



HAL
open science

Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention, le repérage et la prise en charge de l'alcoolodépendance

Camille Charbonnel

► **To cite this version:**

Camille Charbonnel. Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention, le repérage et la prise en charge de l'alcoolodépendance. Sciences pharmaceutiques. 2024. dumas-04562554

HAL Id: dumas-04562554

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04562554v1>

Submitted on 29 Apr 2024

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.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**LE RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA PRÉVENTION,
LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE
DE L'ALCOOLODÉPENDANCE**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
SPÉCIALITÉ : OFFICINE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Le 26/04/2024

Par Mme Camille CHARBONNEL

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Benoît ALLENET

Membres :

Mme le Dr Catherine GILLY (directrice de thèse)

M. le Pr Maurice DEMATTEIS

Mme le Dr Martine FÉLIX

L'UFR 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.

ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2023 / 2024

Doyen de la Faculté - Pr Michel SÈVE
Vice-Doyen Pédagogie - Dr Pierre CAVAILLÈS
Vice-Doyen Recherche – Pr Walid RACHIDI

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
PU-PH	ALLENET	BENOÎT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	Oui
AHU	AMEN	AXELLE		
Professeur Emérite	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	
MCF	BATANDIER	CÉCILE	GIN-U1216 INSERM	
PU-PH	BEDOUCH	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	Oui
MAST	BELLET	BÉATRICE	-	
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS	
PU	BOUMENDJEL	AHCÈNE	LRB -INSERM U 1039	Oui
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	BRETON	JÉAN	LCIB – UMR E3 CEA	Oui
MCF	BRIANÇON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	Oui
PU-PH	BUSSER	BENOÎT	IAB-UMR 5309 CNRS- INSERM U1209	Oui
Professeur Emérite	CALOP	JEAN		
MCF	CAVAILLÈS	PIERRE	IAB-UMR 5309 CNRS- INSERM U1209	
MCU-PH	CHANOINE	SÉBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS	
MAST	COMBE	JÉRÔME	-	
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-	
Professeur Emérite	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCF Emérite	DELÉTRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	
PR	DEMEILLIERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
ATER	DETRAIT	MAXIMIN		
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	Oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
CDD	DURVILLE	SABINE		
PU-PH	FAURE	PATRICE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PRCE	FITE	ANDRÉE	-	
MCU-PH	GARNAUD	CÉCILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-	
PU-PH	GERMI	RAPHAËLE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	Oui
MCF	GÈZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF Emérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	GONINDARD	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553	Oui
MCF	GRENIÉ	MATTHIAS	LECA – UMR CNRS 5553	
Professeure Emérite	GRILLOT	RENÉE	-	
MCF	GUIEU	VALÉRIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCU-PH	HENNEBIQUE	AURÉLIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	Oui
AHU	IHL	CORDELIA		
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042	
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039	
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	Oui
AHU	LEO	CAROLINE		
MAST	LOGEROT	SOPHIE		
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-	
MCU-PH	MINOVÉS	MÉLANIE	HP2 – INSERM U1042	
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	Oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	Oui
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS	Oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
AHU	PERRIER	QUENTIN		
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
ATER	PEYRONNEL	CÉLIAN		
PU	RACHIDI	WALID	BGE/BIOMICS/ CEA	Oui
PU	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	Oui
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-	Oui
PU-PH	SÈVE	MICHEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	SPANNO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
AHU	TRUFFOT	AURÉLIE		
MCF	VANHAVERBEKE	CÉCILE	DPM – UMR 5063 CNRS	
AHU	VITALE	ELISA		
MCF	WARTHER	DAVID	DPM – UMR 5063 CNRS	
Professeur Emérite	WOUESSIDJEWÉ	DENIS	DPM – UMR 5063 CNRS	

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institute for Advanced Biosciences

IBS : Institut de Biologie Structurale

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse 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

LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MAST : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel

MCF : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

PU : Professeur des Universités

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

SyMMES : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation

UMR : Unité Mixte de Recherche

UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury, pour l'attention portée à mon travail

À ma directrice de thèse, le Docteur Catherine GILLY, MCU-émérite en chimie thérapeutique, je vous remercie pour votre accompagnement, votre soutien, vos conseils et votre disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail.

À Monsieur le Professeur Benoît ALLENET, PU-PH, président de jury, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour vos engagements auprès de la filière officine ainsi que vos enseignements durant ces six années d'études.

À Monsieur le Professeur Maurice DEMATTEIS, PU-PH, addictologie et pharmacologie.

Votre présence dans mon jury de thèse est un honneur, merci pour votre enseignement pluriprofessionnel en addictologie.

À Madame le Docteur Martine FÉLIX, Pharmacien adjoint, membre du jury.

Ta présence dans mon jury me tenait à cœur, merci de m'avoir formé et accompagné tout au long de ma pratique officinale pendant mes études.

