie et de recherche sur les conduites addictives en Isère. Nous verrons ensuite comment, de par l'évolution de sa profession, le pharmacien est amené à participer davantage à des réseaux de santé. Puis nous rappellerons la place qu'il occupe déjà dans la pratique de l'addictologie.

La seconde partie s'intéressera plus particulièrement à cette enquête qualitative puisqu'elle décrira la méthode utilisée et exposera les principaux résultats obtenus.

Enfin dans une troisième partie, nous tenterons de résoudre les difficultés et de répondre aux attentes constatées au cours des entretiens en proposant diverses solutions et perspectives.

1. Généralités sur les réseaux de santé

1.1. Historique et définition

La date de création des réseaux de santé est difficilement définissable ; cette notion serait apparue dès le début du 20^{ème} siècle lors de la lutte contre la tuberculose pour laquelle un plan de prise en charge a été instauré ⁴. Ce dernier avait abouti à l'ouverture de dispensaire. Les premiers réseaux se sont ensuite mis en place en fonction des besoins des patients (ou des groupes de personnes en difficulté) pour lesquels les systèmes de soins existants, étaient inadéquats.

Mais c'est lors de l'apparition du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) dans les années 80, que la nécessité de coordination et de cohérence dans les soins a été réellement mise en évidence. En effet le système de santé cloisonné ne permettait plus de répondre aux besoins des malades. La toxicomanie et l'hépatite C étant des pathologies souvent rencontrées chez le patient sidéen, de nombreuses circulaires ont vu le jour au début des années 1990 ; elles préconisaient la coopération des structures et des professionnels pour prendre en charge ce type de problème. Dès leur création, les réseaux de santé sont donc intimement liés à l'addiction.

Parallèlement d'autres réseaux ont également commencé à émerger, s'occupant de pathologies plus diverses (diabétologie, asthme) ou ciblant un groupe de population particulière (personnes âgées, démunies...). Cependant faute de moyens et en l'absence de cadre réglementaire, ces organisations sont le plus souvent restées informelles. Il faudra attendre les ordonnances Juppé en 1996 ⁵ pour que ces groupements commencent à s'officialiser et à se structurer grâce à cette base légale. Peu adaptés, ces textes ont été revus à

maintes reprises. La réglementation a donc évolué au fil des décennies pour aboutir à la loi du 4 mars 2002 ⁶ qui définit officiellement la notion de réseau de santé en leur créant un véritable statut : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations* » (Code de la santé publique, article L6321-1). La circulaire du 2 mars 2007 ⁷ a ensuite permis d'affiner leurs objectifs et leurs orientations.

1.2. Objectifs

Ils sont multiples ⁸ :

- Accompagnement global du patient
- Améliorer la qualité de vie de la personne malade en lui apprenant à gérer sa maladie au quotidien (éducation thérapeutique)
- Soutenir et aider l'entourage (groupes de paroles...)
- Continuité et sécurité des soins passant par une meilleure coordination des professionnels de santé (décloisonnement entre les différents partenaires du réseau facilitant la communication et le partage des informations)
- Améliorer la qualité des pratiques : mise en place de protocoles, de formations pour développer les compétences et les connaissances de chacun

- Visée économique avec des retours sur investissements (consommation de médicaments diminuée, hospitalisations évitées, dépistage plus précoce prévenant les complications, éviter les examens redondants ...)
- Gain d'efficacité
- Aiguiller au mieux le malade vers des spécialistes et optimiser l'accès aux soins en accompagnant les patients non ou mal soignés
- Répondre aux attentes d'une population au sein d'une zone géographique limitée
- Etre un site d'observation de santé publique (dépister des problèmes émergents au sein de la population cible) et un lieu d'évaluation (tester différentes stratégies de thérapie pour choisir et appliquer la meilleure)

En résumé les réseaux permettent une interaction entre les professionnels et les structures intervenant pour un même patient. Ils ont pour mission d'assurer une prise en charge adaptée à ses besoins, que ce soit dans le domaine de la prévention, du diagnostic ou des soins.

2. Le réseau d'alcoologie isérois

Rencontre début décembre 2014 avec le coordinateur du réseau d'alcoologie et de recherche sur les conduites addictives en Isère, Mr Jean BOURGADE.

2.1. Création

Afin d'apporter des solutions plus spécifiques en fonction du type de dépendance, que n'apportait pas jusqu'alors la psychiatrie traditionnelle, une équipe de psychiatrie générale a fondé en 1985 une unité expérimentale : l'Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives (IACA). Cette section est administrée par le Centre Hospitalier Alpes-Isère

(CHAI) de Saint-Egrève et comportait au départ 5 lits de sevrage pour l'accueil de personnes souhaitant se faire soigner.

Suite au développement important de l'IACA et face à une forte demande, l'association 1901 d'Alcoologie et de Recherche sur les Conduites Addictives en Isère voit le jour en 1998. Elle regroupe 5 centres isérois spécialisés en alcoologie :

- 2 centres de soins hospitaliers dont l'unité d'hospitalisation Georg GRODDECK à Saint-Egrève et le département d'hépatogastroentérologie au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble
- 2 centres ambulatoires de soins qui sont CONTACT Grenoble et GISME à Saint-Martin-d'Hères
- 1 unité de recherche du Centre de Recherche du Service de Santé des Armées (CRSSA) de La Tronche. Elle apportait une expertise épidémiologique et une expérience au niveau des publications.

Le réseau inclut également des associations d'entraide grenobloises comme Vivre sans Alcool, Vie Libre, Alcool-Assistance La Croix d'Or et les Alcooliques Anonymes.

2.2. Objectifs initiaux

Au départ, le principal but du réseau était de développer la partie hospitalière, par l'intermédiaire de formations, pour permettre l'ouverture de nouveaux lits de sevrage.

Ces programmes de formation lui ont permis de se faire connaître dans les hôpitaux de la périphérie grenobloise mais surtout de développer l'addictologie de liaison via des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).

Le réseau a ensuite mis en place au CHAI des journées de sensibilisation pour les libéraux.

Son action s'étend sur l'agglomération grenobloise mais également aux hôpitaux du Sud-Isère :

- CHAI de Saint-Egrève
- Hôpital de la Mure
- Hôpital de Voiron
- Centre hospitalier de secteur de Saint Marcellin
- Centre médical Rocheplane à Saint-Martin-d'Hères
- Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) de Vaulnaveys

2.3. Evolution

Depuis sa création, quelques changements ont eu lieu :

- L'unité de recherche du CRSSA a fermé ses portes le 30 juin 2013 : les activités du CRSSA étant délocalisées et mutualisées à Brétigny sur Orges.
- En juillet 2014, CONTACT et GISME se sont regroupées administrativement et géographiquement en un unique service : le Service d'Addictologie Mutualiste des Alpes (SAMA).

2.4. Composition du réseau

Actuellement le réseau d'alcoologie isérois constitue une véritable toile comportant plusieurs services ⁹.

2.4.1. Services hospitaliers

- L'unité Georg GRODDECK à Saint-Egrève

Cette unité accueille des personnes souffrant de dépendance avec ou sans produit. Elle propose une hospitalisation de sevrage de 12 à 15 jours ou une hospitalisation en cure de réflexion de 5 semaines.

L'équipe est pluridisciplinaire (médecins généralistes, psychiatres, infirmiers, assistantes sociales). L'admission se fait par accord d'un médecin de l'unité.

La cure d'une quinzaine de jours est organisée en plusieurs étapes : après une période de récupération et de repos, une évaluation globale (psychique et somatique) sera proposée au patient. Un bilan social sera également utile sachant qu'une addiction est favorisée par tout un contexte, un environnement. Le temps d'hospitalisation varie en fonction de la personne et du type d'accoutumance.

Au terme de l'hospitalisation, on proposera au patient d'entrer dans une démarche de changement grâce à l'aide des différents partenaires du réseau.

La cure de 5 semaines propose, quant à elle, diverses activités (thérapie de groupe, groupe de parole, théâtre, bilan individuel...) et permet une prise en charge intensive de personnes motivées pour s'en sortir et étant entrées dans une dynamique de soins.

Un lit d'urgence est également mis à disposition permettant une transition parfois nécessaire dans la prise en charge (période de fragilité faisant par exemple suite à un sevrage).

- Consultations en addictologie au CHU

La clinique d'addictologie propose une prise en charge ambulatoire sur trois sites différents puisqu'elle est composée ¹⁰ :

- d'une unité de consultations hospitalières d'addictologie (située au rez-de-chaussée haut de l'hôpital Michallon)
- d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) comprenant une Unité de Soins externes d'Addictologie (USA) sur le site nord du CHU et un centre situé 1 rue Hauquelin à Grenoble

- La clinique psychiatrique Le Coteau ¹¹

Ce pôle médical est un établissement de psychiatrie générale (dépressions, troubles addictifs, pathologies bipolaires...) composé d'une équipe multidisciplinaire (psychiatres, médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, animateurs, travailleurs sociaux...)

Elle accueille des personnes alcoolo-dépendantes en hospitalisation à temps complet afin d'apporter une aide dans le maintien de l'abstinence et la prévention des rechutes.

La demande d'admission doit émaner du médecin traitant ou du psychiatre du patient auprès d'un psychiatre de la clinique.

Actuellement elle est localisée à Claix mais s'installera courant 2015 dans de nouveaux locaux plus grands et adaptés à Seyssins.

- Les différents hôpitaux

Les patients peuvent également être pris en charge (diagnostic, traitement des complications, bilan, sevrage...) par les hôpitaux de proximité tels que Voiron, La Mure, Saint Marcellin.

2.4.2. Centre de soins ambulatoires : Service d'Addictologie Mutualiste des Alpes (SAMA)

C'est un CSAPA composé de médecins, travailleurs sociaux, secrétaires, psychologues. Ce centre accueille aussi bien les personnes présentant une addiction que leur entourage.

Les équipes mènent également des actions de sensibilisation en milieu scolaire ou dans les entreprises et proposent des formations pour les professionnels de santé.

Il comporte 4 antennes (Grenoble, Saint-Martin-d'Hères, Bourgoin-Jallieu, Vienne) ainsi que de nombreux lieux de permanences permettant de couvrir tout le département.

2.4.3. Centre médical et de réadaptation : Rocheplane ¹²

Un patient pris en charge par les différentes structures du réseau peut effectuer s'il le souhaite un séjour de 4 semaines en post sevrage. Il faudra pour cela qu'il signe un contrat d'admission et s'engage à respecter le règlement intérieur du centre. Il sera alors hospitalisé dans l'unité Albert Camus qui comporte une trentaine de places.

2.4.4. Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

C'est une unité fonctionnelle de l'Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives (IACA) intervenant dans les hôpitaux (CHAI, CH Saint-Marcellin, CH La Mure, Rocheplane). Les patients peuvent donc recevoir des consultations au cours de leur hospitalisation ou alors en se rendant au pavillon E de l'hôpital Michallon de Grenoble.

Ces équipes ont différentes missions :

- Apporter une aide lors de la prise en charge des personnes hospitalisées présentant des conduites addictives (que l'addiction soit ou non le motif de l'hospitalisation)

- Développer des liens autour du patient, avec tous les acteurs du réseau
- Sensibiliser et former des équipes de soins à l'addictologie

2.4.5. Les associations d'entraide

- Les Alcooliques Anonymes (A.A) ¹³

Les A.A sont très connus de nom mais peu de personnes connaissent leur fonctionnement.

Cette association est basée sur le principe de l'anonymat (pas de listes établies, pas de procédure d'inscription, ni de cartes de membres).

La création d'un nouveau groupe Alcooliques Anonymes se fait à l'initiative des participants qui doivent trouver un local, fixer un horaire pour les réunions et surtout faire enregistrer le rassemblement au bureau des services généraux.

Chaque groupe finance ses dépenses (location de la salle, café, sucreries...) grâce aux sommes laissées par les participants à la fin de chaque réunion. Cette cotisation se fait selon le désir et les moyens de chacun.

En pratique, cette association propose :

- des réunions dites « fermées » où ne sont admises que des personnes malades. Ces rencontres leurs permettent de discuter librement du quotidien, des difficultés (qui ne peuvent être réellement comprises que par des personnes alcooliques). Elles permettent aussi aux nouveaux venus d'interroger librement des anciens qui sont déjà passés par là. Ces groupes de paroles se réunissent au moins une fois par semaine, au même endroit. Chaque participant peut choisir d'arrêter de venir à tout moment.

- des réunions ouvertes à tous, alcooliques ou non. Elles peuvent avoir lieu mensuellement. Le fait d'inclure l'entourage est un facteur supplémentaire d'aide et de soutien pour la personne

malade. La seule condition pour y assister est l'engagement du respect de l'anonymat des membres.

- un principe de parrainage où un membre de l'association apporte un soutien continu et personnel à un nouveau participant.

Afin d'assurer une accessibilité téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, les bénévoles se relaient. Cette permanence est un point d'écoute et de renseignements pouvant aider à distance certains patients et être ainsi une première approche avant d'assister aux réunions.

- Alcool Assistance (Alcool Assistance Croix d'Or) ¹⁴

Contrairement aux Alcooliques Anonymes, pour pouvoir faire partie de l'association, la personne doit être abstinente depuis plus de 3 mois. De plus, une fois membre, elle recevra une carte d'adhérent et une cotisation mensuelle lui sera demandée. Alcool Assistance reçoit également des financements par des institutions telles que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, le Ministère de la Santé, de la Jeunesse...

Cette association a différents moyens d'actions passant par des lieux de paroles de proximité un peu partout en France (dont Grenoble, Bourgoin, La Mure, Voiron, Vienne), une instance téléphonique, des informations aux familles, des programmes de prévention...

Elle collabore également avec différents représentants majeurs de l'alcoologie dont la Société Française d'Alcoologie (SFA) et la Fédération Française d'Addictologie (FFA).

- Vivre sans alcool (V.S.A) ¹⁵

Ne se reconnaissant pas dans les rassemblements nationaux existants, certains malades ont créé en 1997 l'association Vivre Sans Alcool.

Ouverte à tous, cette association iséroise a mis en place des groupes de paroles mensuels ou hebdomadaires dispersés dans le département ainsi qu'une permanence téléphonique continue.

En plus d'aider les personnes dépendantes à l'alcool et de leurs apporter un soutien, V.S.A intervient dans différents établissements pour sensibiliser un plus large public.

Au niveau des financements :

- un tiers provient de cotisations, de dons et d'actions de prévention (écoles, manifestations...)
- un autre tiers émane des villes dans lesquelles l'association est implantée (du Conseil général, de l'Agence Régionale de Santé sur projets spécifiques)
- enfin le dernier tiers est issu du mécénat

- Vie Libre ¹⁶

Vie Libre a pour principale mission de rassembler toutes les personnes volontaires souhaitant assister et aider toutes personnes victimes d'alcoolisme.

Cette association est formée :

- ✓ de buveurs « guéris » : abstinents depuis plus de 6 mois.

Bien que la notion de guérison soit assez controversée en alcoologie, le patient est considéré par l'association comme guéri au-delà de 6 mois d'abstinence et se voit remettre une carte rose. Le mouvement étant basé sur une notion de confiance et d'encouragement, aucun contrôle n'est effectué pour s'assurer de cette absence de consommation.

- ✓ de co-dépendants : personnes souffrant de la maladie alcoolique d'un proche.

Il s'agit le plus souvent du conjoint, des parents ou des enfants.

- ✓ d'abstinents volontaires : ce sont des proches du malade qui décident de ne plus consommer par solidarité et pour l'aider à guérir.

Une carte de couleur rose leur sera aussi délivrée s'ils restent abstinents pendant plus de 6 mois et s'ils ont régulièrement participé aux permanences.

- ✓ de sympathisants : personnes qui ne sont pas tenues à l'abstinence mais qui adhèrent à la cause défendue par l'association. Une carte verte leur sera alors remise.

Une première participation aux groupes de paroles est libre (pas d'inscription, pas d'obligation de revenir aux séances suivantes...). Partant du fait qu'il n'y a aucune honte à être malade alcoolique, ce mouvement rejette l'anonymat.

Vie Libre assure un accompagnement continu de la personne :

- Avant le sevrage en l'aidant à prendre conscience de sa maladie et donc l'amener volontairement aux soins
- Lui apporter soutien, amitié et encouragement au moment de la cure
- L'intégrer dans une psychothérapie de groupe (réunions, permanences) après la cure

Malgré un fonctionnement basé essentiellement sur du bénévolat, l'association bénéficie de ressources provenant :

- des cotisations des adhérents (uniquement pour les personnes possédant une carte rose ou verte)
- de la vente de différentes revues du mouvement
- de subventions accordées (ARS)

2.5. Avenir du réseau d'alcoologie isérois

Ne prenant en charge qu'une pathologie spécifique, le réseau d'alcoologie isérois n'entre pas dans les critères d'obtention de financement de l'ARS. En effet pour limiter leur hétérogénéité, l'ARS essaie de regrouper les types de réseaux de santé par grandes thématiques. Il aurait donc fallu créer un réseau d'addictologie et non d'alcoologie pour obtenir un financement. Mais au vu de la complexité médicale que cela aurait engendrée, les participants n'ont pas souhaité fonder une association regroupant plusieurs addictions.

Le réseau d'alcoologie isérois ne bénéficie donc que de dérogations tarifaires c'est-à-dire limitées dans le temps et en rémunération. Cela provoque des difficultés économiques impactant sur son fonctionnement. De plus, la création du SAM des Alpes demandant beaucoup de temps et d'organisation, le réseau est passé temporairement en second plan et est actuellement un peu en latence. Il maintient cependant une activité à minima et les équipes de liaison sont quant à elles très actives.

Afin de relancer la dynamique du réseau, un des projets serait de le fusionner avec l'ASS ALPSYSOM (Alcoologie et Psychosomatique). ALPSYSOM est une association créée par l'Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives du CHAI. Elle avait pour rôle initial de trouver des fonds afin d'améliorer le quotidien des patients et des soignants. L'idée aussi était de mettre en place des formations avec le personnel : formations pratiques, de terrain destinées aux soignants du CHAI mais également à certains professionnels extérieurs (médecins, travailleurs sociaux, infirmières, psychologues). Enfin elle intervient beaucoup dans les établissements d'enseignement secondaire (collèges et lycées) pour faire de la prévention.

Le fait qu'ALPSYSOM devienne l'association du réseau permettrait de mutualiser les forces, simplifier les choses tout en gardant l'esprit associatif, l'idée de formation et de

sensibilisation par le biais d'un réseau. Il faudrait également mieux faire connaître localement le réseau, que ce soit auprès des professionnels de santé libéraux ou des patients.

3. Interaction entre le pharmacien d'officine, les réseaux et l'addictologie

3.1. Evolution du métier

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), promulguée en 2009, a largement contribué à l'évolution du métier de pharmacien en lui attribuant des fonctions qui s'étendent bien au-delà du strict domaine du médicament. Accompagnement des patients, éducation thérapeutique, fonction de pharmacien référent, coopération avec les autres professionnels de santé sont autant de nouvelles missions décrites dans l'article 38³.

Sa proximité immédiate avec les malades lui permet de participer aux soins de premier recours. Ces derniers comprennent différents champs d'intervention :

- Dépistage et prévention
- Prise en charge des maladies chroniques
- Continuité et permanence des soins
- Orientation des patients vers le système de second recours

Ce texte place donc le pharmacien au centre du dispositif de soins.

La convention nationale pharmaceutique (2015) va dans ce sens en incitant aussi à la collaboration avec les autres professionnels de santé: « *Le pharmacien est un acteur privilégié dans la coordination des soins du patient. A ce titre, les parties signataires se déclarent attachées au renforcement des liens devant s'établir, dans l'intérêt des patients, entre l'ensemble des professionnels de santé. Dans ce but, le pharmacien participe à la concertation avec les professionnels de santé...* »¹⁷.

Dans une époque où la prise en charge du patient dans sa globalité prime, travailler en réseau (formel ou informel) devient une priorité. De multiples bénéfices découleraient de la participation des pharmaciens d'officine dans une telle organisation :

Avantages pour le pharmacien :

- Etre mieux formé et informé sur le sujet
- Avoir accès à plus d'outils
- Pouvoir demander conseil à des spécialistes
- Devenir acteur de la prise en charge
- Lui permettre de mieux aiguiller le patient vers des structures adaptées
- Améliorer les relations avec les médecins (communication / échanges d'informations)
- Retrouver de la motivation à s'investir dans un domaine

Avantages pour le réseau :

- Le pharmacien d'officine est le professionnel de santé qui voit le plus souvent le patient, cela permet :
 - o un suivi
 - o de vérifier l'observance
- C'est le dernier acteur du réseau
 - o il peut donc s'assurer de la compréhension du patient sur son traitement et sa prise en charge de manière générale
- C'est un professionnel de santé de proximité, disponible sans rendez-vous
 - o le patient peut facilement venir à sa rencontre en cas de doutes et de questions
 - o les patients isolés, en milieu rural ne sont pas laissés pour compte
- Relation de confiance avec le malade qu'il connaît depuis longtemps
- Connaissance de la pharmacologie (interactions médicamenteuses / effets indésirables)

- Connaissance globale du patient (ses antécédents, ses pathologies) et de son entourage
- Déclaration des effets indésirables à la pharmacovigilance
- Diffusion de campagnes évènementielles impactant sur un large public

Intérêts communs / enjeux :

- Assurer une prise en charge globale du malade et une continuité des soins (ville-hôpital)
- Homogénéiser le discours

Concernant l'addictologie plus particulièrement, de nouveaux textes incitent le pharmacien d'officine à intervenir davantage dans ce domaine.