Aux pharmacies qui m'ont formée et vue évoluer

À la pharmacie du Taurobole, Romain et toute son équipe, pour m'avoir accueillie à bras ouverts et me permettre d'aller travailler tous les jours avec le sourire. Je ne pouvais pas rêver mieux pour commencer ma carrière. Merci aussi pour votre soutien pendant cette période de thèse.

À toute l'équipe de la pharmacie du Champ de Mars - Victor Hugo, merci pour ces deux années à vos côtés, d'abord les samedis puis en stage. Vous m'avez appris à prendre confiance en moi et à devenir le pharmacien que je suis aujourd'hui. Je ne garde que des bons souvenirs de ces années avec vous.

À Thomas WEIL, pharmacien exerçant à Montréal au Québec, merci de m'avoir permis de réaliser un stage dans une pharmacie québécoise et de m'avoir fait partager ta passion pour la pharmacie clinique.

À ma famille,

À ma sœur, Héroïse, merci d'être toujours là pour moi et de m'accompagner dans toutes mes aventures. Je suis fière de notre belle complicité.

À mes parents, merci de m'avoir permis de faire ce métier qui me passionne, de votre soutien sans faille pendant mes études et encore aujourd'hui dans mes projets professionnels et personnels. Sans vous, tout cela n'aurait pas été possible. Un merci particulier à ma maman qui a pris le temps de relire et corriger mon travail.

À ma grand-mère, merci de m'héberger toujours à bras ouverts lors de mes séjours à Grenoble et merci pour ton soutien inconditionnel pendant ces longues études.

À Nadine, ma deuxième maman, merci pour tes conseils et ton soutien dans mes études et mes projets.

À mes amis et tout particulièrement

À Clémence, Mélusine, Anaïs, Mathilde, Jade, Amélie, Myriam et Nina pour votre soutien et vos conseils pendant ces longues études et encore aujourd'hui. Merci d'avoir fait de ma vie étudiante, des années de bonheur.

À Sandrine, Edelweiss, Lisa et Amandine, merci d'être les amies que vous êtes et d'être toujours là dans les bons comme les moins bons moments de la vie.

À Clara, une amie puis ma coloc pendant 6 ans et demi, merci pour ton soutien, tes conseils, nos échanges interprofessionnels et toutes tes petites attentions du quotidien. Grâce à toi, j'ai passé de magnifiques années à Grenoble.

À Chloé, la plus belle rencontre de mon aventure québécoise, merci pour ton soutien pendant ce voyage et d'être l'amie que tu es aujourd'hui.

À Amélie, une amie d'enfance toujours là et une super future médecin généraliste. Merci pour toutes nos conversations autour de nos pratiques professionnelles.

Je remercie également **mes camarades de promotion** ainsi que **tous les officinaux ayant accepté de répondre au questionnaire.**

Je remercie **toutes les personnes ayant contribué et soutenu ce travail.**

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES ILLUSTRATIONS	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	12
LISTE DES DÉFINITIONS.....	14
INTRODUCTION	15
PARTIE 1 : Généralités sur l'alcool et l'alcoolodépendance	16
1. L'alcool et ses types de consommation	16
1.1 Qu'est-ce que l'alcool ?	16
1.1.1 Pharmacocinétique de l'éthanol	16
1.1.2 Mode d'action de l'éthanol	19
1.2 Les types de consommateurs.....	21
1.2.1 Les jeunes / les adolescents	21
1.2.2 La population générale adulte	23
1.2.3 Les femmes enceintes	24
1.2.4 Les personnes âgées.....	26
1.3 Les niveaux d'usage.....	27
1.3.1 Le non usage ou l'abstinence	28
1.3.2 L'usage à faible risque ou usage simple	29
1.3.3 L'usage à risque	29
1.3.4 Les troubles dus à l'usage d'alcool	30
1.4 Les conséquences néfastes de l'alcool	31
1.4.1 Les chiffres.....	31
1.4.2 Les conséquences liées à l'ivresse aiguë	34
1.4.3 Les conséquences liées à un usage chronique	34
2. La dépendance à l'alcool.....	41
2.1 Épidémiologie.....	42
2.2 Mécanisme de l'alcoolodépendance	42
2.2.1 Circuit de la récompense	43
2.2.2 Équilibre GABA/Glutamate.....	45
2.3 Repérage et diagnostic de l'alcoolodépendance	45
2.4 Traitements et prise en charge.....	46
2.4.1 Les dispositifs de soins	48
2.4.2 Le sevrage	51