- ❖ En avril 2014, une convention est conclue entre l'Ordre national des pharmaciens et la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA)¹⁸. Elle encourage le pharmacien à intervenir dans le processus de soins des personnes dépendantes en tant qu'éducateur de santé et ainsi développer les échanges avec le reste du système d'addictologie.
- ❖ Le plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives¹⁹, vise à renforcer le rôle des officinaux en tant que professionnels de santé de premier recours vis-à-vis des usagers de substances psychoactives.

3.2. Pharmacien et addictologie

L'addiction n'est pas une discipline totalement étrangère au pharmacien puisqu'il est responsable de la dispensation des substituts aux opiacés et des substituts nicotiques. Etant expert du médicament, il est évidemment aussi impliqué dans la lutte contre les addictions médicamenteuses.

Sevrage aux opiacés :

Pour limiter l'expansion du SIDA dans les années 80, une politique de réduction des risques a été menée en France ²⁰. Différentes mesures ont été instaurées dont la mise à disposition de matériel d'injection et de traitement de substitution en pharmacie d'officine. Ces médicaments (méthadone et buprénorphine) peuvent faire l'objet d'un mésusage. Leur prescription et leur délivrance sont donc très réglementées. Pour dispenser ce type de produit, le pharmacien doit donc redoubler de vigilance et s'assurer que tout est en règle. Il est donc contraint de connaître les conditions de dispensation ²¹ :

- Ordonnance sécurisée
- Prescription initiale restreinte aux médecins des centres hospitaliers et des CSAPA
- Durée de prescription limitée
- Délivrance fractionnée
- Nom du pharmacien en charge de la délivrance apposée sur l'ordonnance par le médecin

Depuis plusieurs décennies, le pharmacien d'officine est obligé d'apporter sa collaboration dans cette addiction pour limiter le marché noir et pour que le sevrage du patient se fasse dans les meilleures conditions.

Sevrage tabagique :

Le délistage des substituts nicotiques, suite au plan gouvernemental de lutte contre le tabagisme de 1999 ²², a renforcé également son implication dans le sevrage tabagique. Un patient souhaitant de l'aide pour arrêter la cigarette peut franchir la porte de n'importe quelle officine. En effet, le pharmacien dispose d'un large arsenal thérapeutique à proposer : patch, gomme à mâcher, pastille à sucer, inhalateur... Après une évaluation rapide de la dépendance

via le Test de Fagerstrom ²³, il aidera le patient à choisir la forme qui lui convient le mieux en fonction de ses préférences et de sa façon d'appréhender le sevrage.

Addiction médicamenteuse :

Certains médicaments, qu'ils nécessitent obligatoirement une ordonnance (anxiolytiques, hypnotiques, corticoïdes) ou qu'ils soient en vente libre (antitussifs et antalgiques à base de codéine, certains antihistaminiques...), peuvent faire l'objet de dépendance. Le pharmacien doit donc surveiller tout comportement suspect (automédication excessive, personne très insistante voir agressive pour obtenir le produit, consultation de divers prescripteurs pour multiplier les ordonnances...). Il doit signaler tout abus ou dépendance au Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) de sa région ou à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) ²⁴. Il participe ainsi à l'addictovigilance.

Pharmacien et alcoologie ?

Faisant partie intégrante de la gastronomie française, la consommation d'alcool est largement ancrée dans notre culture ^{25 26 27}. De ce fait ce produit n'est pas perçu comme une drogue. Son absorption apparaît même parfois comme bénéfique : si on suit le concept du « french paradoxe », l'alcool (et particulièrement le vin) serait un protecteur cardiaque. Bien évidemment, beaucoup de nuances sont à imposer à cette notion : l'étude Monica portant sur l'incidence des maladies cardiovasculaires en Europe et pilotée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a établi que le taux de maladies cardio-vasculaires se répartit selon un gradient Nord-Sud sur l'ensemble de l'Europe et non pas spécifiquement à la France ²⁸.

La consommation d'alcool a également une connotation festive puisqu'elle est souvent associée à des moments de convivialité et accompagne différents événements marquants (mariage, diplôme, crémaillère...). Elle crée ainsi une rupture entre le « train-train quotidien » et les moments de détente, de plaisir. Par ces effets psychiques directs (désinhibition), elle augmente aussi la sociabilité en facilitant les échanges et la communication.

Cependant si boire dans les « normes socialement acceptables » est toléré voir valorisé, dès que cela induit chez le consommateur un comportement inadéquat entraînant des désordres sociaux, la perception de l'alcool bascule radicalement. La consommation excessive devient alors critiquable et est remplie de jugement moral. Le sujet devient tabou et laisse place aux préjugés. De même une personne dépendante n'est souvent pas considérée comme malade, mais comme responsable de sa pathologie puisqu'elle l'a induite.

Mais entre ces deux visions extrêmes se situe l'alcoolisme mondain qui est caractérisé par une consommation d'alcool faible mais régulière. En effet, outre les clichés types de l'alcoolique (mari violent, mendiant...), il existe aussi et surtout de nombreux « buveurs excessifs ». Ils ne sont pas nécessairement identifiés comme tels, mais ont pourtant une alcoolisation chronique supérieure aux normes recommandées qui sont selon OMS ²⁹ :

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

On aura tendance à critiquer la personne qui boit trop mais on ne s'apercevra pas de celle qui consomme quotidiennement. Pourtant c'est cette population là qu'il serait intéressant de toucher : quand bien même leur consommation n'a pas de répercussions sociales et familiales

directes, le risque de développer des pathologies au long cours est augmenté. A savoir que la moitié des patients décédant du fait de leur consommation d'alcool ne sont pas dépendants.

A l'échelle mondiale, l'OMS estime chaque année:

- à 69 000, le nombre de décès par overdose d'opioïdes ³⁰
- à 3,3 millions le nombre de décès imputable à l'alcool ³¹

Malgré une mortalité plus conséquente et bien que l'alcool soit une substance psychoactive très commune, le pharmacien d'officine est étonnamment moins impliqué dans l'alcoolisme que dans l'addiction aux opiacés.

Deux récentes thèses de pharmacie ^{32 33} se sont penchées sur la question et ont abordé la thématique du patient alcoolique à l'officine. Elles arrivent aux conclusions que le pharmacien est à même de repérer précocement les personnes ayant une consommation excessive d'alcool et de les réorienter vers des structures spécifiques. Ces travaux complémentaires détaillant déjà la pharmacocinétique de la substance alcool, ses complications à court et à long terme et les médicaments d'aide au sevrage, il ne m'a pas semblé intéressant de les répéter de nouveau. M'appuyant sur les conclusions de ces thèses, j'ai préféré vérifier si concrètement sur le terrain, le pharmacien était capable de conseiller une personne alcoolique et de la diriger vers des spécialistes. Pour cela une enquête qualitative a été menée auprès d'une dizaine de titulaires exerçant dans la région grenobloise.

Deuxième partie : Enquête locale

1. Méthodologie

1.1. But de l'enquête

L'objet de l'étude est d'une part, établir un état des lieux actuel des connaissances des pharmaciens officinaux isérois sur le réseau d'alcoologie existant près de chez eux et de recueillir leurs attentes vis-à-vis de ce dernier. D'autre part évaluer leurs connaissances sur les médicaments de sevrage et sur l'alcool en général afin d'en déduire leurs besoins de formation dans ce domaine.

1.2. Choix de la méthode : enquête qualitative

Partant du fait que ce n'est pas nécessairement la taille de l'échantillon qui fait la qualité de l'enquête, j'ai préféré entreprendre une approche qualitative plutôt que quantitative^{34 35}. De plus, ne cherchant pas à mesurer des données mais plutôt à observer et comprendre des comportements, une méthode par entretien semi-dirigé m'a semblé être la plus appropriée.

Cette étude consiste donc à interroger un petit nombre de pharmaciens isérois, s'exprimant par interview sur la thématique de l'alcool.

Comparativement à un questionnaire quantitatif, l'enquête qualitative à plusieurs avantages comme permettre le recueil d'expériences concrètes, de terrain et détecter des besoins. Le fait d'avoir un contact direct avec l'interviewé permet de recueillir un maximum d'informations. En effet le répondant a la possibilité de commenter ou nuancer ses réponses, chose impossible avec un questionnaire quantitatif. L'incompréhension des questions n'est également plus une source de biais puisque je peux directement clarifier toutes ambiguïtés. Il

m'a été également possible au cours des entrevues de montrer des plaquettes informatives comme par exemple un des programmes de formation proposé par le réseau (cf. annexe n° 1) et de la documentation afin de solliciter leurs intérêts.

Cette approche qualitative laissant libre expression aux répondants, m'a donc permis de recenser la diversité des attitudes et des opinions au travers des témoignages et cela malgré le nombre réduit d'enquêtés.

1.3. Le canevas d'entretien

1.3.1. But du canevas d'entretien

Bien qu'il consiste en une série de questions, c'est en réalité plus une trame à suivre sur les différents thèmes que je souhaite aborder au cours des entretiens, qu'un réel questionnaire.

Les enquêtes étant des conversations, les questions ne seront pas nécessairement posées ni dans l'ordre, ni dans la formulation prévue. D'où l'intérêt d'établir une trame : une sorte de guide d'entretien ayant pour but de recentrer les interviews sur l'objectif de l'étude et de relancer les interlocuteurs sur les thèmes qu'ils n'évoquent pas spontanément. De plus « ce plan » m'a permis de suivre un même fil conducteur, de garder un même schéma au cours des différentes rencontres afin de pouvoir les comparer ultérieurement. Cela m'a également servi de point de repère, d'aide-mémoire ce qui est assez rassurant.

1.3.2. Préparation de la trame

La construction de la trame s'est faite par la préparation d'une liste de questions simples sur le sujet, l'objectif étant d'obtenir des réponses traduisant le plus fidèlement possible une réalité. Cette trame suit une logique : elle commence par des questions assez vastes sur l'alcool puis introduit peu à peu le vif du sujet c'est-à-dire le réseau d'alcoologie isérois.

Afin de pouvoir comparer les pharmacies entre elles, j'ai indiqué au début de chaque interview :

- ✓ la typologie de l'officine (centre-ville / centre commercial / campagne / proche d'un centre d'addictologie) pour essayer d'en déduire si la prise en charge diffère selon la localisation de la pharmacie
- ✓ la tranche d'âge auquel appartient le pharmacien : afin d'avoir une idée si l'expérience permet de mieux gérer ce type de problème et si les jeunes générations sont mieux formées

J'ai ensuite structuré la trame en 4 grandes parties :

- Le premier groupe de questions me permet d'aborder la thématique de l'alcool de façon générale, d'évaluer la fréquence à laquelle les pharmaciens sont en contact avec des personnes alcoolodépendantes et de comprendre comment ils prennent en charge ce type de patients
- Le second groupe de questions fait un point sur les médicaments d'aide au sevrage
- Les interrogations suivantes permettent de déterminer leurs connaissances du réseau d'alcoologie
- Enfin les dernières interrogations ont pour but d'évaluer leur volonté de s'investir dans un réseau

Chaque partie contient à la fois des questions ouvertes, permettant de recueillir les opinions des pharmaciens (tout en leur laissant la possibilité de me faire des suggestions) et des questions fermées permettant de collecter des réponses rapides ou de valider une information.

1.4. Réalisation d'un pré-test

1.4.1. Essai sur une pharmacie

Avant de me lancer dans les interviews, il m'a semblé plus prudent de tester ce questionnaire. Etant en stage de 6^{ème} année officinale, j'ai effectué un « pilote » avec mon maître de stage qui a bien voulu se prêter au jeu.

Cette réelle mise en situation a permis de mettre en lumière les imperfections de la première ébauche, de vérifier aussi la clarté et la compréhension des questions ainsi que la facilité de réponse. Le second objectif était de tester si des problématiques non abordées ressortaient ou si d'autres pistes éventuelles devaient être approfondies.

Il en a découlé les points suivants :

- Redondance de certaines questions
- Questionnaire un peu trop long
- S'assurer d'abord de leur connaissance des autres réseaux de soins isérois avant d'engager la discussion spécifiquement sur celui de l'alcoologie
- Essayer de cibler les attentes des pharmaciens
- Approfondir la partie sur les formations

Le contenu de la trame a donc été complété et approfondi.

1.4.2. Modification de la trame

J'ai principalement modifié les 2 derniers groupes de questions en insistant plus sur:

- leur connaissance des différentes structures d'alcoologie du département
- leur désir de formation

L'ordre des questions a également été revu afin d'assurer une meilleure fluidité dans le déroulé des interrogations. La trame remaniée et utilisée lors des entretiens est présentée en Annexe n° 2.

1.5. Constitution de l'échantillon

Même si chaque entretien apportait de nouveaux éléments intéressants, l'analyse a fait l'objet d'une saturation, avec une certaine récurrence dans les propos. C'est ce qui m'a fait suspendre les rencontres estimant que le nombre d'interviewés était suffisant.

Au final 10 entretiens ont été réalisés auprès de pharmaciens exerçant à Grenoble et ses alentours (60 km). Cet échantillon restreint ne prétend pas être représentatif mais tente d'être le plus diversifié possible en sélectionnant des pharmacies de typologies différentes. C'est donc principalement ce critère qui m'a orienté vers une officine plutôt qu'une autre.

La sélection des pharmacies s'est faite en décembre 2014. J'ai préalablement contacté les titulaires soit par téléphone, soit en me déplaçant directement au sein de leurs lieux de travail afin de leur décrire brièvement le sujet de la thèse et fixer un rendez-vous ultérieur selon leurs disponibilités. Sur 13 pharmacies contactées, j'ai reçu trois retours négatifs dont deux par manque de temps.

1.6. Déroulement des entretiens

Les entrevues se sont déroulées dans les officines des personnes interrogées. Pour assurer une retranscription la plus précise possible (avec les hésitations, les répétitions...), les interviews ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone. Ceci bien entendu avec l'accord préalable du pharmacien, après lui avoir garanti du caractère anonyme de l'entretien.

En complément, pour faciliter ensuite le travail d'analyse, j'ai effectué une prise de notes décrivant le contexte (lieu, conditions...) de la rencontre et mes impressions du moment.

1.7. Retranscription des entretiens

La retranscription des propos s'est faite au fur et à mesure de leur réalisation. Ils ont été recopiés tel quel, sans reformulation.

Cela a été une première phase importante puisqu'elle m'a permis de dégager les grandes idées récurrentes avant même de commencer l'étape d'analyse.

2. Résultats

2.1. Caractéristiques de l'échantillon

L'enquête s'est déroulée du 8 janvier 2015 au 28 février 2015. Au total 10 entretiens ont été effectués et 12 personnes ont été interviewées : un des entretiens a été mené avec les 2 pharmaciens associés et un autre titulaire a souhaité se faire accompagner par son adjoint car il ne faisait que très peu de comptoir. Les durées d'enregistrement varient de 18 minutes à 1h07 avec une moyenne de 38 minutes.

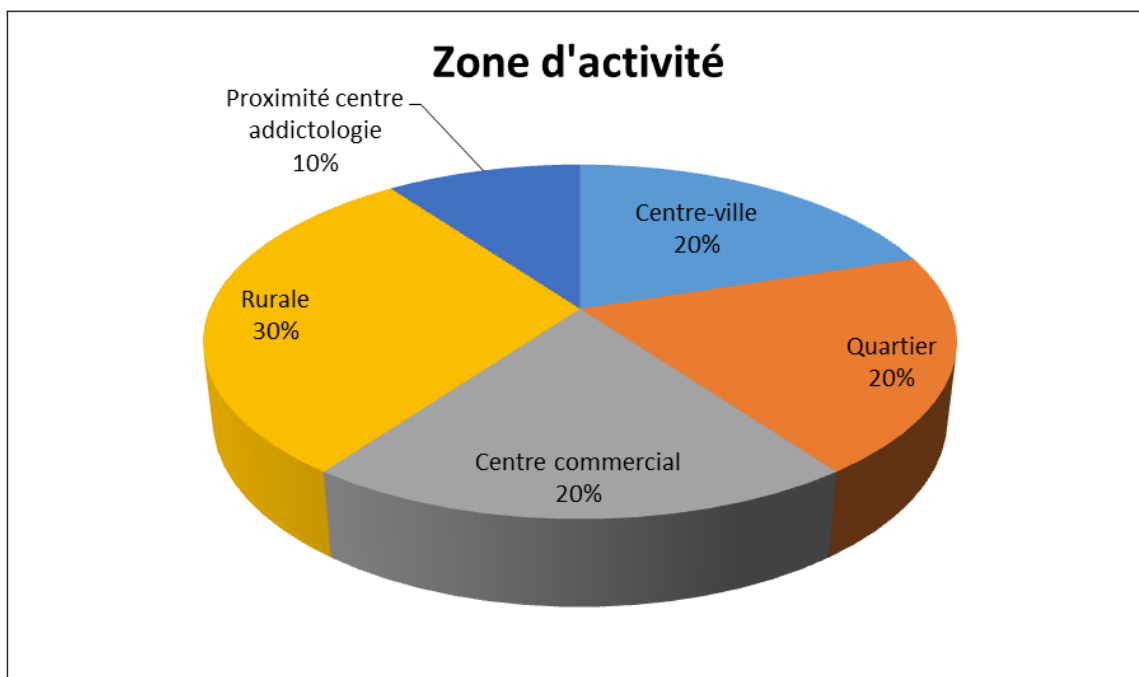
Sexe des pharmaciens interrogés :

Sur les 12 personnes, 7 étaient des femmes et 5 des hommes.

Age des pharmaciens interrogés :

Tous sexes confondus, l'âge des pharmaciens interrogés varie de 29 ans à 51 ans avec une moyenne d'âge de 41 ans et 6 mois.

Zone d'exercice :



2.2. Méthode d'analyse

Le but de cette analyse n'est pas de répertorier le point de vue de chaque pharmacien mais de réunir des représentations communes, de les analyser dans leur contexte afin de mieux les comprendre.

Pour cela chaque entretien a déjà été analysé une première fois au cours de la retranscription. Ensuite suivant la logique du canevas d'entretien, j'ai rassemblé les thèmes communs et les groupes d'idées similaires. Enfin des lectures répétées de l'ensemble des interviews ont permis d'étoffer l'analyse et de relever les verbatim les plus intéressants. Les résultats suivants sont issus de cette analyse thématique, leur interprétation fera l'objet de notre discussion.

Les propos des pharmaciens sont cités entre guillemets et sont mis en italique. Chaque entretien a été retranscrit dans l'ordre et donc l'entretien E1 correspond au premier entretien, E2 au second... Le plan de l'analyse et les caractéristiques des pharmaciens interrogés sont présentés respectivement dans l'annexe n°3 et n°4.

2.3. Analyse thématique

2.3.1. A propos de l'alcool et des patients dépendants

On s'intéresse dans cette première thématique au rapport des pharmaciens avec les patients alcoolo-dépendants.

Contact avec des personnes alcoolo-dépendantes à l'officine

Le fait que le pharmacien soit un professionnel de santé de premier recours augmente sa probabilité de rencontrer un patient présentant une addiction à l'alcool. Pourtant lorsqu'on leur demande de faire une estimation de la fréquence à laquelle ils sont confrontés à ce type de patient, cette approximation apparaît étonnamment faible (« *Moins de 5 patients en tout cas* » (E1), « *Peu, je dirai environ 1 à 2 fois par semaine* » (E2), « *on va dire 4 mais pas plus* » (E8)). Toutefois les pharmaciens différencient bien les patients venant avec une ordonnance où sont prescrits des médicaments d'aide au sevrage, des patients venant pour d'autres pathologies mais dont on se doute (de par leur odeur ou leur comportement) qu'un problème d'addiction est sous-jacent (« *dans ceux qui en parlent, on doit en avoir 3 mais par contre on a régulièrement des gens qui ne nous en parlent pas* » (E5), « *Je dirai oui parce qu'on le sent mais pas forcément des personnes qui sont suivies au niveau médical* » (E7)).

Une personne souligne le fait que l'on a sûrement tendance à sous-estimer ce nombre (« *Je pense que l'on sous évalue le taux d'alcool de la population, on est bien en dessous. Là je vous disais 2 ou 3 patients par jour mais je pense que je suis en dessous de la vérité* » (E6)).

Constat d'un profil type ?

La majorité des pharmaciens s'accordent sur le fait qu'il n'y a pas de profil type (« *Non il y a des hommes, des femmes, y'en a qui ont 60 ans, d'autres 30. Il n'y a pas que le chômage ou le*

niveau social qui entrent en jeu » (E3), « pas de corrélation entre le niveau social, ni l'âge, je crois que cela touche un petit peu tout le monde » (E6).

Cependant 2 pharmacies se distinguent par leurs réponses :

- Une rentre dans le stéréotype classique : population masculine, d'un certain âge, isolée... (*« Ce sont souvent des personnes isolées, des hommes seuls surtout, je dirai entre 50 voir plus 60 ans » (E7).*)
- Une autre répond qu'elle a surtout à faire à des couples dont les 2 personnes souffrent de cette addiction (*« On a surtout des couples nous [...] comme on dit ils boivent à 2 » (E9).*)

Notons que ce sont 2 pharmacies de typologie rurale.

Sentiment d'être acteur de leur prise en charge

Beaucoup se sentent concernés par le sujet et considèrent que l'alcoolisme est un problème de santé publique comme un autre (*« Concernant la santé publique tout est prioritaire » (E4), « Du moment où l'on a que ne serait-ce qu'un seul patient, on doit se sentir concerné » (E5), « C'est une maladie comme une autre ! Et on doit être là pour aider les patients » (E8).*)

Seuls 2 pharmaciens se désintéressent un peu de cette pathologie, évoquant le fait que cela ne touche qu'une faible partie de leur clientèle (*« Après on ne se sent pas non plus trop concerné vu que l'on n'a pas beaucoup de patients. » (E1), « Non pas plus que ça... » (E2).*)

Il est intéressant d'observer que ces réponses émanent de pharmaciens exerçant dans un centre commercial, avec une clientèle de passage, moins fidèle.

Est-ce que les patients demandent des informations particulières ?

Tous s'accordent sur le fait que ces patients viennent généralement à l'officine uniquement récupérer leur traitement et qu'ils ne sont pas du tout dans la quête de renseignements (« *ils n'ont pas de questions particulières, ils viennent plutôt chercher leurs boîtes et repartent aussitôt* » (E1), « *Non, ils prennent leurs médicaments et c'est tout généralement* » (E8)).

Cela s'explique en partie par le fait que le malade est pris en charge par un autre professionnel de santé qui a déjà répondu à ses questions (« *ceux qui viennent avec une ordonnance récupérer leurs médicaments, on leur demande : est-ce que le médecin vous a expliqué le traitement ? Déjà pour voir si le patient est ouvert, et souvent ils répondent oui oui c'est bon* » (E7), « *je n'ai jamais répondu à leurs questions, aussi il faut dire qu'ils sont bien suivis au CHS !* » (E10)).

Comment abordez-vous le sujet ?

Chaque personne étant différente, il est évident que le pharmacien s'adapte à la réceptivité et au caractère du patient et n'amènera donc pas la conversation de la même manière selon la personne qu'il a en face (« *Après cela dépend du profil du patient, y'en a qui sont ouverts et d'autres pas du tout* » (E1), « *Je ne pourrai pas vous dire cela dépend de la personne que l'on a en face [...] On cerne les gens qui sont ouverts, s'ils répondent par oui/non on n'insiste pas* » (E8)).

Cependant tous avouent éprouver des difficultés à trouver des opportunités pour aborder le sujet : ils attendent le plus souvent la prescription d'un médicament contre-indiqué avec l'alcool pour en parler (« *C'est un peu compliqué, en général on profite d'un traitement qui est incompatible avec l'alcool pour soulever le problème* » (E6), « *j'ai essayé de lui dire à l'occasion d'une délivrance de Birodogyl® qu'il ne fallait surtout pas boire* » (E9)).

Même lorsque le pharmacien suspecte fortement que le patient consomme (à l'odeur par exemple), il n'osera pas amener la discussion. La crainte est certainement liée au fait que, conseiller la diminution ou l'arrêt de la consommation, puisse être perçu par le patient comme un jugement, une stigmatisation nuisible à la relation. L'alcool étant encore un sujet sensible, voir tabou (« *mais bon cette pathologie c'est encore un peu délicat, encore un peu tabou* » (E1)).

Beaucoup pensent qu'il faut d'abord établir une relation de confiance avant d'aborder des sujets aussi sensibles que les addictions (« *Ils ont besoin de se sentir en confiance avec la personne avec qui ils parlent, voilà cela se fait au bout de la 2^{ème} ou 3^{ème} fois qu'ils viennent* » (E3), « *c'est un sujet délicat à parler. Mais s'il revient une 2^{ème} fois pour d'autres raisons et si on sait qu'il a un problème d'alcoolisme, on essaiera d'aborder le sujet.* » (E4)).

Mais si le patient ou son entourage en font la demande, le sujet sera abordé volontiers. Dans ce cas le rôle d'écoute est pris très au sérieux par le pharmacien mais il faut vraiment que la démarche émane du malade.

Contact avec l'entourage

Les relations entre le malade et son entourage sont souvent conflictuelles. Parfois c'est l'entourage proche (parent, conjoint...) qui est demandeur d'aide, de renseignements ou qui cherche du réconfort. Mais il ne le fera uniquement auprès du pharmacien lorsqu'une relation de confiance s'est déjà installée ou lorsque la situation est vraiment devenue insupportable (« *des femmes après que leurs maris les aient battues car ils avaient bu, c'est quand elles viennent avec un cocard et qu'elles craquent* » (E4)).

L'entourage peut être un soutien favorable à la réussite de l'arrêt. Mais d'après un pharmacien, il peut aussi exercer une pression sur le patient qui s'avère contre-productive

(« C'est souvent que l'entourage ne fait pas bien car plutôt que d'accompagner, va juger, va presque enterrer la personne. Ces personnes-là s'en sortent quand elles sont coupées de leur entourage pendant 1 ou 2 mois dans un centre spécialisé » (E3)).

2.3.2. A propos des médicaments d'aide au sevrage

Ce second groupe de questions permet de faire un point sur la connaissance des pharmaciens sur les médicaments de lutte contre l'alcoolisme.

Traitement de sevrage le plus délivré

Les médicaments qui reviennent le plus souvent sont l'Aotal® (acamprosate) et le Lioresal® (baclofène).

Il n'est pas surprenant de retrouver l'Aotal® en pole position puisque c'est le médicament le mieux étudié à long terme ³⁶. L'acamprosate est donc le traitement de première intention dans le maintien de l'abstinence alcoolique. Le baclofène est également très cité, suite en partie à l'obtention pour cette molécule d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) en mars 2014 ³⁷. Cependant près de la moitié des pharmaciens avait déjà dispensé ce médicament hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) (*« Avant le baclofène était prescrit en hors AMM, mais avec le nombre de boites qu'il prend chaque mois, la première fois qu'il est venu on s'est dit que ça allait être rejeté vis-à-vis de la Sécu ! » (E1), « Et la 1ere fois qu'elle est venue je lui avais demandé mais pourquoi vous prenez ce traitement ? Car au départ le baclofène à 15 par jour il y a 3 ans je m'étais inquiétée » (E8)).*

Sur notre panel de pharmaciens il ressort également que le Revia® (naltrexone) n'est que très rarement prescrit et que l'Espéral® (disulfirame) ne l'est quant à lui jamais. Cela peut s'expliquer par le fait que la naltrexone a été peu étudiée sur le long terme ³⁸ et que le

disulfirame ne fait plus partie du traitement de première intention compte tenu du rapport bénéfice-risque défavorable ³⁹.

Les ordonnances émanent principalement du médecin traitant ou d'un centre d'addictologie.

Retours sur ces médicaments

Les pharmaciens n'ont eu que peu d'échos sur l'efficacité des médicaments d'aide au sevrage. Cela est en partie dû à un manque de dialogue avec le patient (« *Non, ce n'est pas forcément des gens qui parlent beaucoup, ils ne racontent pas grand-chose.* » (E2)).

Ils ont seulement recensé quelques effets indésirables qui sont de l'ordre :

- digestif pour l'Aotal® (« *Alors apparemment les effets secondaires majeurs, enfin ce qui ressort, c'est des problèmes digestifs, intestinaux* » (E10))
- de la somnolence pour le Lioresal® (« *Le baclofène l'empêchait d'être actif la journée, cela l'ensuquait.* » (E6), « *Sur le baclofène? A priori ça a été mais par contre quand c'était des doses trop fortes, au niveau des effets indésirables : elle se plaignait de somnolence, perte de la vigilance, elle se sentait vraiment comme si elle flottait.* » (E7)).

Connaissance du Sélincro®

Près de la moitié des pharmaciens n'a jamais entendu parler du nalméfène alors que ce médicament est mis à disposition des officines depuis le 23 septembre 2014 ^{40 41}. Certains avouent avoir peut-être reçu un courrier mais de ne pas y avoir prêté une attention particulière (« *Non, peut-être que j'ai reçu une pub par mail* » (E1), « *euh on a reçu une pub peut être mais qu'elle est passée à la poubelle...* » (E5)).

Parmi les autres pharmaciens:

- Deux ont été contactés directement par le laboratoire, soit pour une formation soit pour une demande d'inclusion dans une étude (« *Le labo m'a contacté car en fait il voulait faire une étude de suivi sur les personnes qui prenaient ce médicament mais vu que je n'en n'ai pas vendu, l'étude je n'ai pas pu la rendre* » (E3), « *Oui, je connais [...] par la formation par le laboratoire, pour les professionnels de santé* » (E4)). Ce sont toutes 2 des officines de ville.

On peut s'interroger sur la façon dont le laboratoire (Laboratoire LUNDBECK) sélectionne les pharmacies. Un des interviewés a émis l'hypothèse qu'il n'avait peut-être pas été contacté car la vente de médicaments vignettés ne représente qu'un faible pourcentage de son activité (« *Après sur le plan de la prescription médicale, on est vraiment tout petit, cela représente 40% de notre activité donc c'est peut-être pour cela que le labo ne nous a pas contacté* » (E6)).

- Une seule pharmacie connaît car elle en a déjà dispensé (« *une personne vient depuis peu avec une ordonnance du centre d'addictologie* » (E2)).
- Trois connaissent par le biais des patients (« *c'est ce monsieur qui l'a vu et qui m'a découpé l'article et me l'a amené* » (E8), « *Oui, enfin j'en ai entendu parler d'abord par un patient et puis j'ai lu un article dans la presse* » (E9), « *Alors justement ce patient m'en a parlé* » (E10)).

Impression d'être au point sur les médicaments d'aide au sevrage ?

Tous s'accordent à dire qu'ils ne se sentent pas au point vis-à-vis de ces médicaments. Ils dénoncent un manque de formation au cours des études universitaires (« *Même à la fac on ne*

nous en parle pas » (E1), « Sur l'alcool on a zéro formation » (E2), « au niveau de la faculté on ne nous apprend pas spécialement » (E3)).

Ainsi pour reprendre l'expression d'un des interviewés, ils se sont formés sur le tas (« *Au quotidien c'est difficile, on n'est pas formé, on apprend sur le tas. » (E4), « Non alors là tout ce qui est addicto je le redirai toujours, c'est l'expérience qui m'a formé » (E10)).*

2.3.3. A propos des réseaux de soins

Concernant les réseaux de soins isérois

A la question leur demandant de citer des réseaux de soins dans le département, ils ont unanimement répondu le RESIC 38 (RESeau des Insuffisants Cardiaques de l'Isère) ⁴². Souvent ils le connaissent car ils ont été directement contactés (« *je connais car ils m'ont contacté, ils m'ont envoyé un courrier car ils savaient qu'une patiente de ma clientèle était suivie par eux. Ils m'envoient les comptes rendus » (E3), « ils nous envoient régulièrement des mails » (E5)).*

Une des pharmaciennes est même très impliquée dans ce réseau (« *Le RESIC j'en fais partie et je l'ai connu car on avait un patient qui en faisait partie et j'avais reçu le compte rendu avec une fiche nous demandant si on voulait participer à une formation sur l'insuffisance cardiaque. J'y suis allée et j'ai mis le pied dedans. » (E7)) ⁴³.*

D'autres réseaux sont également cités tel que Proxydiab 38, Palliavie, le réseau douleur...

Intérêts pour un professionnel de santé de faire partie d'un réseau

A la question quel est le but pour un professionnel de santé de participer à un réseau, ce qui émerge des différents entretiens est une volonté d'échange et de partage entre les différentes

professions. Cela aboutirait à un décloisonnement des pratiques et une homogénéisation du discours (« *Cela permettrait déjà de mieux échanger avec les autres professionnels, les médecins, les connaître aussi car au final on travaille à côté, dans le même quartier, et parfois on ne visualise même pas la personne !* » (E5)).

L'objectif final étant de créer un maillage autour du patient pour assurer une prise en charge optimale (« *Avoir une meilleure approche avec le patient* » (E1), « *pour une meilleure réactivité pour que derrière, la personne se sente quand même plus encadrée et qu'elle sente que tout le monde a le même discours* » (E3), « *il faudrait que l'on soit tous en maillage pour un meilleur suivi de nos patients* » (E8)).

Lorsqu'il leur est demandé plus précisément en quoi un pharmacien serait utile à un réseau, plusieurs raisons sont citées :

- L'officine est un lieu de proximité (« *c'est une aide gratuite et de proximité* » (E1))
- Etant un professionnel de santé de premier recours, le pharmacien est facilement accessible et disponible (absence de rendez-vous)
- Le médicament étant son domaine, il pourrait apporter son expertise et éviter ainsi la iatrogénie médicamenteuse (« *On pourrait faire le bilan médicamenteux optimisé [...] cela éviterait la iatrogénie* » (E6))
- Il voit le patient plus régulièrement que les autres professionnels ce qui lui permettrait d'assurer un suivi et de renseigner sur l'observance (« *on connaît très bien les patients à force puisqu'ils viennent tous les mois* » (E9))

Obstacles à l'intégration d'un réseau

Le manque de temps est clairement le principal frein à l'adhésion des pharmaciens à un réseau (« *Le manque de temps sans hésiter* » (E1), « *on n'a pas beaucoup de temps à côté !* » (E5), «

Le manque de temps vraiment ! J'ai déjà du mal à gérer la pharmacie alors m'investir dans une association... » (E9)).

Deux pharmaciens en particulier font ressurgir la crainte de ne pas être acceptés par les autres professionnels de santé, notamment par les médecins (« *Est ce que les autres professionnels de santé souhaitent réellement faire de la place aux pharmaciens ?* » (E2), « *Le seul souci c'est que l'on a un groupe de médecins qui prend très mal quand on les appelle* » (E8)). Il est intéressant de relever que ces propos proviennent des 2 pharmaciens les plus âgés de notre panel. Cela suggère que les « querelles médecins-pharmaciens » sont de moins en moins présentes. En effet, les nouvelles générations sont plus portées par le flux des réseaux où les différentes professions apparaissent comme complémentaires et non plus comme concurrentes.

Connaissance du réseau d'alcoologie isérois

Tous les pharmaciens, sans exception ont répondu ne pas connaître le Réseau d'Alcoologie et de Recherche sur les Conduites Addictives en Isère. Aucun des interviewés n'avait entendu parler du SAM des Alpes (ce qui est peut-être normal vu sa récente implantation) mais ils n'avaient jamais eu connaissance non plus des anciennes associations GISME et CONTACT. Les associations d'entraide présentes dans le département sont également méconnues des officinaux interrogés.

Lorsque j'émetts l'hypothèse que le réseau se fait peut-être difficilement connaître du fait qu'il n'a pas de financement de l'ARS, un pharmacien m'a fait remarquer à juste titre qu'il n'y avait pas spécialement de corrélation entre les deux (« *Mais même sans les financements ! Maintenant il y a beaucoup de choses pour se faire connaître, beaucoup de manières, même si on n'envoie pas un courrier, ce serait bien d'avoir une banque de données informatiques avec les différentes adresses mails.* » (E3)).

Orientation des patients demandant de l'aide

A la question vers qui dirigeriez-vous un patient qui viendrait vous demander de l'aide, la moitié des personnes a répondu vers le médecin traitant : soit par défaut (« *Du coup là je ne sais pas, vu qu'il y a cette histoire de médecin traitant si c'est obligatoirement à lui de dispatcher ?* » (E8)), soit pour des raisons de confidentialité (« *je l'enverrai chez son médecin, au moins il sera en tête à tête, car parfois à la pharmacie il y a un vrai manque de confidentialité* » (E2)).

L'autre moitié chercherait une autre solution (se renseignerait sur internet...). En effet ils ne pensent pas que le médecin généraliste puisse répondre à cette demande car d'une part il est débordé (« *Le médecin traitant il est débordé par d'autres choses !* » (E4)), et d'autre part s'il ne s'est pas intéressé au problème jusqu'à présent ce n'est pas maintenant que cela va changer (« *Et puis des fois ils n'écoutent même plus ce que les patients leur disent, ils se contentent de réimprimer l'ordonnance telle quelle*» (E5), « *Si le médecin traitant ne s'est pas montré actif jusqu'à maintenant dans la problématique de l'alcool, non je n'orienterai pas mon patient vers lui* » (E6), « *Si le patient vient nous voir alors soit c'est que le médecin traitant n'en a pas parlé ou alors c'est le patient qui n'a pas voulu répondre, mais c'est qu'il y a quelque chose* » (E7)).

C'est généralement à la fin de cette partie que je parlais de mon intention de diffuser auprès des pharmaciens d'officine, une plaquette récapitulant les différentes adresses et numéros des structures de soins des alentours. Tous ont approuvé le projet, un pharmacien à même émis l'idée qu'il faudrait mettre à disposition un carnet énumérant tous les réseaux de soins en Isère, quel que soit la pathologie (« *Ce qui pourrait être génial, je viens d'avoir l'idée là, ce serait d'avoir un livret avec toutes les associations, tous les réseaux du département. Mais tous les réseaux, pas que l'alcool* » (E6)).

2.3.4. Formations et perspectives

Besoin de formation

Les pharmaciens (quel que soit leur âge) s'accordent sur le fait qu'ils n'ont pas reçu de formation initiale. Tous sont désireux d'acquérir de meilleures connaissances et seraient partants pour s'inscrire à une formation d'alcoologie. Cependant ils émettent la volonté que celle-ci entre dans le cadre du Développement Personnel Continu (DPC).

En effet depuis le 1er Janvier 2013, chaque professionnel de santé a pour obligation de participer à un programme de DPC⁴⁴. Faute de temps et à cause d'une charge de travail déjà importante, les pharmaciens n'éprouvent pas l'envie de faire des formations en plus de celles qui sont obligatoires.

Même si l'intérêt d'une formation complémentaire est reconnu et unanime, 2 interviewés identifient des limites à ce programme : le pharmacien devant se former dans divers domaines, doit établir des priorités. D'après eux l'alcoologie n'en est pas une au vu du faible nombre de patients (« *Et puis en ayant que 2 ou 3 patients ce n'est pas là que l'on a envie de se former en priorité* » (E1), « *c'est vrai je suis honnête : on a tellement à faire avant que ça serait peut-être pas une vers laquelle on se dirigerait en premier.* » (E10)). On notera qu'un des pharmaciens ayant répondu cela avait avoué dès le départ se sentir peu concerné par le problème (« *Après on ne se sent pas non plus trop concerné vu que l'on n'a pas beaucoup de patients* » (E1)).

Les autres, au contraire, trouvent intéressant le fait d'aborder en formation continue des thèmes non vus à la faculté (« *Cette formation c'est quelque chose qui m'intéresse. Souvent les DPC c'est plus des redites qu'autre chose donc quand on a des nouveaux sujets c'est quand même plus important* » (E3)).

Thèmes à aborder au cours de la formation

A la question ouverte leur demandant les sujets qu'ils voudraient voir si une telle formation pouvait être mise en place, les réponses sont les suivantes :

- Revoir rapidement la physiopathologie (complications...)
- Refaire un point sur les médicaments
- Acquérir des méthodes pour amener le sujet avec le patient
- Apprendre à discuter avec un patient qui vient pour son traitement chronique habituel mais où l'on devine une addiction sous-jacente
- Savoir donner les bons conseils à un malade venant chercher ses médicaments d'aide au sevrage
- Faire des cas de comptoirs

Il faut donc que la formation soit complète mais qu'elle reste simple (« *La psychologie pour aborder le patient oui, mais sans aller trop loin non plus* » (E6)).

Il faut surtout qu'elle soit utile et applicable dans leur exercice au quotidien (« *surtout faire des cas de comptoirs* » (E9), « *l'intérêt pour nous au comptoir c'est-à-dire le conseil que l'on peut apporter pour que nous puissions le délivrer au patient* » (E10)).

Formation en ligne ou présentiel ?

Même si cela demande plus de temps et d'organisation, tous ont répondu préférer le présentiel au e-learning (« *Mais pas de e-learning, c'est mieux d'avoir un présentiel* » (E2), « *Présentiel ! Je ne suis pas adepte des e-learning* » (E9)).

La principale raison est que cela facilite les échanges qui sont également source de connaissances (« *Un présentiel, ça permet les échanges, on apprend mieux et autrement que tout seul devant son ordi !* » (E3), « *E-learning c'est plus facile mais le présentiel il y a un échange* » (E7)).

De plus, beaucoup considèrent mal faire les formations en ligne: en théorie le DPC doit s'effectuer pendant les heures de travail mais il est relativement compliqué de s'isoler à l'officine où l'on est constamment sollicité (téléphone...). Il est aussi difficilement envisageable de faire les e-learning à domicile après une journée de travail et avec la vie de famille à côté. Ils préfèrent donc bloquer une demi-journée (voir une journée) et se déplacer sur Saint-Egrève ou sur Grenoble pour assister à une formation en présentiel.

Un pharmacien a émis l'hypothèse que l'idéal serait même une formation qui mélange les deux : revoir la théorie en e-learning et faire des cas de comptoir en présentiel (« *L'idéal c'est la combinaison des 2 ! Pour être à mon sens plus efficace, ce serait un 1^{er} module en e-learning suivi d'une formation présentielle ou l'on pourrait éventuellement poser des questions. Au moins le fait d'avoir fait le e-learning on part avec des bases non nulles.* » (E6)).

Formation multidisciplinaire ?

Certains ont émis l'hypothèse qu'une formation multidisciplinaire pourrait être intéressante et permettrait d'échanger les points de vue et les pratiques (« *ce qui est intéressant ce sont les échanges. Surtout si ce sont des formations pluridisciplinaires, cela permet de connaître un peu les médecins aussi.* » (E5), « *La mixité je trouve que c'est bien, cela permet de voir les problématiques des autres professionnels.* » (E6)).

Mais plusieurs problèmes se sont fait sentir :

- Les autres professions n'ont peut-être pas les mêmes attentes

- Ce ne serait alors plus appliqué au comptoir
- Compliqué si cela doit valider le DPC (la mise en œuvre du DPC prend en compte les différents contextes de chaque profession et leur mode d'exercice)

Rôle à prendre par les officinaux dans l'addiction à l'alcool

✓ Rôle d'écoute / présence

Il ressort principalement qu'actuellement, même si le pharmacien semble démuni voir dépassé par tout ce qui concerne l'addiction à l'alcool, les interviewés s'accordent à dire qu'ils sont toujours présents pour le patient si ce dernier le désire. Ce rôle d'écoute et de présence est pris très au sérieux par les pharmaciens considérant que cela fait partie de leur métier.