2.4.3 Les traitements pharmacologiques du maintien de l'abstinence et de la réduction de la consommation	53
2.4.4 Perspectives thérapeutiques	57
3. Prévenir et repérer l'alcoolodépendance à l'officine	58
3.1 Plan de Repérage Précoce du mésusage d'alcool et d'Interventions Brèves (RPIB)	59
3.1.1 Les objectifs	59
3.1.2 Méthode	59
3.2 Interactions médicaments – alcool	62
3.2.1 Pharmacocinétique	63
3.2.2 Pharmacodynamie	65
3.2.3 L'alcool comme excipient	66
3.3 La prévention en officine	67
4. Prises en charge à la pharmacie	70
4.1 Entretien motivationnel (EM)	70
4.2 Orientation.....	72
4.3 Conseils lors de la délivrance des traitements	72
4.4 Les thérapeutiques hors médicaments.....	72
4.4.1 Phytothérapie	72
4.4.2 Aromathérapie.....	73
4.4.3 Applications <i>smartphone</i>	74
4.4.4 Autres thérapies	75
PARTIE 2 : Étude sur le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention, le repérage et la prise en charge de l'alcoolodépendance.....	77
1. Objectif du questionnaire	77
2. Matériel et méthodes	77
3. Résultats.....	78
3.1 Caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire	78
3.2 Questions sur l'alcoolodépendance.....	80
3.3 Prévention	85
3.4 Repérage.....	86
3.5 Prise en charge	86
4. Discussion	91
CONCLUSION.....	95
BIBLIOGRAPHIE	96
SITOGRAFIE	99

ANNEXES	107
ANNEXE 1 : Test MoCA.....	107
ANNEXE 2 : BEARNI	108
ANNEXE 3 : Programme de rétablissement des alcooliques anonymes en 12 étapes	111
ANNEXE 4 : Score de Cushman.....	111
ANNEXE 5 : CIWA-Ar	112
ANNEXE 6 : AUDIT.....	113
ANNEXE 7 : AUDIT-C	114
ANNEXE 8 : FACE	115
ANNEXE 9 : Les thématiques des bilans de prévention.....	116
ANNEXE 10 : Flyer pour les officines.....	117
ANNEXE 11 : Questionnaire distribué aux équipes officinales.....	119
SERMENT DE GALIEN	121
RÉSUMÉ	122

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Formule chimique de l'éthanol.....	16
Figure 2 : Formule de Widmark	17
Figure 3 : Métabolisme hépatique de l'éthanol	19
Figure 4 : Effets cliniques de l'alcool et zones du cerveau affectées	21
Figure 5 : Enquête ESCAPAD : Les niveaux d'usage de l'alcool à 17 ans en 2022 et leur évolution par rapport à 2017 (%)	22
Figure 6 : Motifs de consommation d'alcool selon la tranche d'âges en France métropolitaine en 2017	24
Figure 7 : Schéma des dysmorphies crânio-faciales caractéristiques du SAF	25
Figure 8 : Pyramide de Skinner	28
Figure 9 : Un verre standard d'alcool.....	29
Figure 10 : Définition de la dépendance d'après la CIM-11	30
Figure 11 : Critères du trouble de l'usage de l'alcool : DSM-5.....	31
Figure 12 : Nombre total de décès, fraction et nombre attribuables à l'alcool, par sexe et cause détaillée de décès, en France métropolitaine en 2015 (adultes de plus de 15 ans)	33
Figure 13 : Les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool.....	34
Figure 14 : Estimation des nombres de cancers attribuables à l'alcool en France en 2015.....	35
Figure 15 : Les complications cardiovasculaires et métaboliques	36
Figure 16 : La maladie hépatique alcoolique	37
Figure 17 : Les conséquences neurologiques et psychiatriques	40
Figure 18 : Facteurs influençant le risque de dépendance	41
Figure 19 : Le circuit cérébral de la récompense et les neuromédiateurs impliqués....	43
Figure 20 : Action de l'alcool sur le système opioïde endogène responsable de la dysphorie	44
Figure 21 : Adaptation du cerveau à la consommation excessive et chronique d'alcool	45
Figure 22 : Résumé prise en charge globale d'un mésusage d'alcool.....	47
Figure 23 : Acteurs de la prise en soins en alcoologie	48
Figure 24 : Les trois niveaux de structures hospitalières en addictologie	49
Figure 25 : Prise en charge du sevrage alcoolique.....	52
Figure 26 : Les traitements indiqués dans le maintien de l'abstinence	54
Figure 27 : Les traitements indiqués dans la réduction de la consommation d'alcool..	56