Malgré une surcharge de travail, ils prennent le temps nécessaire pour écouter le patient si celui-ci en fait sentir le besoin (« *Leur faire comprendre que nous sommes là [...]Et puis parfois il n'y a pas besoin de grand discours, il suffit de le relancer par quelques mots, une phrase* » (E2), « *Je ne connais pas trop ici mais en discutant et tout ça, je peux la prendre à part dans mon bureau pour en discuter et l'orienter vers des associations* » (E3), « *Vous savez un geste de tendresse, un regard bienveillant, un regard de compassion, cela ne coûte rien de dire si vous voulez de l'aide venez à telle heure* » (E4)).

✓ Dépistage

Le contact fréquent avec le patient fait des officinaux des acteurs importants en terme de dépistage. En effet ils pourraient détecter précocement des patients qui n'envisagent pas de consulter un médecin puisqu'ils ne se sentent pas malades (« *La pharmacie aurait peut-être*

plus un rôle pour amener les gens à en parler, cibler les personnes qui n'ont pas forcément de traitement » (E1)).

Mais plusieurs difficultés se font ressentir en particulier le fait que l'addiction à l'alcool reste un sujet encore sensible.

L'alcool apparaît encore ancré dans notre culture et notre société (« *Il y a aussi le fait que pour eux boire 4 verres par jour ce n'est pas être alcoolique, c'est être bon vivant !* » (E5), « *Et ceux qui disent boire un verre ou deux le soir, on ne va pas leur dire je valide mais je les comprends [...] On ne va pas supprimer tous les plaisirs !* » (E8)). C'est un sujet tabou à aborder, même pour les professionnels de santé (« *Les qu'en dira-t-on sont encore problématiques* » (E3), « *Mais mine de rien le côté tabou est encore présent* » (E7)). Il existe encore parfois une incompréhension vis-à-vis du patient alcoolique dépendant. La notion de manque de volonté a même été perceptible dans les propos d'un pharmacien (« *Et puis l'alcool c'est une maladie sans être une maladie, c'est à la limite une question de volonté, c'est le patient lui-même qui a induit sa maladie, ce n'est pas comme le cancer par exemple* » (E1)).

Les officinaux apparaissent plus à l'aise avec les addictions au tabac ou aux opiacés (« *ceux qui sont sous Subutex® ou Méthadone et qui viennent depuis 10-15 ans, avec ces gens-là on peut parler de leurs problèmes, surtout quand ils veulent diminuer. Mais au comptoir c'est bizarre mais je trouve cela moins tabou que l'alcool* » (E2), « *je n'ai pas été beaucoup en contact, autant les addictions aux drogues douces et dures oui mais l'alcool très peu [...]* *Autant l'arrêt de la cigarette c'est des choses maintenant qu'on gère, où les gens viennent se confier et passent pas forcément par leur prescripteur. Autant ça c'est un problème ou on ne va pas venir dans les pharmacies se confier* » (E10)). Cela peut s'expliquer par le fait que, pour limiter l'épidémie de SIDA, les pharmaciens ont eu une mission dans les années 1990

d'aide au sevrage des patients toxicomanes. Il y a donc un certain recul depuis. De plus la réglementation étant beaucoup plus stricte, l'officinal est obligé de connaître un minimum la prise en charge (*« c'est vrai que pour les stupéfiants y'a un contrôle accru car il y a un marché noir, car les gens ont du mal à se sevrer »* (E10)).

Une autre explication au fait que les pharmaciens s'intéressent moins à l'alcoolisme est que, contrairement au tabac où l'on a un large choix thérapeutique à proposer au patient, il n'y a pas de médicaments conseils disponibles pour l'alcool (*« après est-ce que l'on a les médicaments conseils qui sont faits pour ça ? Les patients qui veulent un sevrage tabagique, ils peuvent pousser la porte et venir nous voir car ils savent que derrière ils vont pouvoir être pris en charge. Pour l'alcool à part les orienter vers une association... »* (E3)). En effet certains expriment le fait que les pharmaciens ont très peu de moyens pour lutter contre cette addiction. La majorité pense que les affiches et la distribution de flyers sont les méthodes les plus simples pour interpeller le patient au sujet de sa consommation et le motiver à en parler. Même s'il n'est pas prêt à aborder le sujet, il peut toujours noter le numéro discrètement s'il le souhaite (*« De temps en temps je reçois des affiches par d'autres organismes : anorexie, boulimie [...] Est-ce que l'on pourrait mettre la même chose en place pour l'alcool ? C'est possible, pourquoi pas »* (E4), *« Même s'ils ne nous en parlent pas, ils notent. C'est suffisamment afficher loin du comptoir, dans la vitrine, volontairement, pour qu'ils puissent regarder tranquillement sans que personne ne les juge »* (E6)). Les affiches peuvent aussi avoir un impact sur l'entourage (*« Les affiches peuvent par contre toucher la famille »* (E3), *« Elle peut noter le numéro ou aussi l'entourage »* (E7)).

Par contre la plupart ne se voit pas proposer aux patients des questionnaires rapides pour essayer de dépister cette maladie. Cela étant considéré comme trop intrusif (*« Non ça je ne suis pas adepte. La personne se sent vraiment trop interrogée »* (E8)).

✓ Suivi

Si le manque de moyens rend encore difficile le dépistage, les officinaux pourraient améliorer leur rôle en aval de la prise en charge, dans le suivi du malade alcoolique traité (« *Etre informé dès qu'il y a une nouveauté pour ensuite informer le patient* » (E4)).

Troisième partie

Discussion : constats et propositions

1. Limites de l'étude

Avant tout commentaire, il est bien d'identifier les limites commises au cours de ce travail. En effet certains de mes choix ont pu créer des biais et influencer les résultats.

✓ Biais de sélection

Pour des raisons pratiques, l'étude est limitée géographiquement : les pharmacies interrogées sont localisées dans un rayon proche de Grenoble. De plus le fait que ces titulaires se soient montrés volontaires et aient accepté de me recevoir, de me consacrer un peu de leur temps, prouve déjà de leur ouverture d'esprit et de leur intérêt pour le sujet. Cela peut être perçu comme une sorte de « biais de volontariat » : les caractéristiques des personnes motivées à répondre à une étude pouvant différer de celles décidant de ne pas y participer⁴⁵. Ce mode de recrutement a pu créer un biais en risquant de généraliser des observations portant sur un nombre limité d'individus.

Même si chaque interview apportait de nouvelles opinions intéressantes, l'étude a fait l'objet d'une saturation : c'est cette récurrence dans les idées qui m'a permis de m'assurer que le nombre d'entretiens était suffisant. De surcroît, le principe même de la méthode qualitative est que l'échantillon n'a pas à être représentatif. Il m'a semblé donc plus intéressant de sélectionner des personnes aux profils différents pouvant apporter diverses pistes de réflexion sur le sujet.

✓ Biais de recueil

Le choix d'une « enquête face à face » a pu peser sur le contenu de l'étude. En effet, malgré une volonté de rester neutre, certaines de mes attitudes (regards, acquiescement...) ont pu

influencer les réponses de l'interviewé. Tout comme l'enregistrement par dictaphone a pu provoquer une certaine retenue.

En outre, l'addiction est un comportement complexe qui ne se cantonne pas seulement à une substance. Une autre erreur de ma part est de ne pas avoir insisté auprès des pharmaciens pour savoir s'ils étaient confrontés à d'autres addictions, qu'elles soient avec produit (médicaments, nourriture...) ou sans (jeux, internet, pratiques sexuelles...). Même si j'ai abordé brièvement la prise en charge tabagique et les substituts aux opiacés, il aurait été intéressant d'avoir leur point de vue sur l'addiction de façon plus générale.

✓ Biais d'analyse

Bien que les données qualitatives permettent d'obtenir des opinions plus concrètes que celles provenant d'une enquête quantitative, elles sont aussi plus difficilement interprétables. Ici l'analyse a été réalisée sans règles propres, selon les thèmes émergents au cours des interviews et qui suivaient ceux du canevas d'entretien.

Cependant, cette étude n'avait pas pour mission d'apporter des réponses précises mais plutôt de recueillir des opinions afin de pouvoir proposer des perspectives d'amélioration.

2. Difficultés constatées pour aborder à l'officine la problématique de l'alcool

La prise en charge des patients alcoolo-dépendants reste encore délicate à l'officine pour diverses raisons.

Bien que l'alcoolisme s'apparente à une maladie chronique, les officinaux ne sont pas quotidiennement confrontés à des ordonnances contenant des médicaments d'aide au sevrage.

Ils seront beaucoup plus à l'aise avec des pathologies « plus communes » telles que

l'hypertension artérielle, le diabète, l'asthme... puisqu'ils dispensent à longueur de journée ce type de traitement.

Donc lorsqu'une personne alcoolique vient chercher ses médicaments, le pharmacien se sent un peu démuni. Cela s'explique aussi en partie par le fait qu'il maîtrise mal le sujet. Suite aux entretiens, il ressort que les pharmaciens d'officine connaissent peu les molécules d'aide au sevrage et ignorent l'existence des principaux établissements de soins. On peut être interpellé par le fait que les patients sont parfois plus au courant des nouveautés et des dernières recommandations que le professionnel de santé lui-même. Cette absence d'information est plausiblement liée à un défaut de publicité de la part des différentes structures du réseau mais est essentiellement due à une surcharge de travail des praticiens. Faute de temps, ils ne feront pas de recherches parallèles, sauf si un patient demande de l'aide.

D'autre part, le malade étant souvent pris en charge par un centre spécialisé, le pharmacien juge que son rôle est relayé au second plan. Il se sent peu légitime et moins utile à intervenir dans le parcours de soins du patient puisque ce dernier est déjà bien encadré. Il estime ne rien pouvoir lui apporter en plus, d'autant qu'il n'existe aucun produit conseil disponible sans ordonnance pour aider au sevrage.

L'autre cas de figure très courant est lorsqu'un patient vient pour renouveler son traitement habituel et que le pharmacien sent bien qu'il y a un problème dissimulé d'alcool. Dans la grande majorité, il fera comme si de rien n'était et n'essayera pas d'entamer la conversation. Le principal frein expliquant cette attitude passive est le fait qu'aborder la question de l'alcool au comptoir est perçu comme une intrusion dans la vie privée de la personne. Il ne sait pas comment amener le sujet, un sentiment de gêne et d'embarras étant encore largement présent. Cela est dû au fait que malgré l'évolution de notre société, cette addiction a encore une image péjorative.

Il ne faut pas oublier aussi que bien que l'officinal soit un professionnel de santé faisant passer le bien-être des malades en priorité, il reste un commerçant. C'est un commerçant a part certes, mais dont le but est aussi de fidéliser une clientèle pour assurer la pérennité de son entreprise. Il n'a donc aucun intérêt à brusquer ou froisser sa clientèle.

Le manque de temps, le faible nombre de patients traités et le manque de moyens thérapeutiques mise à leurs dispositions expliquent que l'alcoologie ne soit pas la priorité des pharmaciens. Ils sont pourtant souvent amenés à être face à des situations liées à l'alcool, que ce soit lors de la dispensation de traitement spécifique, lors de la mise en garde sur les interactions médicamenteuses ou même parfois lors de l'intrusion d'individu en état d'ébriété dans l'officine.

3. Propositions de pistes d'amélioration

Ce chapitre explore diverses pistes, qui pourraient aider à pallier aux lacunes repérées dans l'enquête, et permettre aux pharmaciens d'officine de trouver une place plus pertinente dans la prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool.

3.1. Au niveau de l'agglomération grenobloise

3.1.1. Améliorer la formation

Suite aux entretiens, une méconnaissance globale des pharmaciens dans le domaine de l'alcoologie a été mise en évidence. En effet quel que soit l'âge des personnes interviewés et qu'importe la typologie de leur pharmacie, ils ne maîtrisent pas le sujet. Les pharmaciens décrivent même un certain malaise lorsqu'il s'agit de prendre en charge une personne alcoolo-dépendante.

Pourtant leur envie de s'investir davantage dans cette problématique s'est fait clairement ressentir au cours des interviews. Seulement, malgré leur bonne volonté, rien ne leur est proposé pour les aider à progresser. En effet, la grande majorité des formations en alcoologie se déroulant dans le département, n'inclue pas les pharmaciens d'officine.

Pour remédier à cela, il faudrait profiter du fait que, depuis la loi HPST parue en juillet 2009, la participation annuelle pour tous les professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) à un programme de Développement Personnel Continu (DPC) soit obligatoire.

Une structure unique est chargée de la gestion administrative et financière de ces formations : l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC)

Toute entreprise peut devenir organisme de DPC : il suffit d'effectuer une demande d'enregistrement auprès de l'OGDPC et déposer un dossier d'évaluation en précisant la catégorie professionnelle concernée. Cette démarche se fait en ligne au moment des périodes d'enregistrement (janvier, avril, septembre) via le site ogdpc.fr. Si la candidature est conforme c'est-à-dire que le dossier déposé est complet et est évalué favorablement par une commission scientifique indépendante, l'entreprise est alors habilitée à organiser des formations validant le DPC ⁴⁶.

Il pourrait être intéressant que le réseau d'alcoologie isérois fasse la demande afin de pouvoir délivrer aux pharmaciens intéressés des enseignements sur le sujet. Etant confrontés quotidiennement au problème, les différents intervenants du réseau sont les plus légitimes à délivrer une telle formation. De plus, apparaître sur le site ODPC, serait un moyen supplémentaire pour lui d'acquérir une réputation.

Mais si dans l'immédiat, l'association ne souhaite pas faire la démarche, elle pourrait construire un programme en collaboration avec une structure ODPC déjà existante. C'est le cas par exemple de la société *Cercis pharma* ⁴⁷, créée par Mme HEUDE Vinciane, qui est

exclusivement dédiée à l'équipe officinale. L'avantage est qu'elle propose des formations pratiques, directement applicables au comptoir. Or c'est l'un des souhaits exprimés par les pharmaciens lors des interviews. L'inconvénient est qu'elles sont animées généralement par un seul intervenant, qui ne serait en l'occurrence pas un spécialiste en addictologie.

L'idéal serait un mélange des deux afin de proposer une formation la plus complète possible. J'ai donc mis en relation Mme HEUDE avec le coordinateur du réseau d'alcoologie, Mr Bourgade.

Une première formation « de base » permettrait d'optimiser les connaissances en alcoologie par des rappels sur :

- Le produit alcool (biochimie / complications / dépendance)
- Les médicaments d'aide au sevrage, les nouveautés
- La prise en charge du malade (structures de soins, nécessité d'un travail en réseau)
- Le repérage précoce à l'officine (aborder brièvement le principe)
- La prise en charge postcure de sevrage
- Des cas pratiques (élaborer des protocoles d'action en fonction des cas rencontrés par exemple)

Puisqu'il est plus facile d'induire une diminution de la consommation lorsque la dépendance n'est pas encore installée, le repérage précoce est considéré depuis quelques années comme l'intervention la plus efficace.

Pour les personnes motivées, un second présentiel complémentaire portant uniquement sur le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB), pourrait être ensuite proposé ^{48 49}.

Ce repérage prématuré a pour but d'aider les officinaux à détecter non seulement les personnes dépendantes à l'alcool mais surtout celles ayant une consommation à risque (c'est-

à-dire supérieure aux seuils de recommandation). Il consiste à proposer un questionnaire adapté tel que l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) qui est une auto-évaluation de 10 questions portant sur la fréquence de consommation, la quantité, les signes de dépendance, la perte de contrôle, les dommages induits... Le questionnaire plus court FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) peut également être utilisé. (cf. questionnaires en annexes n°5 et n°6)

Le score obtenu à ces tests permet d'évaluer approximativement le niveau de consommation :

- pour un risque faible, le pharmacien pourra essayer d'induire chez le patient une prise de conscience et un changement de comportement par des conseils simples : expliquer la notion de verre standard, rappeler les seuils de prudence recommandés (qui sont souvent sous-estimé dans la perception générale), informer sur les effets aigus et chroniques... Pour les personnes ouvertes à la discussion, leur proposer des objectifs et une réévaluation à leur prochaine visite.
- si le risque détecté est plus élevé ou si l'officinal se sent dépassé, il devra orienter le malade vers des structures spécialisées.

Initialement créée pour les médecins, cette méthode tend à s'étendre à tous professionnels de santé de premier recours. L'utilisation de cet outil par les pharmaciens pourrait avoir un impact sur une vaste population puisqu'il est en contact avec l'ensemble de la société tout âge et tout niveau social confondus.

Même si le RPIB ne nécessite pas de devenir un spécialiste, une formation serait malgré tout nécessaire, ne serait-ce que pour expliquer clairement le principe de cette technique qui reste encore méconnue.

Au cours de cette deuxième formation on détaillerait :

- le principe général du RPIB (définition, avantages, bénéfices)
- la démarche du repérage précoce et la stratégie à appliquer pour le mettre en place à l'officine (Comment demander à un patient s'il ne boit pas trop ? Quels mots utiliser pour ne pas le braquer ? Comment faire changer son comportement ?)
- les différents questionnaires disponibles (Comment repérer et évaluer la consommation d'alcool à partir de questionnaires ?)
- le parcours de soins (orientation et accompagnement dans le réseau de santé)
- faire des cas pratiques / jeux de rôles

Cette thématique a été longuement développée dans la thèse de pharmacie « *Consommation excessive d'alcool et alcoolo-dépendance : nouveaux traitements, nouveaux objectifs thérapeutiques et prise en charge à l'officine en 2013* »³³. La rédactrice de ce travail, Clémence FAUQUE, est convaincue que ce repérage précoce a sa place à l'officine.

Améliorer la formation continue est essentiel pour permettre à tous les pharmaciens déjà en exercice de mettre à jour leurs connaissances mais l'idéal serait d'inclure des enseignements d'addictologie au cours du cursus universitaire. Un manque de formation initiale s'est fait cruellement ressentir lors des conversations et ce quel que soit l'âge et les générations des interviewés.

A Grenoble, suite à la réforme de la loi HPST, les cours de la 5^{ème} et 6^{ème} année filière officine, ont été modifiés et revus pour nous préparer au mieux à l'exercice de notre future profession - en développant entre autres des mises en situation à la pharmacie expérimentale.

Malheureusement sur ces nombreuses heures, aucune n'aborde l'addictologie. Il serait pourtant intéressant de familiariser les étudiants avec cette thématique, à laquelle ils seront certainement confrontés au moment de leur stage de fin d'étude.

Dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, la MILDECA stipule pourtant bien la nécessité d'inclure une formation RPIB dans le cursus des études pharmaceutiques. Des projets pilotes ont d'ailleurs déjà été menés dans 3 facultés (Angers, Amiens et Paris) et les résultats sont prometteurs : à l'issue de la formation le nombre d'étudiants déclarant un manque d'aisance avec les problématiques liées à l'alcool a diminué ⁵⁰.

Le Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD) et l'Institut de Promotion de la Prévention Secondaire en Addictologie (IPPSA) vont également dans le sens de développer des programmes auprès des étudiants en prévoyant la nomination de référents en addictologie dans chaque faculté de pharmacie ⁵¹.

3.1.2. Faire connaître le réseau

Un autre constat frappant est qu'aucun des enquêtés n'avait connaissance du réseau d'alcoologie isérois qui existe pourtant depuis de nombreuses années. Par défaut beaucoup orienteraient le patient demandeur vers son médecin traitant alors qu'une véritable toile incluant différentes structures de soins spécifiques est présente autour de Grenoble.

Cela s'explique par le fait que le réseau est actuellement un peu en latence : faute de financement son fonctionnement est basé essentiellement sur du bénévolat. Pour le réactiver voir le développer, la participation de nouveaux volontaires est indispensable. Ce soutien pourrait être trouvé auprès de certains pharmaciens d'officine intéressés par l'addictologie et prêts à s'investir dans un réseau. Il suffit juste à l'association de se faire connaître et de se manifester davantage.

Cela est amplement faisable puisque, de nos jours, de nombreux moyens de communication sont mis à disposition :

- Une présence sur internet est indispensable que ce soit via un site ou via les réseaux sociaux.

Le réseau possède déjà un site internet (alcoolareseau.isere.free.fr) mais ce dernier est peu actualisé. Une mise à jour régulière du contenu permettrait, pour les professionnels de santé et le public souhaitant obtenir des informations fiables et rapides, d'avoir une adresse web de référence.

De plus la création d'une page sur un réseau social ferait diffuser le nom de l'association sur la toile et toucherait ainsi un public, certes plus jeune, mais diversifié.

Associée au site, cette page permettra aussi d'améliorer le référencement, ce qui le fera apparaître à terme dans les meilleurs résultats de recherche.

- Pourquoi ne pas organiser (comme cela a été fait en mars 2015 lors de l'inauguration du SAMA), des journées portes ouvertes de certaines structures du réseau.

Visualiser les locaux et découvrir le déroulement des soins dans ces établissements permettraient aux pharmaciens de mieux orienter les patients et de rassurer les plus réfractaires.

- Pour faire diffuser l'organisation d'évènements relatifs à l'association et avoir un impact sur une population locale, la radio est un véhicule de communication non négligeable.
- Néanmoins, le moyen qui semble le plus efficace est de prendre contact directement avec les pharmacies que ce soit par courrier, fax, mail...

Il serait intéressant de demander aux soignés sortant de cure de sevrage, le nom de leur pharmacie habituelle et créer ainsi une sorte de mailing liste. Cela permettrait au réseau, d'une part de se faire connaître, et d'autre part d'amorcer une continuité entre l'hôpital et la ville.