Figure 28 : Interprétation des scores des questionnaires	60
Figure 29 : Exemple d'intervention brève réalisable à l'officine	61
Figure 30 : Exemples de stratégies pour réduire la consommation d'alcool	62
Figure 31 : Médicaments responsables de l'effet antabuse	64
Figure 32 : Métabolisation du paracétamol.....	64
Figure 33 : Interactions pharmacodynamiques alcool-médicaments	65
Figure 34 : Entretien motivationnel	71
Figure 35 : Le Kudzu	73
Figure 36 : Rhodiola – Valériane – Ashwagandha.....	73
Figure 37 : Huile essentielle d'Angélique.....	74
Figure 38 : Huile essentielle de Pruche	74
Figure 39 : Répartition des répondants en fonction du sexe.....	78
Figure 40 : Répartition des répondants par tranche d'âges	78
Figure 41 : Répartition des répondants selon leur profession.....	79
Figure 42 : Répartition des répondants en fonction de leur département d'exercice	79
Figure 43 : Répartition des réponses par zones d'activité	80
Figure 44 : État des connaissances.....	80
Figure 45 : Traitements connus	81
Figure 46 : Patients alcoolodépendants.....	82
Figure 47 : Nombre estimé de patients.....	82
Figure 48 : Ressenti des pharmaciens face aux patients alcoolodépendants	83
Figure 49 : Résumé des réponses de la figure 48	83
Figure 50 : Est-ce qu'avoir des connaissances permet d'être plus à l'aise ?.....	83
Figure 51 : Réponses pour un patient non traité.....	84
Figure 52 : Réponses pour un patient traité.....	85
Figure 53 : Prévention	85
Figure 54 : Repérage.....	86
Figure 55 : Prise en charge	86
Figure 56 : Orientation	87
Figure 57 : Prise en charge des patients non traités	88
Figure 58 : Prise en charge des patients traités	88
Figure 59 : Suivi à long terme.....	89
Figure 60 : Suivi à long terme en fonction du sexe	89
Figure 61 : Suivi à long terme en fonction de la zone d'activité	89
Figure 62 : Communication interprofessionnelle.....	90
Figure 63 : Réponses ouvertes à la dernière question	90

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADH : Alcool déshydrogénase

ALDH : Aldéhyde déshydrogénase

APA : Association Américaine de Psychiatrie

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARS : Agence Régionale de Santé

BEARNI : *Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment*

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CDT : *Carboxydate Deficience Transferrine*

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIWA-Ar : *Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol revised*

Clcr : Clairance de la créatinine

CH : Centre Hospitalier

CHAI : Centre Hospitalier Alpes-Isère

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

CSP : Code de la Santé Publique

CSST : Centre de Soins, Spécifiques pour Toxicomanes

CYP : Cytochrome

DINUM : Direction Interministérielle du Numérique

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EnCLASS : Enquête nationale en Collèges et en Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances

FA : Fibrillation Auriculaire

GABA : Acide Gamma-AminoButyrique

GGT : Gamma-Glutamyl Transférase

HDL : *Hight Density Lipoproteins*

HTA : Hypertension artérielle

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

MEOS : *Microsomal Ethanol-Oxydizing System*

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

MoCA : *Montreal Cognitive Assessment*

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMDA : N-méthyl D-aspartate

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RESPADD : Réseau de Prévention des Addictions

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtal

SNC : Système Nerveux Central

SPF : Santé Publique France

TCAF : Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

TUA : Troubles de l'Usage d'Alcool

US2A : Unité de Soins en Alcoologie et Addictologie

VGM : Volume Globulaire Moyen

LISTE DES DÉFINITIONS

Accoutumance : tolérance. Phénomène qui consiste en une diminution progressive de la sensibilité de l'organisme à un médicament ou à un toxique et qui se traduit par la nécessité d'augmenter la dose pour obtenir le même effet

Binge drinking ou API : se traduit par « alcoolisation ponctuelle importante » dans un temps très court, avec recherche d'ivresse. Consommation de 6 verres standards ou plus en moins de 2 heures

Craving : envie irréprouvable de consommer une substance alors qu'on ne le veut pas à ce moment là

Dysgueusie : altération du goût

Effet de premier passage : avant qu'une substance prise par voie orale n'atteigne la circulation sanguine, elle subit un métabolisme initial nommé effet de premier passage (hépatique et intestinal)

Ensellure nasale : dépression de l'arête nasale, nez trop creusé

Hypertrichose : développement excessif de la pilosité indépendamment des hormones

Masse maigre : par opposition à la masse grasse, est l'un des deux compartiments corporels du corps. Elle est composée des os, muscles, organes, de la peau et des liquides du corps humain

Microcéphalie : anomalie congénitale caractérisée par une tête anormalement petite

Pharmacocinétique : modification du devenir du médicament dans l'organisme

Pharmacodynamique : modification de l'action exercée par un médicament sur l'organisme

Philtrum : dépression en forme de gouttière qui relie la base du nez à la lèvre supérieure

Ptosis : paupière supérieure qui tombe

Rétrognathisme : malformation du visage dans laquelle l'une ou les deux mâchoires paraissent reculées sur le profil

INTRODUCTION

L'alcool, consommé par 43 millions de Français (1), est la substance psychoactive licite dont l'usage est le plus fréquent mais aussi le plus socialement accepté. En effet la consommation de boissons alcoolisées est ancrée dans notre culture et notre patrimoine et sa consommation accompagne la plupart des événements de notre vie.

La consommation d'alcool excessive (API) et / ou chronique pose de nombreux problèmes sanitaires et sociaux. L'alcool est la première cause d'hospitalisation, la seconde cause de mortalité évitable après le tabac et la seconde cause de cancer évitable. Il est aussi impliqué dans 30 % des accidents mortels de la route et 30 % des cas de violences (2).

Lors d'une consommation chronique, une dépendance psychique et physique (avec un syndrome de manque en cas de sevrage) peut apparaître, c'est l'alcoolodépendance, une maladie qui concernerait en France environ 2 millions de personnes.