- Il m'a également semblé intéressant de faire diffuser auprès des officinaux, une plaquette informative, récapitulant les différentes adresses. Une première ébauche est présente en annexe n°7. Elle s'inspire d'une plaquette donnée par Mr Bourgade au cours de notre rencontre.

L'essentiel est de relayer l'existence de l'association auprès de certaines personnes, le bouche à oreille prendra ensuite le relai.

De plus, l'occasion de l'ouverture récente du SAMA est une bonne opportunité pour donner un nouveau souffle au réseau.

Pour retrouver une dynamique et améliorer son organisation, il pourrait se renseigner sur les méthodes des autres réseaux ; à l'instar du Respadd, qui est certainement le réseau d'addictologie qui fonctionne le mieux. Ce dernier organise régulièrement des colloques et publie même sa propre petite revue. Bien que le Respadd agisse à une échelle plus importante et qu'il ne se cantonne pas à une addiction particulière, il représente un bon exemple à suivre.

Bien entendu, on ne peut pas généraliser les méthodes puisqu'il n'existe pas un mode de fonctionnement unique et standard applicable à tous les réseaux. L'article « *des réseaux, des réponses* » récemment paru dans la revue *Alcoologie et Addictologie* ⁵², le confirme en expliquant que même si certaines actions sont communes à plusieurs réseaux (formations, site internet...), d'autres sont beaucoup plus spécifiques (mise en place d'un dossier partagé spécifique, réunions multidisciplinaire autour de cas cliniques posant problème...).

Reste plus qu'à notre association de s'inspirer des autres réseaux, de sélectionner les pratiques qui semblent les plus pertinentes et d'essayer de les mettre en application.

3.2. Perspectives permettant au pharmacien de prévenir cette addiction

Comme développé dans la première partie, les pharmaciens étant des professionnels de premier recours, ils sont en première ligne pour mener des actions préventives. Cependant, l'enquête a aussi révélé, qu'en réalité sur le terrain cela était rarement fait, surtout dans un domaine tel que l'alcoologie. Ce constat peut s'étendre également aux médecins généralistes. Une récente étude parue en juin 2015 ⁵³, sur la prévalence du mésusage de l'alcool et les attitudes des médecins libéraux, prouve aussi que ces derniers ne sont pas satisfaits de l'aide qu'ils proposent aux patients en mésusage. Ils manquent cruellement de confiance vis-à-vis de cette problématique et sont encore dans une prise en charge curative de ces malades alcoolo-dépendants.

Tous ces professionnels auraient pourtant un rôle primordial à jouer aussi bien au niveau préventif qu'en aval de l'accompagnement. Ils pourront intervenir aux différents niveaux de prévention : primaire via l'information et l'éducation de la population, prévention secondaire basée sur un dépistage précoce et par la réorientation vers des structures adaptées mais aussi sur la prévention tertiaire par la mise en œuvre de moyens évitant la survenue des rechutes ⁵⁴.

Après avoir acquis les notions de base via la formation DPC et avoir pris connaissance des établissements d'addictologie de proximité, les pharmaciens auront les atouts nécessaires pour se lancer dans une telle mission.

Le mot mission étant un bien grand mot, j'ai souhaité développer dans ce dernier chapitre les idées qui me paraissaient les plus accessibles et les plus facilement applicables dans notre pratique professionnelle quotidienne.

3.2.1. Prévention primaire

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas.

- ✓ Amener la conversation

L'information du grand public passe en premier lieu par le dialogue. Même si l'officinal se sent embarrassé, certaines prescriptions (médicaments à effet antabuse, psychotropes, antibiotiques...) ou certaines situations (grossesse) permettent d'aborder le sujet de façon assez neutre et d'évaluer la réceptivité du patient. S'il est ouvert, l'officinal peut en profiter pour rappeler les valeurs seuils, les complications liées à l'alcool... le discours sera bien sûr à adapter en fonction de la personne. Si le patient est fermé ou dans le déni total, il convient de ne surtout pas insister. Le malade aura déjà eu l'information et aura assimilé que le pharmacien est disponible pour l'écouter, dialoguer et l'aider sur le sujet si besoin. Le but étant d'instaurer une relation de confiance ce qui amènera progressivement le patient à venir se livrer de lui-même quand il sera prêt.

Les professionnels de santé doivent dépasser leur gêne : parler d'alcool est légitime et doit se faire naturellement au même titre que parler des règles hygiéno-diététiques par exemple. Il suffit parfois de quelques mots pour engager la conversation ; souvent le patient n'attend que l'occasion de saisir cette perche.

Une enquête menée par la société Ipsos a révélé que les français ont une image positive de leur pharmacien et que ce dernier a un rôle social de conseils dépassant largement le seul domaine du produit pharmaceutique ⁵⁵. Le patient peut se sentir soulagé de se confier à un partenaire santé soumis au secret professionnel et qui n'émettra aucun jugement de valeur.

Pour faciliter ces dialogues singuliers, une certaine confidentialité doit être respectée, ce qui est souvent possible par de simples aménagements de l'espace (lignes de courtoisie, comptoirs

espacés les uns des autres, mobilier adapté...). Cependant il paraîtrait indélicat d'isoler totalement le patient.

✓ Campagnes publicitaires

Pour les professionnels qui ont malgré tout du mal à engager de front la conversation, l'affichage de campagnes publicitaires (vitrines, posters, présentation de brochures) reste encore le moyen le plus simple pour délivrer le message sans avoir besoin d'engager la discussion. Même si le malade n'en parle pas, il regarde, s'interroge, enregistre et il demandera peut-être plus d'informations au cours de ses prochaines visites.

Le pharmacien est responsable du contenu du message qu'il délivre. Il doit être le vecteur de messages fiables et adaptés au public. Pour cela il peut s'appuyer sur le Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie française (CESPHARM) crée par le conseil de l'Ordre ⁵⁶.

Le changement régulier des pancartes permettra à l'officine de dégager une image dynamique s'adaptant au fil de l'actualité. De plus on s'est aperçu que c'est la répétition du message qui demeure la clé du succès ⁵⁷. En effet suite à la diffusion d'une campagne informative, une amélioration temporaire du comportement est constatée dans la population, mais ensuite les mauvaises habitudes reviennent. D'où la nécessité de mener des campagnes sur du court terme mais répétitives.

De plus ces actions ont également un impact sur l'entourage qui souffre très souvent psychologiquement voir physiquement de la maladie d'un proche.

3.2.2. Prévention secondaire

La prévention secondaire cherche à déceler précocement une maladie de façon à ralentir ou arrêter sa progression.

La pharmacie pourrait organiser des journées dépistage sur une courte période, quelques jours à une semaine, en mettant des affiches et en proposant systématiquement à tout le monde (pour éviter que quelqu'un ne se sente particulièrement visé) de remplir un petit questionnaire sur sa consommation d'alcool. Ou pour plus de simplicité, le test pourrait être laissé en libre accès sur le comptoir (ce qui éveillera sans nul doute la curiosité), laissant ainsi le choix au patient de le remplir soit directement à l'officine soit tranquillement chez lui ⁵¹.

L'objectif final est d'alerter sur le sujet, d'induire une prise de conscience sur une éventuelle consommation problématique tout en valorisant un comportement de changement. Cela vise particulièrement les personnes ayant une consommation d'alcool leur paraissant normale et qui n'iraient pas spontanément consulter un spécialiste.

Lorsque que le pharmacien détecte un comportement à risque et que cela dépasse ses capacités, il devra alors réorienter le patient vers une des structures du réseau. D'où l'intérêt que le pharmacien ait sous la main les différentes adresses et connaisse à minima le fonctionnement de ces institutions.

3.2.3. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire vise à limiter les conséquences et les récives des maladies dans une population.

- ✓ Améliorer le suivi des patients

Intervenir dans le sevrage hospitalier

Pour assurer une collaboration interdisciplinaire et une continuité dans la prise en charge entre l'hôpital et la ville, différents outils peuvent être exploités :

➤ Le Dossier Pharmaceutique (DP) ^{58 59}

Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, peut demander à son pharmacien de lui créer un dossier pharmaceutique. C'est un document informatique qui recense tous les médicaments délivrés (qu'ils soient prescrits ou achetés librement) au cours des 4 derniers mois. Cet outil sécurise la dispensation puisqu'il évite les risques d'interactions médicamenteuses et les traitements redondants. En prenant l'habitude de proposer systématiquement au patient l'ouverture d'un DP, l'officinal faciliterait la tâche des praticiens hospitaliers, qui auraient alors accès directement à l'historique médicamenteux du patient grâce à la carte vitale.

➤ La conciliation médicamenteuse

Elle permet de comparer l'ensemble des médicaments pris habituellement par le patient avec les nouvelles prescriptions émises au cours de l'hospitalisation. Elle vérifie les écarts du traitement avant / pendant hospitalisation ⁶⁰.

La récolte des informations peut se faire lors d'un entretien avec le patient hospitalisé ou en contactant directement la pharmacie de ce dernier. En amont, l'ouverture d'un maximum de DP faciliterait cette recherche.

C'est une tâche demandant certes du temps surtout au départ, à sa mise en place. Mais c'est une mission qui pourrait être confiée aux externes en pharmacie de la 5^{ème} Année Hospitalo-Universitaire (AHU) qui effectuent leur stage de 3 mois à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) du CHAI. Cela chaperonné bien sûr par les internes et les pharmaciens hospitaliers. C'est déjà chose courante dans certains services au CHU de Grenoble (soins de suite et réadaptation cardiologique, diabétologie...).

A la sortie de l'établissement, il faudrait instaurer un document récapitulant les informations essentielles sur le patient, les modifications de traitement survenues au cours de

l'hospitalisation, la prescription de sortie. L'ensemble de ces renseignements, regroupé au sein d'un même dossier, serait alors envoyé au pharmacien « référent » cité par le patient ⁶¹.

Cela pourrait être un rôle supplémentaire accordé aux externes en pharmacie. Ils pourraient prendre exemple sur la Fiche de Liaison Pharmaceutique (FLP) ⁶² déjà mise en place et testée à Grenoble dans les unités de soins gériatriques (cf. annexe n°8).

Enfin ils pourraient également rédiger des fiches pratiques résumant les caractéristiques des médicaments d'aide au sevrage alcoolique (les mécanismes d'actions, les principaux effets indésirables, les contre-indications, les conseils associés...), à l'instar de celles proposées sur le site du réseau PIC (Psychiatrie Information Communication) ⁶³. Ces mémos pourraient être joints aux mails envoyés aux pharmacies.

Ces différents outils visent à limiter les erreurs médicamenteuses dues aux défauts de diffusion des informations entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier. Ils assurent une concordance dans le traitement, aux diverses étapes du parcours de soins (admission, transfert, sortie).

Intervenir dans le sevrage à domicile

Bien qu'il soit préférable pour le malade d'être coupé de son entourage au moment du sevrage (car le co-dépendant peut contribuer à entretenir la maladie par son attitude complice ou à l'inverse moralisatrice), certains patients préféreront l'idée d'un sevrage à domicile. Il consiste en une semaine de sevrage physique suivie d'une longue période de sevrage psychologique (plusieurs mois).

Pour limiter le syndrome de manque le patient sera sous benzodiazépines à posologie régressive pendant 10 jours, accompagné d'un traitement diminuant l'appétence (acamprosate ou naltrexone)⁶⁴.

Cette phase se fait sous le contrôle rapproché du médecin traitant mais également des infirmiers qui seront amenés à voir le patient afin de lui administrer la vitaminothérapie en intramusculaire. Le Réseau des Intervenant en Addictologie de la Mayenne (RIAM) a élaboré un outil d'aide à la réalisation d'un sevrage alcoolique ambulatoire à l'attention de ces 2 professionnels de santé⁶⁵. Ce rapport stipule les modalités du sevrage ambulatoire. Toute une partie est consacrée à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage avec entre autres la connaissance des signes de manque ainsi que l'explication de l'effet des traitements. Le médicament étant le domaine du pharmacien, il serait le plus à même de dispenser cet enseignement.

Du fait de la difficulté à juger de la dépendance du patient, il est souvent compliqué d'estimer les doses de benzodiazépine à prescrire. Ces dernières doivent être réévaluées et ajustées au cas par cas. Le pharmacien pourrait recueillir le ressenti du patient, le rassurer ou alors le réorienter vers le médecin s'il juge qu'une réadaptation posologique est nécessaire. En cas d'apparition d'effets indésirables imprévisibles, le pharmacien remplira une déclaration à la pharmacovigilance.

Une autre difficulté du sevrage à domicile est de choisir la période la plus propice pour le patient afin de ne pas le mettre en échec et cela passe par une grande disponibilité du médecin. Une alliance thérapeutique incluant le pharmacien permettrait de soulager le généraliste et de rassurer également le malade si par exemple ce dernier est injoignable.

Suite à cette semaine de désaccoutumance, le patient reste fragile avec notamment la survenue d'un état dépressif pouvant nécessiter la prescription d'antidépresseurs. Le pharmacien

pourrait lui conseiller de passer régulièrement à l'officine, afin de s'assurer de l'efficacité du traitement. Etablir une relation de confiance et éviter le nomadisme médical est essentiel : ayant connaissance du terrain, ce même pharmacien veillera à éviter l'iatrogénie médicamenteuse et à ne plus délivrer certains produits contenant de l'alcool (bain de bouche, sirop...).

Chacun aurait un bénéfice à tirer de ce partenariat, que ce soit :

- Le pharmacien d'officine qui se voit inclus dans le processus de soins. Il faudrait pour cela qu'il soit informé dès la sortie de cure de sevrage du patient et qu'on lui transmette certains documents.
- Le réseau qui trouve un allié sur qui compter : le pharmacien d'officine pourrait communiquer de la bonne observance du patient. Il pourrait également s'assurer que le patient ne remplace pas une addiction par une autre et ne substitue pas par exemple l'alcool par des médicaments ou le tabac.
- Et bien sûr c'est une sécurisation supplémentaire pour le patient qui voit sa prise en charge encore mieux structurée et organisée.

✓ Améliorer le suivi des médicaments

L'AMM d'un médicament repose sur des essais cliniques contrôlés et réglementés. Au stade de mise sur le marché, la plupart des molécules a seulement fait l'objet d'essais à court terme, réalisés sur un nombre limité de sujets. Le pharmacien a donc un rôle important dans l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité des médicaments dans le temps. Cela passe en partie par les déclarations à la pharmacovigilance lorsqu'il détecte un souci imputable à un médicament. Avec l'arrivée des nouveaux médicaments dans l'aide au sevrage alcoolique

(baclofène, nalméfène) tous retours, qu'ils soient positifs ou négatifs, sont intéressants et permettront de faire évoluer la recherche et d'influencer les futures recommandations.

- ✓ Améliorer le bien-être (confort) du sevré

Le patient alcoolo-dépendant étant souvent carencé, l'alimentation ne doit pas être négligée. Cela passe bien sûr en second plan, le but principal étant le sevrage. Mais lorsque cet objectif est atteint, il serait intéressant de lui rappeler quelques règles hygiéno-diététiques.

Le fait d'arrêter la consommation d'alcool améliorera déjà le sentiment de bien-être mais certains gestes de base pourront accélérer le processus :

- Boire au moins 1,5 litre d'eau par jour
- Prendre du jus de citron le matin à jeun pour drainer le foie
- Opter pour une alimentation riche en fruits et légumes
- Eviter les aliments riches (friture, charcuterie, plats industriels...)
- Boire du thé vert

De plus la richesse en micronutriment de l'alimentation ainsi que la bonne santé de l'intestin (microbiote) sont des facteurs influençant le fonctionnement enzymatique du foie ⁶⁶ et donc la capacité d'élimination des déchets. Certains compléments alimentaires contenant des antioxydants (vitamines C, E, polyphénols, flavonoïdes...), des oligo-éléments (Zinc, Manganèse, Cuivre, Sélénium, Magnésium...), des vitamines du groupes B pourront être bénéfiques au sevré.

Quelques plantes peuvent être aussi utilisées spécifiquement pour détoxifier le foie et soutenir les fonctions hépatiques :

- L'artichaut et le radis noir stimulent la sécrétion de bile et drainent le foie en surcharge

- Le chardon-marie et le curcuma ont des propriétés protectrices hépatiques
- Le desmodium favorise la régénérescence des cellules du foie suite à une atteinte alcoolique, médicamenteuse ou virale

Une cure de probiotiques (pour restaurer la flore intestinale) pourra également être envisagée. En effet 80% de la sérotonine se trouvant dans notre corps est produite par les cellules intestinales. Or ce neurotransmetteur intervient dans de nombreux mécanismes physiologiques de l'organisme : il joue le rôle de frein en régulant l'humeur et en favorisant l'endormissement. Elle permet aussi de contrôler les pulsions.

Le conseil devra être adapté à la demande et au besoin de la personne : l'arrêt de la consommation crée déjà un changement énorme dans les habitudes de vie donc ne pas brusquer le patient en y ajoutant des contraintes alimentaires. Lui rappeler également de rester vigilant et d'éviter l'automédication car même les produits naturels (phytothérapie...) ne sont pas dénués de tout danger.

Ces diverses pistes permettraient une amélioration dans la continuité des soins pour aboutir ainsi à une meilleure prise en charge au comptoir. Pour acquérir plus d'aisance dans sa pratique, le pharmacien d'officine peut également s'appuyer sur un ouvrage intitulé « Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine », que le Respadd a fait paraître fin 2014. Cependant toutes ces solutions dépendent en grande partie du renouveau du réseau : ce dernier doit absolument retrouver un certain entrain.

L'approfondissement et la faisabilité de ces propositions pourraient pourquoi pas aboutir à une autre thèse ?

Conclusion

D'après José Ángel Gurría, secrétaire général de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), l'alcoolisme est une maladie chronique dévastatrice pour notre société, que ce soit en terme de santé publique ou de coût économique. Responsable chaque année de près de 49 000 morts en France, il s'agit en effet, après le tabac, de la deuxième cause de mortalité évitable. De plus, dans son rapport publié en mai 2015 l'OCDE estime à 1% du PIB (Produit Intérieur Brut), les pertes de productivité associées à la consommation nocive d'alcool (tant par ses conséquences médicales, par la criminalité qui en découle ou encore par la perte de productivité liée à l'absentéisme)⁶⁷.

Ces dernières années, l'adage 'mieux vaut prévenir que guérir' prend tout son sens : en effet une politique préventive est plus économique qu'un dispositif uniquement curatif. Les textes en matière de santé vont d'ailleurs dans ce sens, puisque selon la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009, la prévention fait partie des nouvelles missions du pharmacien. De par sa position de professionnel de santé de premier recours et de son contact fréquent avec toutes catégories de population, le pharmacien d'officine pourrait dépister les personnes ayant une consommation excessive d'alcool et les insérer précocement dans une démarche de soins. Il représenterait ainsi une porte d'entrée supplémentaire pour l'intégration du patient dans un réseau d'alcoologie.

Cependant, pour réorienter correctement les patients, faudrait-il déjà que les pharmaciens d'officine soient informés des structures de soins de proximité. C'est pourquoi, au cours de ce travail, une enquête qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès d'une dizaine de titulaires exerçant dans un rayon proche de Grenoble. L'objectif de cette

étude était d'explorer l'état des lieux des connaissances des officinaux : sur l'alcool de manière générale, ainsi que sur les nouvelles molécules d'aide au sevrage (baclofène, nalméfène) et sur le réseau existant.

Un constat sans équivoque a été mis en évidence suite à cette étude : quel que soit leur âge et la typologie de l'officine, ils ne maîtrisent pas le sujet et sont même mal à l'aise. Une des principales explications est le statut ambivalent que donne notre société à cette substance, entre norme et poison. Il faut donc que le pharmacien modifie ses représentations et dépasse ses propres préjugés sur l'alcoolisme et cela par une meilleure connaissance de la maladie.

Pour cela, et conformément aux demandes récoltées au cours des interviews, une formation DPC (Développement Professionnel Continu) pratique rappelant les notions de base d'alcoologie est en cours d'élaboration. Une plaquette informative va également être diffusée auprès des pharmacies. Son but sera de faire connaître le réseau d'alcoologie et de recherche sur les conduites addictives de l'Isère et de faciliter le travail de communication des officinaux.

Créer un maillage autour du malade en renforçant ainsi la coopération avec les autres membres du corps médical, ne peut être que bénéfique. Particulièrement dans l'addictologie où la prise en charge ne se résume pas seulement aux médicaments : l'accompagnement étant primordial.

Bien que les efforts à accomplir semblent importants, ils sont néanmoins incontournables si le pharmacien souhaite intervenir dans le processus de soin du malade alcoolique comme il contribue déjà dans celui du sevrage aux opiacés et du sevrage tabagique.

Bibliographie

1. Garin A. *Addiction à l'alcool*. EC-UE d'Addictologie - Grenoble 2011-2012.
Disponible sur : http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/home/addictologie/docs/20120408104924/AGarin_Addictions_Alcool.pdf
2. Richard JB, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. *La consommation d'alcool en France en 2014*. *Evolutions*. 2015 ; (32) : 6
3. Article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique
4. Viñas JM, Larcher P, Duriez M. *Réseaux de santé et filières de soins*. *Actualité et dossier en santé publique*. 1998 ; (24) : 13
5. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996
6. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (article 84), JORF n° 54 du 5 mars 2002
7. Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007, relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé
8. Article L6321-1 du code de la santé publique
9. Arvers P. *Association réseau d'alcoologie et de recherche sur les conduites addictives en Isère* [en ligne]. Disponible sur <http://alcoolreseau.isere.free.fr/> (consulté le 05/12/2014)
10. CHU de Grenoble. *Addictologie* [en ligne]. Disponible sur <http://www.chu-grenoble.fr/content/addictologie> (consulté le 10/12/2014)
11. Clinique Psychiatrique Le Coteau. *Présentation - Clinique Le Coteau*, [en ligne]. Disponible sur <http://www.clinique-coteau.com/presentation- r 7.html> (consulté le 10/12/2014)
12. Marze O. *Centre médical Rocheplane*, [livret d'accueil]. Disponible sur http://www.rocheplane.org/images/pdf/HDJoctobre_2012.pdf
13. Alcooliques Anonymes. *Notre but premier est de demeurer abstinents et d'aider d'autres alcooliques à le devenir*, [en ligne]. Disponible sur <http://www.alcooliques-anonymes.fr/> (consulté le 10/12/2014)

14. Alcool Assistance. *Soyons acteur de notre santé*, [en ligne]. Disponible sur <http://www.alcoolassistance.net/> (consulté le 10/12/14)
15. Vivre Sans Alcool. *Accompagnement à la guérison de la maladie alcoolique*, [brochure]. Grenoble (2015)
16. Vie Libre. *La soif d'en sortir*, [en ligne]. Disponible sur <http://www.vielibre.org/joomla3/index.php/accueil> (consulté le 10/12/14)
17. Article 13, section 4 de la convention nationale des pharmaciens (2015)
18. Ordre national des pharmaciens, MILDECA. *Le CNOP et la MILDECA coopèrent pour lutter contre les conduites addictives et améliorer la prévention et la prise en charge des patients*. Communiqué de presse du 14 mai 2014. Disponible sur http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/02_actus/04_espace_presse/01_communiques/pdf/CP_2014_05_14_mildeca_conv-entio_n_CNOP_MILDECA.pdf
19. MILDECA. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*. La documentation française, 2013, 121p
20. Inserm. *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Expertise collective. Paris : Éditions Inserm; 2010. 573 p
21. Ordre Nationale des pharmaciens. *Meddispar Médicaments à dispensation particulière*, [en ligne]. Disponible sur <http://www.meddispar.fr/> (consulté le 16/06/2015)
22. Dautzenberg B, Brücker G. *Substituts nicotiniques, Effets de la vente libre*. Actualité et dossier en santé publique. 2000 (32) : 70-73
23. Tabac-info-service. *Evaluation de la dépendance chimique à la nicotine : questionnaire de fagerström*. Disponible sur http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf
24. ANSM. *Pharmacodépendance (Addictovigilance)*, [en ligne]. Disponible sur [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Organisation/\(offset\)/1](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Organisation/(offset)/1) (consulté le 04/06/2015)
25. INPES. *L'image de l'alcool en France*. Novembre 2013. [en ligne]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/alcool/image-alcool.asp> (consulté le 18/04/2015)
26. Stop-alcool.ch. *Petite histoire de la consommation d'alcool*. [en ligne]. Disponible sur <http://www.stop-alcool.ch/une-substance-psychoactive/historique> (consulté le 18/04/2015)

27. Müller R. *L'alcool dans notre société – entre désir et tabou*. Disponible sur : http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/dep_15_muller.pdf
28. Ducimetière P. *Alimentation et risque coronaire : « le paradoxe français » n'a plus lieu d'être !* Questions de santé publique. 2009 ; (6) : 4
29. Société Française d'Alcoologie. *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement*. Alcoologie et addictologie. 2015. 37 (1) : 5-84
30. OMS. *Informations sur l'overdose d'opioïdes*, Novembre 2014, [en ligne]. Disponible sur http://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/fr/ (consulté le 10/06/2015)
31. OMS. *Consommation d'alcool*, Janvier 2015, [en ligne]. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/> (consulté le 10/06/2015)
32. NAUD A. *L'accompagnement du malade alcoolique à l'officine*. Thèse d'exercice : Pharmacie : Angers ; 2013
33. FAUQUE C. *Consommation excessive d'alcool et alcoolo-dépendance : Nouveaux traitements, nouveaux objectifs thérapeutiques et prise en charge à l'officine en 2013*. Thèse d'exercice : Pharmacie : Angers ; 2014
34. Temporal F, Larmarange J. *Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives*. Support de cours, Faculté de Sciences Humaines et sociales, Université René Descartes Paris 5. Novembre 2006. Disponible sur http://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf
35. Brechon P. *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Grenoble : PUG, 2011, 232 p.
36. Mann K, Leher P, Morgan MY. *The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. Janvier 2004 ; 28 (1) : 51-63
37. ANSM. *Recommandation temporaire d'utilisation du baclofène dans l'alcoolodépendance, Protocole de suivi des patients*. Février 2014. Disponible sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5478accaf69e1a0f97987c9eeb9b9347.pdf
38. Krystal JH, Cramer JA, Krol WF, Kirk GF, Rosenheck RA. *Naltrexone in the treatment of alcohol dependence*. The New England Journal of Medicine. Décembre 2001 ; 345 (24) : 1734-39
39. Brouzes F, Dematteis M. *Enquête 2015 SFA, Pratiques cliniques en Alcoologie, confrontation des PEC validées et des PEC effectives*. In : les journées SFA 18-19-20

- mars 2015, Paris. Disponible sur <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA2015mars-Brouzes&Dematteis.pdf>
40. Arrêté du 12 septembre 2014 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux, JORF n°0217 du 19 septembre 2014
 41. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence, avis du 4 décembre 2013. HAS - Direction de l'Evaluation Médicale, Economique et de Santé Publique. Avis 3 modifié le 20/02/2014.
 42. RESIC 38. *Le réseau, qu'est-ce que RESIC 38?*, [en ligne]. Disponible sur <https://www.resic38.org/> (consulté le 08/01/2015)
 43. Schenckéry J. *RESIC 38 soulève des montagnes*. Profession pharmacien. 2014 ; (96) : 3
 44. Article L4236-1 du code de la santé publique
 45. Almont T. *Les biais en épidémiologie*. Disponible sur <http://www.theral.fr/resources/ThErAL-Train/Les-biais.pdf>
 46. Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu. *L'OGDPC Présentation*. OGDPC. 2013. Disponible sur : http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/presentation_ogdpc_fehap_23mai2013.pdf
 47. Heude V. *Cercis pharma*, [en ligne]. Disponible sur <http://www.cercis-pharma.fr/> (consulté le 09/06/15)
 48. Haute Autorité de Santé. *Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*. HAS, Novembre 2014.
 49. Réseau de prévention des addictions. *Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine*. Respadd, 2014.
 50. André, J. *Enjeux d'une formation au repérage précoce/intervention brève à destination des étudiants en pharmacie*. GRAP INSERM ERI 24. 09 octobre 2013. Disponible sur <http://www.ths-biarritz.com/wp-content/uploads/2013/11/Mercredi-PM-1-Atelier-1-Andre.pdf>
 51. Réseau de prévention des addictions. *Le pharmacien d'officine face aux addictions*. Colloque organisé par le Respadd, le ministère de la santé et la MILDECA le 25 novembre 2014.
 52. Moirand R. *Des réseaux, des réponses*. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (2) : 110-111

53. Blanquet M, Peyrol F, Morel F, Maradeix B, Gerbaud L, Llorca PM. *Médecine générale: Prévalence du mésusage de l'alcool et attitudes des médecins libéraux*. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (2) : 105-110
54. François P. *Santé et prévention*. UE7 - Santé Société Humanité - Santé Publique. Université Joseph Fourier de Grenoble. Année 2010-2011. Disponible sur : http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/francois_patrice/francois_patrice_p02/francois_patrice_p02.pdf
55. Etude Ipsos. *Les français et leurs pharmaciens*. Janvier 2008. LNP n°353
56. Cespharm. *Prévention-santé*. [en ligne]. Disponible sur <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante> (consulté le 24/04/2015)
57. INPES. *Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ?* Colloque scientifique, Paris le 9 décembre 2011.
58. Ordre nationale des pharmaciens. *Qu'est-ce que le DP ?* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP> (consulté le 20/04/2015)
59. Collectif Interassociatif Sur la Santé. *Le dossier pharmaceutique*. Fiche thématique du CISS n°29. 2015. Disponible sur <http://www.leciss.org/sites/default/files/29-Dossier%20pharmaceutique-DP-fiche-CISS.pdf>
60. Dufay E. *La conciliation des traitements médicamenteux : Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé*. 2013. Disponible sur http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2825/5534.pdf
61. Gérard M. *La conciliation des traitements médicamenteux en géro-psycho-geriatrie : quelles sources d'informations utiliser?* Thèse d'exercice : Pharmacie : Bordeaux ; 2014
62. Guigue J. *Création d'une fiche de liaison pharmaceutique entre l'hôpital et la pharmacie de ville pour les sujets âgés : un outil supplémentaire dans la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse*. Thèse d'exercice : Pharmacie : Grenoble ; 2012
63. Réseau PIC. *Bienvenue sur le site du réseau PIC, réseau de professionnels hospitaliers au service du soin médicamenteux en psychiatrie et santé mentale*, « Information médicaments », [en ligne]. Disponible sur <http://www.reseau-pic.info/> (consulté le 20 avril 2015)
64. Veyrat V, Becchio M, Richard D, Calop N. *La dépendance à l'alcool*. *Le Moniteur des pharmacies*. 2009 ; cahier II du n°2773 (62) : 16

65. Réseau des Intervenants en Alcoologie de la Mayenne. *Outil d'aide à la réalisation d'un sevrage alcoolique ambulatoire*. 25 juillet 2013. Disponible sur http://www.riam53.fr/media/protocole_de_sevrage_valide_le_25_juillet_2013_012013600_1002_29072013.pdf
66. Seirafi M., Cunningham S., Hadengue A. *Le microbiote dans les maladies du foie et du tube digestif : la révolution annoncée*. Revue Médicale Suisse. 2011 (307) ; 1696-1700
67. Organisation de coopération et de développement économique. *Note de synthèse - Lutter contre la consommation nocive d'alcool*. OCDE Mai 2015. Disponible sur <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Note-de-Synthese-Lutter-contre-la-consommation-nocive-d-alcool.pdf>

Annexes

Annexe n°1 : Programme de formation proposé par le réseau

FORMATIONS « ALCOOLOGIE » 2010 Par Le Réseau d'Alcoologie Isérois	PROGRAMME	Intervenants Dans nos formations
<p>Objectifs : Nous vous proposons des formations pratiques de terrain, d'une journée avec une réflexion personnelle afin :</p> <ul style="list-style-type: none">• d'harmoniser la prise en charge des malades alcoolo-dépendants,• d'acquérir des connaissances,• de modifier ses représentations,• de dépasser le sentiment d'impuissance,• de trouver sa place dans le réseau médico-social de son secteur géographique. <p>Public concerné : Médecins, travailleurs sociaux, infirmières, psychologues.</p> <p>Lieu : Saint Egrève</p> <p>Durée :</p> <ul style="list-style-type: none">• Une journée (formation de base)• Mises en place de formations spécifiques selon la demande et en fonction de votre champ d'intervention. <p>Coût : 60 € par personne</p> <p>Coordinateur : Dr J. BOURGADE</p>	<ul style="list-style-type: none">• Conduites à tenir• Le déni• Relations avec l'entourage• Comprendre les mécanismes en jeu• Savoir être, savoir faire• Connaissance du réseau de soins <p>La formation se déroulera sur une journée de 9 h à 17 h à :</p> <p>LA SALLE VIDEO DU CH SAINT EGREVE 38120 SAINT EGREVE</p> <ul style="list-style-type: none">• Médecins, Travailleurs sociaux, Infirmières, Psychologues <p>* Groupe de six à quinze personnes</p>	<ul style="list-style-type: none">• Jean-Pierre ZARSKI Professeur de médecine, gastro-entérologue• Jean-Pierre BOYER Médecin psychiatre, alcoologue• Jean-Claude EXBRAYAT Médecin psychiatre, alcoologue• Philippe ARVERS Médecin épidémiologiste, addictologue• Alain KERSPERN Médecin généraliste, alcoologue• Jean BOURGADE Médecin généraliste, alcoologue• Anne GARIN Médecin généraliste, alcoologue• Olivia CHAL Médecin généraliste, alcoologue• Régis MIRAMOND Psychomotricien• Marie-Pierre JAYET-DAUPHINE Psychologue, sophrologue• Catherine BODEREAU Cadre infirmière• Véronique BOURGADE Psychologue• Marie-Jo SEGWIN Conseillère en économie sociale et familiale• Odile JIMENEZ Assistante Sociale• Nadine BRIAND Educatrice spécialisée

Source : site du réseau d'alcoologie et de recherche sur les conduites addictives en Isère
(<http://alcoolreseau.isere.free.fr/spip.php?article31>)

Annexe n°2 : Canevas d'entretien version 2

Objet de l'étude : Etat des lieux de la connaissance des pharmaciens sur le réseau d'alcoologie isérois et les associations d'entraide

Définition et caractéristiques de la population interrogée:

❖ Typologie de la pharmacie :

Centre-ville / Centre-commercial / Campagne / Proche d'un centre d'alcoologie

❖ Age :

[20-30] [30-40] [40-50] [50 et plus]

Définition des grands groupes de questions :

❖ **A propos de l'alcool / des patients alcoolo-dépendants :**

- Etes-vous fréquemment en contact avec des personnes alcoolo-dépendantes ?
- Est-ce que vous avez constaté un profil type de patient ?
- Est-ce que les patients ont des questions, demandent des informations ?
- Essayez-vous de communiquer avec l'entourage de la personne dépendante ?
- Vous sentez-vous concernés / acteur de leur prise en charge ? Comment ?

❖ **A propos des médicaments d'aide au sevrage :**

- Quel est le traitement d'aide au sevrage que vous êtes le plus souvent amenés à dispenser ?
acamprosate (Aotal®) - baclofène (Lioréal®) - disulfirame (Espéral®) - nalméfène (Sélincro®) - naltrexone (Revia®) + traitement symptomatique (anxiolytiques, vitamines)
- Etes-vous au point sur les médicaments d'aide au sevrage alcoolique ?
- Est-ce que l'arrivée des nouveaux médicaments (baclofène, nalméfène) change quelque chose dans votre prise en charge ?
- Avez-vous déjà eu des retours sur le baclofène / Sélincro® ?
- Avez-vous recensé des effets indésirables vis-à-vis de ces médicaments ?
- Est-ce que des représentants pharmaceutiques viennent vous parler de ces médicaments ?

❖ **A propos du réseau d'alcoologie**

- Est-ce que vous connaissez des réseaux de soins en Isère ? (en général)
- Si oui, lesquels et comment les connaissez-vous ?
- D'après vous quels sont les intérêts / avantages d'un réseau pour le professionnel de santé?
- Quelles limites ?
- Connaissez-vous le réseau d'alcoologie et de recherche sur les conduites addictives de l'Isère ?

- Avez-vous déjà entendu parler du Service d'Addictologie Mutualiste des Alpes ? (ou au moins de CONTACT/GISME)
- Connaissez-vous des associations d'entraide dans l'Isère ? (Alcooliques Anonymes, Vivre sans Alcool, Alcool Assistance Croix d'Or)
- Vers qui dirigez-vous les patients ayant besoin de conseils ou d'une aide concernant l'alcool ?

❖ **Perspectives / formations**

- Vous sentez-vous assez formés ?
- Si non, qu'est-ce que vous aimeriez avoir en plus ?
- Seriez-vous intéressé pour faire un DPC (Développement Personnel Continu) sur l'alcool ?
 - Sur combien de jours ?
 - Sous forme de e-learning ou de présentiel ?
 - Seriez-vous prêts à vous déplacer ? (sur Saint-Egrève ou alentours)
 - Que souhaiteriez développer / apprendre si une telle formation était mise en place ?

→ Montrer le programme de formation proposé par le réseau

- Quelles expériences avez-vous concernant la délivrance des substituts nicotiques / Traitement de Substituts aux Opiacés (TSO) ?
- Qu'est ce qui a déjà été mis en place dans votre officine avec le tabac / les produits de substitution ?
- Est-ce qu'une telle chose pourrait être mise en place avec l'alcool ?
- Quelle est la place à prendre par les pharmaciens pour prévenir / dépister cette addiction ?
 - Campagne d'information / journée de dépistage / plaquette informative
- D'après vous pourquoi cela n'a pas encore été fait ? Quels sont les freins ?

NB : Parler de la porte ouverte du SAM des Alpes le 15 mars 2015

Annexe n°3 : Plan de l'analyse

1) A propos de l'alcool et des patients dépendants

Etes-vous fréquemment en contact avec des personnes alcoolo-dépendantes ?

- « Moins de 5 patients en tout cas » (E1)
- « Peu, je dirai environ 1 à 2 fois par semaine » (E2)
- « j'ai peut-être 2 ou 3 patients qui sont comme cela et qui viennent avec une ordonnance, sans compter tous ceux qu'on sait mais qui ne veulent pas se faire soigner » (E3)
- « Deux personnes, un homme et une femme » (E4)
- « dans ceux qui en parlent, on doit en avoir 3 mais par contre on a régulièrement des gens qui ne nous en parlent pas » (E5)
- « environ 2 patients par jour » (E6)
- « oui parce qu'on le sent mais pas forcément des personnes qui sont suivies au niveau médical » (E7)
- « on va dire 4 mais pas plus » (E8)
- « Plusieurs fois par mois, je dirai 2 ou 3 fois voir un peu plus » (E9)
- « Alors pas fréquemment » (E10)

Est-ce que vous avez constaté un profil type de patients ?

- « Non » (E1)
- « Non » (E2)
- « Non, il y a des hommes, des femmes, y'en a qui ont 60 ans, d'autres 30. Il n'y a pas que le chômage ou le niveau social qui entrent en jeu » (E3)
- Pas évoqué en E4
- « Ceux que j'ai vu c'était plutôt masculin, après au niveau de l'âge, on a un peu de tout mais souvent des plus de 40 ans » (E5)
- « pas de corrélation entre le niveau social, ni l'âge, je crois que cela touche un petit peu tout le monde » (E6)
- « Ce sont souvent des personnes isolées, des hommes seuls surtout, je dirai entre 50 voir plus 60ans » (E7)
- « Non vraiment pas » (E8)
- « On a surtout des couples » (E9)

- « *ce n'était souvent pas du tout des gens au profil. Là, la personne que j'ai actuellement c'est plutôt la solitude, retraité, sans famille, seul...* » « *Et après sinon le cas que j'avais avant, je travaillais plutôt en milieu agricole, enfin rural, donc y'avait beaucoup plus de soucis, des cadences de travail dures. Mais là c'était des gens plutôt jeunes avec un cadre familial tout à fait normal* » (E10)

Est-ce que vous vous sentez concernés par la prise en charge de ces personnes ?

- Non
 - Non « *Après on ne se sent pas non plus trop concerné vu que l'on n'a pas beaucoup de patients.* » (E1)
 - Non « *Non pas plus que ça...* » (E2)
- Oui
 - Oui « *Ah oui ! Tout du moins sans parler des médicaments, pour les aider en discutant, en prenant le temps avec le patient, là on peut avoir notre rôle à jouer* » (E3)
 - Oui « *Concernant la santé publique tout est prioritaire* » (E4)
 - Oui « *On n'en a pas beaucoup de traités mais si je fais la liste des patients qui ont un problème avec l'alcool... et puis il y a aussi le problème de l'alcoolisme mondain* » (E7)
 - Oui « *c'est un problème de santé publique* » (E9)
 - Oui « *On est acteur pour tous types de pathologies, n'importe laquelle que ce soit, du moment où on la détecte et du moment où le patient est coopérant* » (E10)
 - Oui implicitement pour E6 et E8
 - Non évoqué en E5

Est-ce que les patients demandent des informations particulières ?

- Non
 - « *ils n'ont pas de questions particulières, ils viennent plutôt chercher leurs boîtes et repartent aussitôt* » (E1)
 - « *Non, comme on disait ils ne sont pas très ouverts comme patient.* » (E2)
 - « *Pas spécialement, ce sont des patients qui se cachent vis-à-vis de cette maladie* » (E3)
 - Ne demande pas des informations mais de l'aide « *Il m'a demandé de l'aide donc moi j'ai appelé, j'ai fait ce que je pouvais* » (E4)
 - « *Non, nous on sent l'odeur et on le voit car au bout d'un certain temps, elles ont quand même le visage qui est marqué, mais il n'y a aucun dialogue là-dessus.* » (E5)

- « elle est dans le déni complet. Elle pose beaucoup de questions mais sur ces autres traitements, pas sur l'alcool » (E6)
- « Non, ceux qui viennent avec une ordonnance récupérer leurs médicaments, on leur demande : est-ce que le médecin vous a expliqué le traitement ? déjà pour voir si le patient est ouvert, et souvent ils répondent oui oui c'est bon » (E7)
- « Non, ils prennent leurs médicaments et c'est tout généralement » (E8)
- « Non, pas vraiment » (E9)
- « Non, ils les ont déjà demandé à leurs généralistes » « je n'ai jamais répondu à leurs questions, aussi il faut dire qu'ils sont bien suivis au CHS ! » (E10)

Comment abordez-vous ce type de patient ?