Statistiquement, au moins 16 personnes souffrant d'un trouble dû à l'usage de l'alcool (usage nocif et dépendance) se présentent chaque jour dans chacune des pharmacies en France (3). Par leur proximité géographique et leur disponibilité, les pharmaciens sont des professionnels de santé accessibles à tous. La prévention, le repérage et la prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool ainsi que des addictions en général, font partie des missions du pharmacien décrites par le CSP et la loi HPST.

Au cours de ce travail nous allons voir dans une première partie ce qu'est l'alcool, la dépendance à l'alcool et comment le pharmacien peut jouer un rôle dans la prévention, le repérage et la prise en charge de l'alcoolodépendance. Dans une deuxième partie, nous analyserons les résultats d'un questionnaire distribué aux équipes officinales afin de voir comment elles se positionnent et s'impliquent auprès de leurs patients alcoolodépendants.

PARTIE 1 : Généralités sur l'alcool et l'alcoolodépendance

1. L'alcool et ses types de consommation

1.1 Qu'est-ce que l'alcool ?

L'alcool ou alcool éthylique ou éthanol est une substance liquide d'origine naturelle obtenue par fermentation de végétaux riches en sucre ou par distillation.

La formule chimique de l'éthanol est C_2H_5OH (4) :

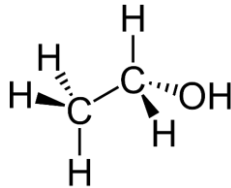


Figure 1 : Formule chimique de l'éthanol

1.1.1 Pharmacocinétique de l'éthanol (5, 6)

Absorption :

L'absorption se fait par simple diffusion. Elle se fait pour 70 à 80 % par les intestins au niveau du duodénum et du jéjunum.

Plusieurs facteurs peuvent modifier l'absorption :

- La prise alimentaire : elle ralentit la vidange gastrique. La concentration plasmatique (dans le sang) en éthanol est maximale en 45 minutes si le sujet est à jeun et en 90 minutes lorsque l'alcool est ingéré au cours d'un repas. De plus avec un repas, le pic d'absorption sera moins élevé.
- Le degré d'alcool : l'absorption est ralentie pour les boissons à fort degré d'alcool.
- Le type de boisson : si la boisson est chaude ou sucrée ou gazeuse alors l'absorption sera accélérée.
- La prise de certains médicaments qui modifient la motilité et la vidange gastrique par exemple (7) :
 - Le Métoprolol, la Domperidone ou l'Erythromycine conduisent à une absorption plus précoce et plus importante de l'alcool ainsi qu'à une diminution de la dégradation gastrique de l'alcool.
 - Les médicaments anticholinergiques retardent l'apparition de l'effet de l'alcool par un retard d'ouverture du pyllore.

Sachant que l'éthanol subit un effet dit de « premier passage », c'est-à-dire qu'une fraction est métabolisée par la muqueuse digestive et le foie avant d'atteindre la circulation générale et que cet effet concerne au maximum 20 % de la dose d'éthanol ingérée, la nourriture augmente l'effet de premier passage car le temps de vidange gastrique est augmenté.

Distribution :

La distribution de l'éthanol se fait en quelques minutes (demi-vie de distribution : 7 à 8 minutes) vers les organes très vascularisés comme le cerveau, les poumons et le foie.

L'alcool est plus soluble dans l'eau que dans les graisses. Sa concentration dans le sang dépend donc pour l'essentiel de la quantité d'eau (compris dans la masse maigre) contenue dans le corps.

Les proportions respectives de la masse maigre (dans laquelle se répartit l'éthanol) par rapport à la masse grasse déterminent le volume de distribution de l'éthanol. Ce volume est variable en fonction de l'âge et du sexe de la personne. Il est en moyenne de 0,50 l/kg chez la femme et 0,65 l/kg chez l'homme. Ceci explique la différence de sensibilité à l'alcool entre les hommes et les femmes car la proportion de masse maigre est inférieure chez la femme.

De plus au-delà de 60 ans la masse grasse augmente et la masse maigre diminue. Les personnes âgées ont donc un espace de distribution de l'éthanol plus petit, ce qui entraîne un pic d'alcoolémie plus élevé.

La formule de Widmark permet de calculer l'alcoolémie d'une personne. Un verre d'alcool standard correspond à 10 grammes d'alcool.

$$\text{Alcoolémie} = \frac{\text{quantité d'alcool absorbé (en grammes)}}{\text{eau total (en litres)}}$$

↓

poids (en kg) x coefficient eau
- 0,6 (femmes)
- 0,7 (hommes)

**Pour 10 grammes d'alcool ingéré (1 unité bar)
l'alcoolémie est de :**

- 0,24 g/L pour un homme de 60 kg
- 0,28 g/L pour une femme de 60 kg

Figure 2 : Formule de Widmark (8)

Chez la femme enceinte, l'éthanol franchit facilement la barrière placentaire. Les concentrations dans le liquide amniotique et chez le fœtus sont proches des concentrations plasmatiques de la mère (9).

Élimination :

L'éthanol est éliminé selon deux mécanismes :

- Principalement par métabolisation hépatique (environ 80 %)
- Accessoirement sous forme inchangée dans les urines, la sueur et l'air expiré.
C'est sur cette élimination pulmonaire que repose l'estimation de l'alcoolémie lors des contrôles routiers.

Au total, l'élimination de l'alcool est très variable d'un sujet à l'autre, suivant son état hépatique, son degré d'exposition chronique à l'alcool, mais aussi son sexe. En moyenne la vitesse d'élimination est de 0,10 g/l/h à 0,15 g/l/h. Les femmes métabolisent plus lentement l'alcool notamment à cause d'un métabolisme hépatique moins efficient.

L'éthanol est excrété dans le lait maternel à des concentrations environ 10 % plus élevées que les concentrations plasmatiques, ceci étant dû à la teneur en eau supérieure dans le lait.

Métabolisation hépatique (10) :

L'oxydation de l'alcool se fait en trois étapes.

Première étape : transformation de l'alcool en acétaldéhyde selon trois voies :

- Par l'ADH : la voie principale
- Par le MEOS qui fait intervenir le cytochrome P450 2E1. Cette voie intervient quand l'ADH est débordée, par exemple en cas de consommation aiguë massive ou chronique d'alcool. Lors d'une consommation chronique d'alcool, l'activité du CYP2E1 est multipliée par 5 à 10 et la vitesse d'élimination de l'éthanol est alors augmentée de 10 % à 20 %.
- Par la voie de la catalase ou des radicaux libres (voies mineures)

L'acétaldéhyde est le métabolite toxique de l'éthanol à l'origine de l'effet antabuse lorsqu'il s'accumule dans l'organisme. Cet effet peut se produire après

la prise de certains médicaments qui inhibent l'ALDH ou chez certaines populations (comme une partie de la population asiatique) qui ont un polymorphisme génétique donnant lieu à une enzyme ALDH totalement inactive.

Deuxième étape : transformation de l'acétaldéhyde en acétate par l'ALDH.

Troisième étape : l'acétate est libéré en grande partie dans la circulation générale et est oxydé en CO₂ et H₂O dans les tissus extra-hépatiques.

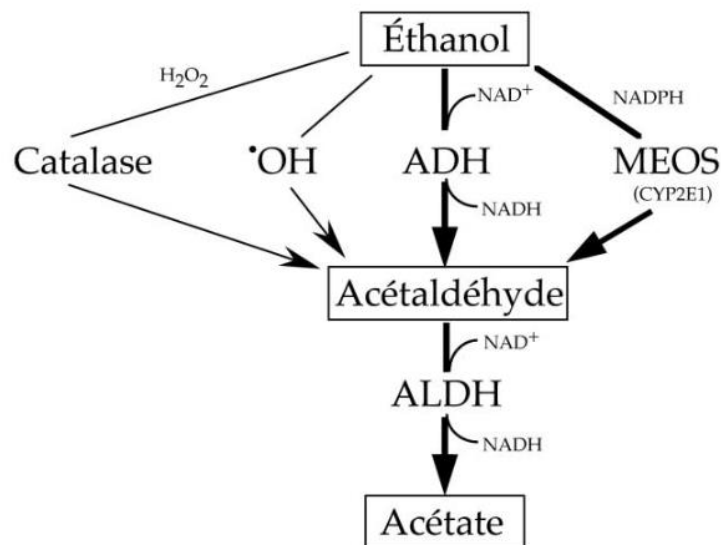


Figure 3 : Métabolisme hépatique de l'éthanol (6)

1.1.2 Mode d'action de l'éthanol

L'alcool passe directement du tube digestif aux vaisseaux sanguins, et en quelques minutes, le sang le transporte dans toutes les parties de l'organisme y compris au cerveau (11).

Il a des effets à plusieurs niveaux sur les neurones : il modifie leurs membranes ainsi que certains de leurs canaux ioniques, enzymes et récepteurs.

Dans les synapses, l'alcool se fixe directement sur les récepteurs du GABA, du Glutamate et aussi de l'acétylcholine, de la sérotonine et de la dopamine. Le GABA est le neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux. Il a pour effet de diminuer l'activité neuronale. En se fixant sur son récepteur, il permet aux ions chlorures de pénétrer à l'intérieur du neurone post-synaptique. Le chlore étant porteur d'une charge électrique négative, il contribue à rendre le neurone moins excitable. Cet effet physiologique sera amplifié par la fixation d'alcool sur le récepteur, en permettant au

canal ionique de rester ouvert plus longtemps et de faire ainsi entrer plus d'ions chlore dans la cellule. L'activité neuronale s'en trouvera donc davantage diminuée, d'où l'effet sédatif et de relaxation que procure l'alcool (11). Le glutamate est le principal neurotransmetteur excitateur du système nerveux. En se fixant sur le récepteur NMDA (un récepteur canal), il permet aux ions positifs de pénétrer dans le neurone post synaptique et déclenche un potentiel d'action. L'alcool en se fixant au récepteur NMDA va entraîner une diminution de la fréquence d'ouverture du canal ainsi qu'une diminution de son temps d'ouverture. Ce qui va entraîner une diminution de l'entrée des ions positifs et donc une inhibition du potentiel d'action. Ce qui renforce l'effet dépressur de l'alcool sur le système nerveux.