- Avec une prescription de médicaments incompatibles
 - « C'est un peu compliqué, en général on profite d'un traitement qui est incompatible avec l'alcool pour soulever le problème » (E6)
 - « Il m'est eu arrivé pour une personne qui a un problème avec l'alcool mais ça on en a parlé avec elle, j'ai appelé le médecin, c'était un dentiste, je lui ai dit qu'il fallait changer d'antibiotique. Avec le métronidazole ce n'était pas possible car de toute façon ce n'était pas la peine de lui dire d'arrêter, elle le savait » (E7)
 - « j'ai essayé de lui dire à l'occasion d'une délivrance de Birodogyl® qu'il ne fallait surtout pas boire » (E9)

- Après avoir créé un lien de confiance
 - « Ils ont besoin de se sentir en confiance avec la personne avec qui ils parlent, voilà cela se fait au bout de la 2ème ou 3ème fois qu'ils viennent » (E3)
 - « c'est un sujet délicat à parler. Mais s'il revient une 2ème fois pour d'autres raisons et si on sait qu'il a un problème d'alcoolisme, on essaiera d'aborder le sujet. » (E4)

- Aborder le sujet directement
 - « Et un jour je lui ai dit : 'vous savez je vois bien, je le sens bien que c'est encore difficile pour vous et que vous avez du mal à vous arrêter de boire. Ce n'est pas grave, c'est difficile, c'est une maladie mais je préfère que vous disiez clairement les choses'. Je me suis dit au bout d'un moment il faut quand même essayer de briser la glace. » (E7)
 - « On connaît les médicaments qui sont prescrits, on connaît bien leur maladie donc cela n'a pas à être tabou. Je préfère engager le dialogue » (E8)

- S'adapter à la personne
- « *Je ne pourrai pas vous dire, cela dépend de la personne que l'on a en face.* » (E8)

Est-ce que parfois c'est l'entourage qui vous demande de l'aide ou des informations ?

- Oui
 - « *Cela me fait penser tiens, on a une jeune d'une vingtaine d'années, c'est elle qui voulait que son copain se fasse aider car elle trouvait qu'il commençait à boire pas mal. Oui c'est l'entourage qui peut commencer à se poser des questions* » (E1)
 - « *Mais les démarches spontanées viennent rarement de la personne elle-même, c'est plus l'entourage qui trouve qu'il y a un souci et la personne ne veut pas en parler et derrière les relations en pâtissent. Et c'est la famille qui vient nous en parler quand les relations deviennent difficiles* » (E3)
 - « *C'est rare. C'est à la limite des femmes après que leurs maris les aient battues car ils avaient bu, c'est quand elles viennent avec un cocard et qu'elles craquent* » (E4)
 - « *une maman qui est venue pour son fils d'une trentaine d'années. Elle se dit qu'il est en train de boire trop et de devenir alcoolique et elle m'a demandé de l'aide car elle ne savait plus trop quoi faire.* » (E5)
 - « *Après je vous dis jamais mais il y a une personne qui nous demandait des conseils, enfin sa femme nous en parlait beaucoup, celui qui justement est en cure.* » (E7)
 - « *c'était la compagne d'un jeune qui buvait* » (E9)
- Non
 - « *Non, nous sommes une grosse pharmacie avec beaucoup de passage, il n'y a pas la notion de quartier où l'on connaît bien les gens* » (E2)
 - « *Non, à la limite si l'entourage me parlait ce serait plus facile de leur donner des infos* » (E8)
 - « *Non on ne m'a jamais sollicité mais bon ça dépend des quartiers.* » (E10)
- Non évoqué en E6

2) A propos des médicaments d'aide au sevrage

Quel est le traitement que vous êtes le plus souvent amenés à délivrer ?

- Baclofène, Aotal®, un peu de Revia® (E1)
- Pas demandé directement en (E2) mais notion de délivrance du baclofène et du Sélincro®

- Aotal® et un peu de baclofène (E3)
- Baclofène (E4)
- Non évoqué en (E5)
- Baclofène surtout, très rarement de l'Aotal® et du Revia® (E6)
- A la fois Aotal®, Revia® et baclofène (E7)
- Aotal®, baclofène, plus de Revia® (E8)
- Surtout Aotal® et baclofène, plus de Revia® ni d'Espéral® (E9)
- Aotal® (E10)

Le baclofène même en Hors AMM ?

- Oui (E1) (E6) (E7) (E8) (E9)
- Non évoqué en (E2) (E3) (E4) (E5) (E10)

Avez-vous eu des retours sur ces médicaments (effets indésirables, efficacité) ?

- Non
 - « Euh...non pas que je me souviens » (E1)
 - « Non, ce n'est pas forcément des gens qui parlent beaucoup, ils ne racontent pas grand-chose. » (E2)
 - « Pas spécialement, non... pas eu de retours. En tout cas on n'a pas eu de plaintes ! » (E3)
- Oui
 - « Cela l'a aidé à stopper, associé à d'autres traitements. » (E4)
 - « Le baclofène l'empêchait d'être actif la journée, cela l'ensuquait. » (E6)
 - « Sur le baclofène? A priori ça a été mais par contre quand c'était des doses trop fortes, au niveau des effets indésirables : elle se plaignait de somnolence, perte de la vigilance, elle se sentait vraiment comme si elle flottait. » (E7)
 - « Bah euh par exemple le Revia® ils disaient que cela ne fonctionnait pas » « Mais elle, entre le baclofène, l'Atarax®, les antidépresseurs, de toute façon elle était dans le seau, donc difficile de savoir quel médicament était responsable. » (E8)
 - « après coup pour me dire les effets secondaires que l'Aotal® avait suscité chez lui. » « Alors apparemment les effets secondaires majeurs, enfin ce qui ressort c'est des problèmes digestifs, intestinaux » (E10)
- Non évoqué en (E5) et (E9)

Avez-vous entendu parler du Sélincro® ? Si oui comment ?

- Non
 - « Non, on nous a envoyé un mail peut-être, mais en tout cas pas de représentant n'est passé » (E1)
 - « Non, euh peut être que l'on a reçu une pub mais qu'elle est passée à la poubelle... » (E5)
 - Non pour (E6) et (E7)

- Oui
 - « une personne vient depuis peu avec une ordonnance du centre d'addictologie » (E2)
 - « le laboratoire me relance souvent mais je n'ai pas eu de prescriptions », « Le labo m'a contacté car en fait il voulait faire une étude de suivi sur les personnes qui prenaient ce médicament mais vu que je n'en n'ai pas vendu, l'étude je n'ai pas pu la rendre » (E3)
 - « Oui, je connais », « Par la formation par le laboratoire, pour les professionnels de santé » (E4)
 - « c'est ce monsieur qui l'a vu et qui m'a découpé l'article et me l'a amené » (E8)
 - « Oui, enfin j'en ai entendu parler d'abord par un patient et puis j'ai lu un article dans la presse » (E9)
 - « Alors justement ce patient m'en a parlé » (E10)

Vous sentez-vous au point vis-à-vis des médicaments d'aide au sevrage ?

Tous ont répondu non sauf en (E4) et (E6) où la question n'a pas été posée

- « disons que cela évolue et que l'on ne se tient pas forcément au courant » (E1)
- « pas plus que les autres » (E2)
- « au point non, on peut toujours s'améliorer » (E3)
- « Oula non, mais comme je n'aime pas délivrer des choses que je ne connais pas, j'essaierai de me renseigner avant d'en dispenser pour pouvoir donner des conseils adaptés » (E5)
- « Peut-être pas suffisamment, sans doute même. La preuve, je ne connaissais pas le dernier ! » (E7)
- « on ne se sent pas au point » (E8)
- « On a les notions de base et on regarde sur l'informatique si besoin mais de là à dire que je suis à l'aise avec ce type de molécules non » (E9)
- « Non alors là tout ce qui est addicto je le redirai toujours c'est l'expérience qui m'a formé » (E10)

D'où proviennent les ordonnances contenant les médicaments d'aide au sevrage ?

- « Celui qui est sous baclofène, la prescription est faite pas un spécialiste, un psychiatre » (E1)
- « Ah oui aussi une personne vient depuis peu avec une ordonnance du CHU je crois, c'est pour le nouveau médicament ! » (E2)
- « Du généraliste pour ceux que l'on a. Sauf une personne qui maintenant est carrément partie en désintox, sauf elle qui était suivie au CHU. » (E7)
- « Surtout du médecin traitant et un peu de Saint-Egrève. » (E8)
- « Du médecin généraliste le plus souvent » (E9)

3) A propos des réseaux

Est-ce que vous connaissez des réseaux de soins en Isère ? Comment ?

- Le RESIC « on connaît le RESIC car on a un patient inscrit, on a reçu un courrier » (E1)
- Le RESIC, Proxydiab « Ils nous ont contacté, envoyé des mails, des fax en disant qu'il y avait une réunion tel jour, à telle heure, c'est eux qui démarchent » (E2)
- Le RESIC « je connais car ils m'ont contacté, ils m'ont envoyé un courrier car ils savaient qu'une patiente de ma clientèle était suivie par eux. Ils m'envoient les comptes rendus » (E3)
- Le RESIC « ils nous envoient régulièrement des mails » (E5)
- RESIC 38, le réseau d'oncologie et Proxydiab « Je les connais par des courriers réguliers, par un copain qui fait partie du RESIC et qui me la présenté plusieurs fois. Du bouche à oreille et quand ce sont eux qui contactent » (E6)
- Le RESIC, le réseau d'oncologie, le réseau douleur, Pallia-vie, Proxydiab « Je pense en lisant... Pallia-vie on a bossé ensemble pour un patient. Le RESIC, j'en fais partie et je l'ai connu car on avait un patient qui en faisait partie .J'avais reçu le compte rendu avec une fiche nous demandant si on voulait participer à une formation sur l'insuffisance cardiaque. J'y suis allé et j'ai mis le pied dedans. Et puis après les autres, c'est eux qui nous ont contactés. » (E7)
- Le RESIC, le réseau douleur « ils avaient fait une formation » (E8)
- Le RESIC « on reçoit souvent des courriers. Et puis certains de nos patients sont inscrits aussi donc ils nous en ont parlé » (E9)
- Le RESIC « le RESIC c'est le seul que je vois à peu près : apparemment c'est très mal fait car il fallait être présent une demi-journée par semaine et aujourd'hui on n'a pas le temps ! »
« Il y a des réseaux qui marchent très bien : je vois le réseau Naitre et Devenir pour les prémas » (E10)

Quel est l'intérêt pour un professionnel de santé de faire partie d'un réseau ?

- « Avoir une meilleure approche avec le patient » (E1)
- « Je pense que nous professionnels ont doit marcher ensemble, pour une meilleure réactivité, pour que derrière la personne se sente quand même plus encadrée et qu'elle sente que tout le monde a le même discours » « il faut que l'on se rencontre pour uniformiser notre langage, pour que la personne n'ait pas une info par le médecin et une autre par le pharmacien. » (E3)
- « cela permettrait déjà de mieux échanger avec les autres professionnels, les médecins, les connaitre aussi car au final on travaille à côté dans le même quartier et parfois on ne visualise même pas la personne! Tout cela dans le but de mieux prendre en charge le patient. » (E5)
- « Cela éviterait la iatrogénie » (E6)
- « il faudrait que l'on soit tous en maillage pour un meilleur suivi de nos patients » (E8)

Que peuvent apporter en plus les pharmaciens ?

- « les pharmaciens, c'est une aide gratuite et de proximité » (E1)
- « Autant le pharmacien peut apporter beaucoup en se formant » (E2)
- « On pourrait faire le bilan médicamenteux optimisé » (E6)
- « Déjà une vision et un contact différents que peuvent avoir les autres professionnels. Nos pratiques professionnelles au quotidien, ce que l'on peut apporter par rapport à l'éducation thérapeutique, au traitement. Même au niveau de l'observance tous les mois on peut se rendre compte si le patient renouvelle bien ses ordonnances » (E7)
- « on connaît très bien les patients à force puisqu'ils viennent tous les mois » (E9)

Limites ?

- « Le manque de temps sans hésiter » (E1)
- « Est ce que les autres professionnels de santé souhaitent réellement faire de la place aux pharmaciens ? » « Après appartenir à un réseau c'est difficile, surtout que les patients ne vont pas toujours dans la même pharmacie » (E2)
- « on n'a pas beaucoup de temps à côté ! » (E5)
- « il y a un travail énorme de formation des équipes, de travail avec l'hôpital à faire » (E6)
- « Pour partir sur plusieurs réseaux, c'est vraiment un manque de temps. Après c'est de l'investissement. » (E7)
- « Le seul souci c'est que l'on a un groupe de médecins qui prend très mal quand on les appelle » (E8)

- « *Le manque de temps vraiment ! J'ai déjà du mal à gérer la pharmacie alors m'investir dans une association...* » (E9)
- « *Moi je suis pour mais je n'ai pas été au courant ! Par exemple le RESIC, c'est le seul que je vois un peu près : apparemment c'est très mal fait car il fallait être présent une demi-journée par semaine et aujourd'hui on n'a pas le temps !* » (E10)

Est-ce que vous connaissez le réseau d'alcoologie isérois ?

Unanimement non

SAM des Alpes ? Et les anciennes associations GISME/CONTACT ?

Majoritairement non

Connaissez-vous des associations d'entraide ?

Non, seulement 3 pharmaciens connaissent de nom l'association des Alcooliques Anonymes :

- « *bah je connais les alcooliques anonymes de nom mais après...* » (E1)
- « *Je connais oui, il y en a un peu partout en France mais sur le secteur grenoblois je ne connais pas spécialement. Mais de nom je connais oui bien sûr* » (E3)
- « *Les Alcooliques Anonymes, on en entend souvent parler de ça dans les films !* » (E5)

Vers qui dirigez-vous un patient ayant une dépendance à l'alcool et qui vous demande de l'aide ?
Pourquoi ?

- Médecin traitant
 - « *Je pense qu'ils ont les infos par leur médecin traitant. Les associations démarchent peut-être plus les médecins que les pharmaciens* » (E1)
 - « *je l'enverrai chez son médecin, au moins il sera en tête à tête, car parfois à la pharmacie il y a un vrai manque de confidentialité* » (E2)
 - Par défaut « *Du coup là je ne sais pas vu qu'il y a cette histoire de médecin traitant, si c'est obligatoirement à lui de dispatcher ?* » (E8)
 - « *Vers son médecin traitant je pense, il pourrait commencer à lui en parler et faire le point avec lui.* » (E9)
 - « *je ne saurais pas concrètement où adresser le patient. Je le ramènerai vers son généraliste.* » (E10)
- Vers des associations
 - « *je peux la prendre à part dans mon bureau pour en discuter et l'orienter vers des associations* » (E3)

- « Si je connaissais des adresses, je les enverrai directement vers des associations » (E5)
- Le CHU
 - « il m'a demandé de l'aide, j'ai appelé le CHU qui m'a donné un numéro donc l'établissement à Grand Place » (E4)
 - « je ferai des recherches, je crois qu'il existe un centre d'addictologie au CHU. Je me débrouillerai pour trouver les coordonnées » (E6)

Pourquoi ne pas orienter chez le médecin traitant ?

- « Le médecin traitant il est débordé par autres choses ! Qu'est-ce qu'il va faire de plus ? Moi je prends sur mon temps, j'appelle, je fais l'effort. Le médecin traitant il ne prendra pas spécialement le temps, il donnera peut-être un courrier au patient. » (E4)
- « ils sont débordés » « Et puis des fois ils n'écoutent même plus ce que les patients leur disent, ils se contentent de réimprimer l'ordonnance telle quelle. » « Et puis aussi c'est souvent le médecin de famille donc peut-être que les personnes n'oseront pas lui aborder le sujet de peur que cela se sache » (E5)
- « Si le médecin traitant ne s'est pas montré actif jusqu'à maintenant dans la problématique de l'alcool, non je n'orienterai pas mon patient vers lui » (E6)
- « Si le patient vient nous voir alors soit c'est que le médecin traitant n'en a pas parlé ou alors c'est le patient qui n'a pas voulu répondre, mais c'est qu'il y a quelque chose » (E7)

4) Perspectives et formations

Vous sentez-vous assez formés ?

Unanimement non

Constat d'un manque de formation à la faculté :

- « Même à la fac on ne nous en parle pas » (E1)
- « Sur l'alcool on a zéro formation » « C'est ce qui manque à la fac : comment discuter avec eux, aborder et amener le sujet » (E2)
- « c'est mieux d'apprendre des choses qu'au niveau de la faculté on ne nous apprend pas spécialement » (E3)
- « On n'est pas formé sur la partie psychologique. Au quotidien c'est difficile, on n'est pas formé, on apprend sur le tas. » (E4)

Est-ce que vous seriez intéressés pour faire une formation sur l'alcool ?

Unanimentement oui mais il faut que cela valide le DPC

Que faudrait-il aborder au cours de cette formation ?

- « avoir des notions de base et arriver à cibler les personnes ayant un problème, à sortir de leur déni » (E1)
- « Un peu le fonctionnement des médicaments mais cela ne serait pas le plus important. Le plus intéressant serait surtout le côté psychologique, aborder le patient, le sujet. » « comment discuter avec eux, aborder et amener le sujet » (E2)
- « Refaire un point sur les médicaments car le traitement évolue. », « une formation qui amène également sur notre rôle dans l'accompagnement, autant psychologique que relationnel. Surtout apprendre à amener les choses avec le patient. » (E3)
- « Déjà connaître tous les services d'aide, comment cela se passe quand on est sur place » (E4)
- « du coup voir pendant la formation la dénutrition et les carences provoquées par l'alcool ça nous serait bien utile ! » « Faire un rappel sur les complications, ça fera pas de mal, et puis surtout la psychologie, comment entamer la conversation avec ces patients » (E5)
- « Les médoc, les traitements existants pourraient être dans le e-learning. La psychologie pour aborder le patient » (E6)
- « c'est tout ce qui est le contact, comment arriver à discuter avec une personne qui vient pour son traitement habituel et on sent qu'il y a un problème avec l'alcool » « voir comment aborder le patient et les traitements » (E7)
- « Les médicaments principaux et savoir comment amener le problème » « adaptée au comptoir » (E8)
- « Un rappel sur les médicaments et puis j'aime bien toujours un petit rappel aussi sur la physiopat, remettre les choses dans leur contexte ! Et surtout faire des cas de comptoir » (E9)
- « revoir déjà les indications médicamenteuses avec la pharmaco pour pouvoir en déduire les interactions au comptoir et les contre-indications » « Et après effectivement l'intérêt pour nous au comptoir c'est-à-dire le conseil que l'on peut apporter pour que nous puissions le délivrer au patient » (E10)

Formation multidisciplinaire ?

- Oui
- « Peut-être une formation multidisciplinaire » « Des réunions, des rencontres entre plusieurs professionnels de santé » (E4)
- « ce qui est intéressant ce sont les échanges. Surtout si ce sont des formations pluridisciplinaires, cela permet de connaître un peu les médecins aussi. » (E5)

- « La mixité je trouve que c'est bien, cela permet de voir les problématiques des autres professionnels. » (E6)
- Mitigé
 - « Cela peut-être fait avec des médecins. Après si c'est une formation validant le DPC, est ce que l'on serait sur les mêmes attentes ? Et la question surtout c'est est ce que les médecins voudront bien faire cela en commun ? » (E7)
- Non
 - « Ce qui m'ennuie dans ce genre de formation, car j'en avais fait plus jeune, c'est que ce n'est pas assez appliqué au comptoir » « On est encore mal vu par le corps médical » (E8)

Formation e-learning ou présentiel ?

- Présentiel
 - Pour (E1)
 - « Mais pas de e-learning, c'est mieux d'avoir un présentiel » (E2)
 - « Un présentiel, ça permet les échanges, on apprend mieux et autrement je trouve, que tout seul devant son ordi ! » (E3)
 - « Puis des réunions, des rencontres entre plusieurs professionnels, des journées de formation, voir des demi-journées ou une bonne soirée d'au moins 2 ou 3h pour faire le point sur le sujet » (E4)
 - « J'avais payé, personne ne s'est formé, donc maintenant c'est présentiel » (E8)
 - « Présentiel ! Je ne suis pas adepte des e-learning » (E9)
 - « Les e-learning, je ne suis pas pour ! » (E10)
- Mitigé
 - « Avant j'étais contre les e-learning, mais là depuis que l'on a repris, je me dis qu'après une journée de 10h on n'a pas envie de se taper encore une formation. On préfère la faire sur le net, question de praticité. Mais les présentiels c'est quand même mieux, ce qui est intéressant ce sont les échanges » (E5)
 - « L'idéal c'est la combinaison des 2 ! » « Pour être à mon sens plus efficace, ce serait un premier module en e-learning suivi d'une formation présentielle ou l'on pourrait éventuellement poser des questions. Au moins le fait d'avoir fait le e-learning on part avec des bases non nulles. » (E6)
 - « E-learning c'est plus facile mais le présentiel il y a un échange » (E7)

Durée de la formation :

- Une demi-journée pour E5, E2 « *L'idéal c'est le soir quand même car se dégager une journée, c'est compliqué, une demi-journée à la rigueur* » et E10
- Une journée pour E1, E3, E6, E7, E8, E9
- « *Des journées de formation, voir deux demi-journées ou une bonne soirée* » (E4)

Seriez-vous prêts à vous déplacer sur Saint-Egrève (ou alentours de Grenoble) ?

Unanimentement oui

Pensez-vous qu'il y ait d'autres formations prioritaires ?