Lors d'une consommation ponctuelle d'un verre d'alcool, les premiers effets vont être dus à une action de l'éthanol au niveau du cortex préfrontal. Cette zone est responsable de la maîtrise des émotions, de soi, des comportements en société, du raisonnement etc. Ceci va entraîner l'effet de désinhibition de la personne. Si la consommation d'alcool continue, alors le cervelet va être atteint et on peut observer des troubles de la motricité de coordination et d'équilibre. Puis en continuant sa consommation, l'alcool va atteindre le cerveau limbique avec l'hippocampe responsable des pertes de mémoire et le fameux « black-out ». Enfin, le tronc cérébral peut être touché et il peut déclencher le réflexe de vomissement mais si cela ne suffit pas, alors l'effet dépressur de l'alcool sur cette zone peut entraîner un coma éthylique (8).

La figure ci-dessous décrit les effets cliniques de l'alcool et les zones du cerveau affectées en fonction de la dose d'alcool. Cependant le nombre de verres nécessaires pour produire les différents effets cliniques décrits dépend d'un individu à un autre.

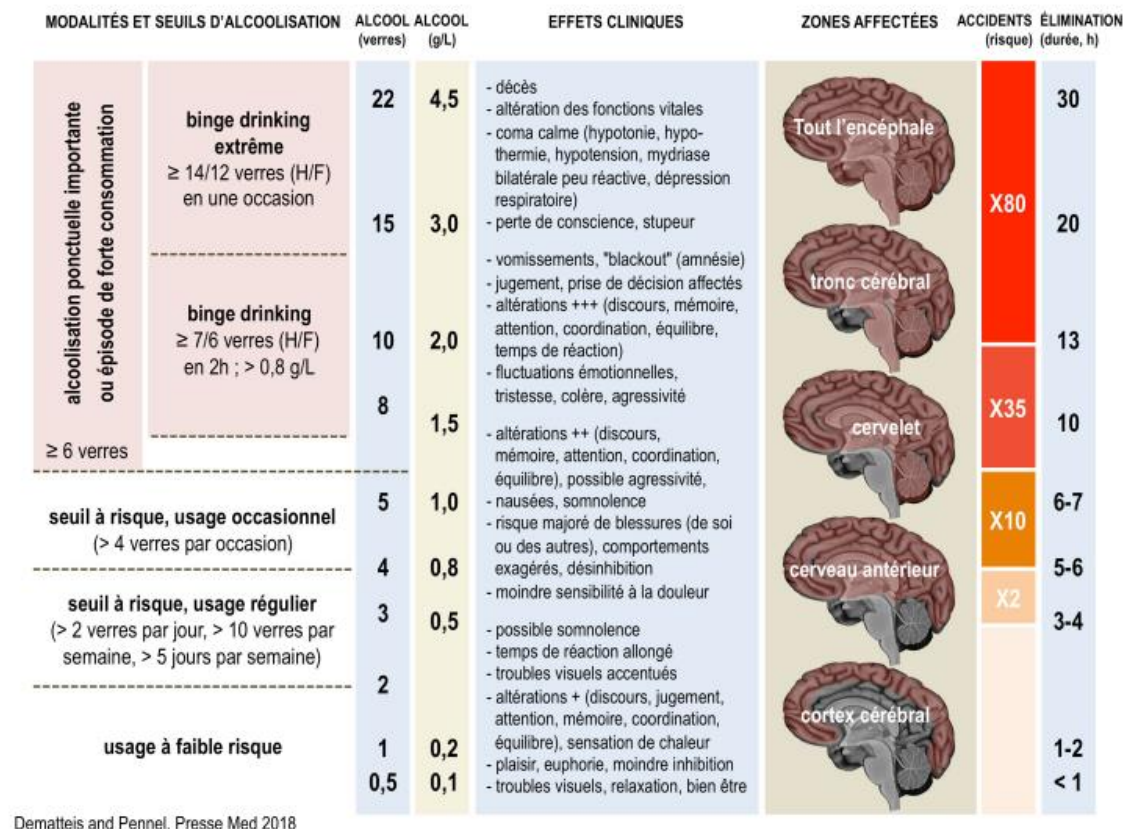


Figure 4 : Effets cliniques de l'alcool et zones du cerveau affectées (8)

1.2 Les types de consommateurs

La consommation d'alcool, le type de consommation, les raisons de consommer ainsi que les effets de l'alcool sur l'organisme sont différents d'un âge à l'autre.