- Oui
 - « *Après on ne se sent pas non plus trop concernés vu que l'on n'a pas beaucoup de patients* »
« *Et puis en ayant que 2 ou 3 patients ce n'est pas là que l'on a envie de se former en priorité* » (E1)
 - « *c'est vrai je suis honnête : on a tellement à faire avant que ça serait peut-être pas une vers laquelle on se dirigerait en premier. Ce serait peut-être plus une en soirée, à la fac, pourquoi pas ?!* » (E10)
- Non
 - « *Cette formation c'est quelque chose qui m'intéresse. Souvent les DPC c'est plus des redites qu'autre chose donc quand on a des nouveaux sujets c'est quand même plus important.* » (E3)
 - « *Concernant la santé publique tout est prioritaire* » (E4)
 - « *Non pas spécialement, du moment où l'on a ne serait-ce qu'un seul patient, on doit se sentir concerné.* » (E5)
 - « *Je pense que l'on sous évalue le taux d'alcool de la population, on est bien en dessous. Là je vous disais 2 ou 3 patients par jour mais je pense que je suis en dessous de la vérité* » (E6)
 - « *On n'en a pas beaucoup de traités mais si je fais la liste des patients qui ont un problème avec l'alcool... et puis il y a aussi le problème de l'alcoolisme mondain* » (E7)
 - « *C'est une maladie comme une autre ! et on doit être là pour aider les patients* » (E8)
 - « *c'est un problème de santé publique.* » (E9)

Rôle à jouer des pharmaciens :

- Dépistage
 - « *La pharmacie aurait peut-être plus un rôle pour amener les gens à en parler, cibler les personnes qui n'ont pas forcément de traitement.* » « *Après est ce que ce serait peut-être pas plus intéressant de cibler des gens qui veulent s'en sortir ? Car on a déjà les gens qui sont sous traitement mais à côté il y a tous ceux qui ne franchissent pas le pas mais qui souhaitent s'en sortir* » (E1)
 - « *Oui mais le dépistage se fait avec la confiance* » (E3)
- Ecoute / Présence
 - « *On laisse le message, le client qui a un problème, on lui laisse le temps de réfléchir.* » (E4)
- Suivi
 - « *C'est vrai que nous on les voit plus souvent que les médecins. Parfois il n'y a pas besoin de grand discours, il suffit de le relancer par quelques mots, une phrase, savoir juste poser les bonnes questions et bien les tourner, c'est surtout ça* » (E2)

Qu'est-ce que l'on pourrait mettre en place à la pharmacie ? Affiches ? Questionnaires ?

- Affiches
 - « *le mieux est de faire des affiches, des campagnes de publicité sur l'alcool* » (E1)
 - « *Je ne sais pas si les affiches ont un grand impact. Peut-être qu'il y a une partie que la personne regarderait, notamment les numéros de téléphone mais ce n'est pas ça qui va faire qu'elle va en parler.* » « *Les affiches peuvent par contre toucher la famille.* » (E3)
 - « *De temps en temps je reçois des affiches par d'autres organismes : anorexie, boulimie... mais je n'ai jamais eu de retours auprès de ces centres donc je ne sais pas si cela a eu un impact. Est-ce que l'on pourrait mettre la même chose en place pour l'alcool ? C'est possible, pourquoi pas* » (E4)
 - « *Même s'ils ne nous en parlent pas, ils notent. C'est suffisamment afficher loin du comptoir, dans la vitrine, volontairement, pour qu'ils puissent regarder tranquillement sans que personne ne les juge* » (E6)
 - « *Elle peut noter le numéro ou aussi l'entourage* » (E7)
 - « *Les affiches oui. Les plaquettes je les donne qu'aux personnes qui sont intéressées. Car si vous mettez devant, ça tombe, les enfants jouent avec* » (E8)
 - « *Oui en fonction des actualités on peut mettre des plaquettes sur les comptoirs* » (E9)

- « *Tout ce que l'on trouve bien on met à disposition. On s'est rendu compte que spontanément les gens ne se servent pas tellement. Cela vient plus compléter un conseil. On détecte quelque chose, même si la personne est fermée on lui laisse la plaquette et le patient regarde chez lui.* » (E10)
- Questionnaire
 - « *Peut-être que la pharmacie pourrait faire passer des mini tests, un peu comme on fait pour le tabac* » (E1)
 - « *Non ça je ne suis pas adepte. La personne se sent vraiment trop interrogée* » (E8)
 - « *un questionnaire assez général pour ne pas embarrasser les patients avec, après pour ne pas s'impliquer trop et paraître indiscret, lui laisser la plaquette avec les numéros, les référents de la région* » (E10)
- Donner plus d'informations
 - « *Peut-être juste de l'incitation, relayer les messages que l'on entend dans les médias, au moins pouvoir les orienter, les conseiller d'en parler à leur médecin* » (E2)
 - « *Le pharmacien s'engage dans l'alcoolisme, on peut donner plus d'informations pour aider, pour dépister, pour orienter c'est possible* » « *Etre informé dès qu'il y a une nouveauté pour ensuite informer le patient* » (E4)

Difficultés :

- a) Savoir la limite de qui est alcoolique
 - « *Il faudrait savoir où se situe la limite, avoir des échelles.* » (E1)
 - « *il y a aussi le fait que pour eux boire 4 verres par jour ce n'est pas être alcoolique, c'est être bon vivant* » (E5)
- b) Médecins
 - « *Le problème c'est que suivant la pharmacie où l'on travaille, les médecins sont habitués à certains traitements et on oublie les autres* » (E1)
- c) Tabou
 - « *Mais bon cette pathologie c'est encore un peu délicat, encore un peu tabou* » (E1)
 - « *C'est encore un sujet tabou, plus que la drogue* » (E2)
 - « *Les qu'en dira-t-on sont encore problématiques* » « *C'est quelque chose qui reste tabou, les gens ont peur du jugement* » (E3)
 - « *c'est un sujet délicat à parler* » (E4)

- « *C'est encore un sujet tabou* » (E5)
 - « *Mais mine de rien le côté tabou est encore présent* » (E7)
 - « *Effectivement, comme c'est un sujet un peu tabou les gens n'osent pas demander* » (E8)
- d) Nomadisme
- « *Mais avec tout ce qui est addictologie, les gens ne vont pas forcément dans leur pharmacie habituelle* » (E2)
- e) Profil du patient
- « *Après cela dépend du profil du patient, y'en a qui sont ouverts et d'autres pas du tout* » (E1)
 - « *Après on avise en fonction de la personnalité du patient* » (E5)
 - « *On cerne les gens qui sont ouverts, s'ils répondent par oui / non, on n'insiste pas* » « *le problème, comme je vous dis, ça dépend du feeling du patient* » (E8)
- f) Déni
- « *Il y a pas mal de déni, beaucoup de personnes ont besoin de temps avant de se rendre compte qu'il y a une dépendance* » (E5)
 - « *Mais quand c'est un déni complet, je pense que le comptoir n'est pas l'endroit adapté, idéal pour parler du sujet* » (E6)
- g) Pas de médicaments en vente libre
- « *après est ce que l'on a les médicaments conseils qui sont fait pour ça ? Les patients qui veulent un sevrage tabagique, ils peuvent pousser la porte et venir nous voir car ils savent que derrière ils vont pouvoir être pris en charge. Pour l'alcool à part les orienter vers une association...»* (E3)
- h) Manque de temps
- « *De toute façon c'est du temps, de l'investissement personnel. Aider le patient sachant que cela ne nous rapporte rien. Du temps, c'est de l'argent* » (E4)
 - « *aujourd'hui on n'a pas le temps !* » (E10)

Intérêt de faire une plaquette :

- « *On rigole souvent en disant qu'on va aller aux Alcooliques Anonymes mais au final on n'a même pas le numéro sous la main* » (E1)
- « *Au moins il y a toutes les adresses* » (E2)

- « *Oui c'est important* » (E3)
- « *Est-ce que ce ne serait pas bien dans votre thèse de faire une feuille ou un récapitulatif de tous les centres ?* » (E4)
- « *Tout est sur la plaquette, ce serait un document utilisable quelle que soit la situation. A la limite on l'aurait au comptoir, dans la poche et avec un raccourci à l'écran on l'obtiendrait directement.* » (E6)
- « *Il faudrait bien préciser là où on peut envoyer sans rendez-vous.* » (E8)
- « *Oui cela serait bien, on est demandeur de ça ! C'est vrai qu'il y a beaucoup de polémique, on voit des labos mais eux ils n'ont plus le droit d'orienter, de laisser une plaquette, un numéro de téléphone.* » (E10)

Annexe n° 4 : Caractéristiques des pharmaciens

Entretien	Sexe	Age	Année d'installation	Zone d'exploitation	Durée de l'entretien (minutes)
E1	Féminin	38	2008	Centre commercial	36
E2 (titulaire + assistant)	Masculin	49 et 29	2012	Centre commercial	26
E3	Masculin	35	2013	Quartier	41
E4	Masculin	46	2007	Centre-ville	33
E5 (2 associés)	Féminin	40 et 37	2014	Quartier	23
E6	Masculin	39	2009	Centre-ville	31
E7	Féminin	43	2006	Campagne	46
E8	Féminin	51	2001	Campagne	65
E9	Féminin	47	2001	Campagne	18
E10	Féminin	46	2005	Proche centre addictologie	67

Annexe n°5 : Questionnaire AUDIT

Questions	Score				
	0	1	2	3	4
1 Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois/semaine ou plus
2 Combien de verres contenant de l'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 Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour 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	Chaque jour ou presque
5 Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle 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	Chaque jour ou presque
6 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour 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	Chaque jour 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	Chaque jour ou presque
9 Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
10 Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
Score supérieur ou égal à 7 (chez l'homme) Score supérieur ou égal à 6 (chez la femme)		alcoolisation présentant des risques pour la santé			
Score supérieur ou égal à 13 (chez l'homme et la femme)		alcoolo dépendance			

Source : site du Dr ARVERS Philippe (<http://p.arvers.free.fr/forum/IMG/pdf/AUDIT.pdf>)

Alcoolologie : structures en Isère

Centres de soins ambulatoires en alcoolologie

Service d'Addictologie Mutualiste des Alpes :

Information et orientation des personnes présentant une addiction avec ou sans produit

✉ : samgrenoble@mutualiteisere.org / contact.grenoble@wanadoo.fr

4 Antennes :

- **Grenoble (38100)** : 34 Avenue de l'Europe
Pour les permanences sur Voiron et Pontcharra, contacter ce secrétariat pour prendre RDV ☎ 04 76 12 90 80
- **Saint-Martin -d'Hères (38400)** : 27 rue Emile Zola ☎ 04 76 24 69 24
Pour la permanence sur La Mure, contacter ce secrétariat pour prendre RDV

❖ **Bourgoin Jallieu (38300)** : 44 avenue des Alpes ☎ 04 74 93 18 61
Egalement pour les permanences sur La Tour du Pin, Villefontaine, Crémieu, Morestel

❖ **Vienne (38200)** : 4 rue Perrouillère ☎ 04 74 78 07 80
Egalement pour les permanences sur La Côte St André, Beaurepaire et Péage de Roussillon

Hospitalisation

❖ Intersecteur d'alcoolologie et des conduites addictives

3 rue de la Gare - 38120 Saint-Egrève
☎ 04 76 56 43 00 Fax 04 76 56 45 58 ✉ iaaca@ch-saint-egreve.fr
Admission : Accuei il programmé après consultation ou après accord entre le médecin du service et le médecin traitant

❖ Clinique psychiatrique Le Coteau

10 rue du Coteau - 38640 Claix ☎ www.clinique-coteau.com
☎ 04 76 98 98 98 Fax 04 76 98 98 51 ✉ direction@cliniquecoteau.fr
Admission : Accord préalable entre le médecin traitant et un psychiatre de la clinique après échange téléphonique

❖ CHU de Grenoble

o Consultation en Addictologie

Hôpital Michallon - Rez-de-chaussée
☎ 04 76 54 24 29 / Fax 04 76 76 89 99
Admission : Patients ou entourage d'un patient adressé par un professionnel de l'addictologie ou venant de lui-même - Consultations du lundi au vendredi sur rendez-vous

o Equipe d'addictologie hospitalière de liaison (ELSA)

Avenue des Sablons Hôpital Michallon - Pavillon E - 38043 La tronche
☎ 04 76 76 93 37 / Fax : 04 76 76 94 63
*Accueil du public : Sur rendez-vous du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30
Interventions aux CH Alpes-Isère, Voiron, La Mure, Saint-Marcellin, au CHU de Grenoble et au centre de soins de suite et de réadaptation de Rocheplaine*

❖ Centre Médical Rocheplaine

6 rue Massenet - 38400 Saint-Martin-d'Hères
☎ 04 57 42 42 42 / Fax 04 57 42 41 18 - ☎ <http://www.rocheplaine.org>
Admission : Les patients sont adressés par leur médecin traitant ou par les unités spécialisées de Grenoble

❖ Autres hôpitaux

o Hôpital de Voiron (service de gastro-entérologie)

14 Route des Gorges - 38506 Voiron
☎ 04 76 67 15 40 Fax 04 76 67 15 43
Admission : consultation préalable avec le médecin alcoolologue

o Hôpital de La Mure (service de médecine polyvalente)

62 rue des Alpes - 38350 La Mure
☎ 04 76 81 42 57

o Hôpital de Saint Marcellin (service de médecine polyvalente)

1 avenue Félix Faure - 38160 Saint Marcellin
☎ 04 76 64 90 90

Associations d'entraide

- ❖ **Vivre sans alcool**
 - ☎ <http://vivresansalcool.fr> ✉ contact@vivresansalcool.fr
 - **Grenoble (38000)**
Maison des associations, 6 rue Berthe de Boissieux ☎ 06 45 39 47 19 / 06 50 42 21 58
 - **Bourgoin - Jallieu (38307)**
La Maison du Mieux Vivre, 71 rue de la Libération ☎ 06 80 58 11 49
 - **Saint Ismier (38330)**
Place de l'Agora ☎ 06 42 08 19 48 / 06 32 91 48
 - **Saint Marcellin (38160)**
Maison de l'économie du Pays, 7 rue du Colombier ☎ 06 45 39 47 19 / 06 74 51 28 57
 - **Voiron (38500)**
Centre Social Béraudier, 6 rue Jules Ravat ☎ 06 79 92 44 48
 - **Vizille (38200)**
43-4, Avenue de la République ☎ 06 58 24 57 47
 - **Lans en Vercors (38250)**
Ecole élémentaire- Appartement Est ☎ 06 61 73 57 95
- ❖ **Vie Libre**
 - ☎ <http://www.vielibre.org>
 - **Grenoble (38000)**
Maison des associations, 6 rue Berthe de Boissieux ☎ 04 76 96 08 51
 - **La Côte Saint-André (38260)**
Maison des services publics, 34 avenue Jongkind ☎ 04 74 58 52 93
 - **Rives (38140)**
Centre Social l'Orgère ☎ 04 76 55 95 90
- ❖ **Alcool-Assistance La Croix d'Or**
 - ☎ <http://www.alcoolassistance.net>
 - **Grenoble (38000)**
Maison des associations, 6 rue Berthe de Boissieux ☎ 04 74 28 16 69 / 07 86 59 74 51
 - **Bourgoin (38300)**
Tussah, 47 Pont Saint Michel ☎ 04 74 28 16 69
 - **La Mure (38350)**
Rue Magdeleine ☎ 04 76 81 04 47
 - **Vienne**
Hôtel de Ville ☎ 04 74 54 05 59
 - **Voiron**
Hôpital - Salle de l'Internat ☎ 06 74 49 03 40
 - **Le Grand-Lemps (38690)**
2 rue Lamartine ☎ 07 86 59 74 51
- ❖ **Alcooliques Anonymes**
 - ☎ www.alcooliques-anonymes.fr
 - **Grenoble (38100)**
 - Groupe Agora (*ouvert à tous*) ☎ 04 76 13 40 89
 - Groupe Bobillot (*ouvert à tous*) ☎ 04 76 87 74 00
 - Groupe Al Anon (*pour les familles uniquement*) ☎ 06 60 86 89 86
 - **Bourgoin**
Maison de quartier "Le moulin", Bd de Champaret ☎ 04 74 93 92 47

*Source : annuaire de la SFA (Société Française d'Alcoologie)
Pour plus de renseignements : alcoolreseau.isere.free.fr*

Annexe n°8 : Fiche de Liaison Pharmaceutique

Nom : _____ Date de naissance : _____ Taille : m _____ Clcreat : mL/min _____

Prénom : _____ Sexe : _____ Poids : kg _____ Insuffisance rénale : _____

Date d'hospitalisation : _____ IMC = _____

Allergies connues : _____ Régime particulier : _____

Bilan des médicaments à l'entrée	Suppression Remplacement	Ordonnance de sortie	Commentaires
DCI/dosage/forme/posologie/voie	Adaptation Ajout	DCI/dosage/forme/posologie/voie	

Suivi biologique à effectuer	Education thérapeutique	Précaution d'emploi / Mise en garde

Source : Thèse de Jérôme Guigue⁶²

THESE SOUTENUE PAR : Aurélie DURAND

TITRE : ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DE PHARMACIENS D'OFFICINE DE LA REGION GRENOBLOISE : ETAT DES LIEUX DE LEURS CONNAISSANCES SUR LA THEMATIQUE DE L'ALCOOL ET SUR LE RESEAU D'ALCOOLOGIE ISEROIS

CONCLUSION :

D'après José Ángel Gurría, secrétaire général de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), l'alcoolisme est une maladie chronique dévastatrice pour notre société, que ce soit en terme de santé publique ou de coût économique. Responsable chaque année de près de 49 000 morts en France, il s'agit en effet, après le tabac, de la deuxième cause de mortalité évitable. De plus, dans son rapport publié en mai 2015 l'OCDE estime à 1% du PIB (Produit Intérieur Brut), les pertes de productivité associées à la consommation nocive d'alcool (tant par ses conséquences médicales, par la criminalité qui en découle ou encore par la perte de productivité liée à l'absentéisme)⁶⁷.

Ces dernières années, l'adage 'mieux vaut prévenir que guérir' prend tout son sens : en effet une politique préventive est plus économique qu'un dispositif uniquement curatif. Les textes en matière de santé vont d'ailleurs dans ce sens, puisque selon la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009, la prévention fait partie des nouvelles missions du pharmacien. De par sa position de professionnel de santé de premier recours et de son contact fréquent avec toutes catégories de population, le pharmacien d'officine pourrait dépister les personnes ayant une consommation excessive d'alcool et les insérer précocement dans une démarche de soins. Il représenterait ainsi une porte d'entrée supplémentaire pour l'intégration du patient dans un réseau d'alcoologie.

Cependant, pour réorienter correctement les patients, faudrait-il déjà que les pharmaciens d'officine soient informés des structures de soins de proximité. C'est pourquoi, au cours de ce travail, une enquête qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès d'une dizaine de titulaires exerçant dans un rayon proche de Grenoble. L'objectif de cette étude était d'explorer l'état

des lieux des connaissances des pharmaciens : sur l'alcool de manière générale, ainsi que sur les nouvelles molécules d'aide au sevrage (baclofène, nalméfène) et sur le réseau existant.

Un constat sans équivoque a été mis en évidence suite à cette étude : quel que soit leur âge et la typologie de l'officine, ils ne maîtrisent pas le sujet et sont même mal à l'aise. Une des principales explications est l'image que véhicule la société vis-à-vis de cette substance. Il faut donc que le pharmacien modifie ses représentations et dépasse ses propres préjugés sur l'alcoolisme et cela par une meilleure connaissance de la maladie. Pour cela, et conformément aux demandes récoltées au cours des interviews, une formation DPC (Développement Professionnel Continu) pratique rappelant les notions de base d'alcoologie est en cours d'élaboration. Une plaquette informative va également être diffusée auprès des pharmacies. Son but sera de faire connaître le réseau d'alcoologie et de recherche sur les conduites addictives de l'Isère et de faciliter le travail de communication des pharmaciens d'officine.

Créer un maillage autour du malade en renforçant ainsi la coopération avec les autres membres du corps médical, ne peut être que bénéfique. Particulièrement dans l'addictologie où la prise en charge ne se résume pas seulement aux médicaments : l'accompagnement étant primordial. Bien que les efforts à accomplir semblent importants, ils sont néanmoins incontournables si le pharmacien souhaite intervenir dans le processus de soin du malade alcoolique comme il contribue déjà dans celui du sevrage aux opiacés et du sevrage tabagique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 25/06/2015



Pr. Christophe RIBUOT

LE PRESIDENT DE LA THESE



*Faculté de Pharmacie,
Université Joseph Fourier Grenoble I.*



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

DURAND Aurélie

ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DE PHARMACIENS D'OFFICINE DE LA REGION
GRENOBLOISE : ETAT DES LIEUX DE LEURS CONNAISSANCES SUR LA THEMATIQUE
DE L'ALCOOL ET SUR LE RESEAU D'ALCOOLOGIE ISEROIS

RESUME :

L'alcoolisme est une maladie chronique entraînant de nombreux décès et dont l'impact économique est non négligeable. Pour atténuer ce problème de santé publique, la prévention et l'amélioration de la prise en charge sont donc requises.

De par son statut de professionnel de santé de premier recours et du fait de son contact fréquent avec le public, le pharmacien d'officine est en première ligne pour le dépistage des personnes ayant une consommation excessive d'alcool. Cette mission ainsi que l'arrivée de nouvelles molécules dans le traitement d'aide au sevrage (baclofène, nalméfène), sont autant d'opportunités pour la profession d'augmenter sa collaboration voir d'apporter sa participation à un réseau d'alcoologie (comme le réseau d'alcoologie et de recherche sur les conduites addictives pour le département de l'Isère).

Cependant une enquête qualitative menée auprès d'une dizaine de titulaires exerçant dans la région grenobloise révèle leur méconnaissance globale sur la thématique de l'alcool, que ce soit en terme de médicaments ou de structures de soins existantes à proximité de leur lieu d'exercice. De ce fait une réelle difficulté de prise en charge des malades alcooliques est constatée.

Ce travail propose diverses pistes d'amélioration comprenant un projet de mise en place d'une formation DPC (Développement Professionnel Continu) posant les bases de l'alcoologie, ainsi que la diffusion auprès des officinaux d'une plaquette résumant les coordonnées des structures composant le réseau d'alcoologie isérois.

LES MOTS CLES : Alcool, pharmacien d'officine, réseau d'alcoologie isérois, prise en charge, patient

ADRESSE : 295 chemin de la vie du tour 38690 BEVENAIS

FILIERE : Officine