1.2.1 Les jeunes / les adolescents

Trois études évaluent la consommation d'alcool chez les jeunes (12) :

- La HBSC (*Health Behavior in School-Aged Children*) de l'OMS
- L'ESPAD (*European School Project on Alcohol and Other Drugs*)
- L'ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense) réalisées par l'OFDT. Elle interroge les jeunes de 17 ans sur leurs consommations de produits psychoactifs et leurs conduites addictives

Les 2 premières études regroupées dans l'enquête EnClass, renseignent le niveau de consommation d'alcool des jeunes de 12 à 17 ans.

Leur synthèse montre que l'adolescence (12-18 ans) est la période au cours de laquelle les jeunes consomment pour la première fois de l'alcool. C'est la première substance psychoactive expérimentée, qui a concerné 60 % des collégiens en 2018 (13) et 81 % des jeunes de 17 ans en 2022 (14).

Produit	Usage	Garçons 2022	Filles 2022	Sex ratio		Ensemble 2022	Ensemble 2017	Évolution (en points)	Évolution (en %)
Alcool	Expérimentation	81,0	80,3	1,01	ns	80,6	85,7	-5,1	-6 %
	Actuel (au moins un usage dans l'année)	74,0	72,5	1,02	*	73,3	77,7	-4,4	-6 %
	Récent (au moins un usage dans le mois)	59,7	57,4	1,04	***	58,6	66,5	-7,9	-12 %
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	9,8	4,4	2,22	***	7,2	8,4	-1,2	-14 %
	Quotidien	1,4	0,4	3,74	***	0,9	1,3	-0,4	-32 %
Ivresse	Expérimentation	47,1	44,7	1,05	***	45,9	50,4	-4,5	-9 %
API (alcoolisation ponctuelle importante)	Récente (au moins une fois dans le mois)	39,0	34,1	1,14	***	36,6	44,0	-7,4	-17 %
	Répétée (au moins 3 fois dans le mois)	16,4	10,6	1,54	***	13,6	16,4	-2,8	-17 %
	Régulière (au moins 10 fois dans le mois)	3,2	1,0	3,20	***	2,1	2,7	-0,6	-21 %

Figure 5 : Enquête ESCAPAD : Les niveaux d'usage de l'alcool à 17 ans en 2022 et leur évolution par rapport à 2017 (%) (14)

On observe une diminution des consommations chez les jeunes de 17 ans entre 2022 et 2017.

Les alcools les plus fréquemment consommés par les adolescents sont les alcools forts (souvent mélangés avec des jus ou soda) suivis de la bière. La consommation d'alcool se fait essentiellement dans un cadre privé, le week-end et lors d'occasion particulière avec de la famille ou des amis. Donc les jeunes consomment surtout de manière ponctuelle mais en quantité importante sur un court laps de temps (API) (12).

Ces comportements présentent des risques à court-terme pour la santé des personnes et de leur entourage (coma éthylique, bad trip, accidents de la route, blessures intentionnelles ou non intentionnelles, rapports non protégés). De plus l'adolescence est une période à risque car le cerveau est en développement jusqu'à environ 25 ans. La consommation d'alcool et notamment les API exercent des effets neurotoxiques sur le cerveau, aussi bien au niveau structural que fonctionnel (apprentissage, mémoire) (15).

Leurs motivations pour consommer de l'alcool sont surtout pour faire la fête et s'amuser tout en lâchant prise. Les jeunes recherchent l'effet euphorique et

désinhibiteur de l'alcool. Il est vu comme une norme sociale pour une « vraie » fête réussie (15).

Il semblerait que parmi les jeunes (avant 18 ans) qui ont une consommation à risque, environ 25 % poursuivent le même type de consommation au moment de l'entrée dans la vie adulte (12). De plus, la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation accroît les risques de dépendance ultérieure (16).

1.2.2 La population générale adulte

D'après une étude de santé publique France (17, 18) reprise dans la revue du praticien (19) analysant des valeurs de 2017 :

- 86,5 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois et 40 % au moins une fois par semaine.
- Près d'un Français sur deux pense qu'offrir de l'alcool ou en boire « fait partie des règles du savoir-vivre ».

Toujours selon cette étude, les consommateurs réguliers (consommation de plus de deux verres les jours où ils ont bu ou au moins une alcoolisation ponctuelle importante au cours des 12 derniers mois ou une consommation d'alcool hebdomadaire) consomment de l'alcool pour :

- Le goût (80 %)
- L'idée de fêtes mieux réussies (56 %)
- La sensation que l'alcool procure (52 %)
- S'intégrer dans un groupe qu'ils apprécient (34 %)
- Avoir une alimentation équilibrée (24 %)
- L'alcool est bon pour la santé (20 %)
- S'enivrer (20 %)
- L'aide que l'alcool leur apporte lorsqu'elles se sentent déprimées ou nerveuses (20 %)
- La capacité de l'alcool à faire tout oublier (13 %)
- Car ils n'arrivent pas à s'en passer, traduisant ainsi une dépendance engendrée par l'alcool (12 %)

Les quantités d'alcool bues et la fréquence de consommation sont différentes selon les motivations de consommation.

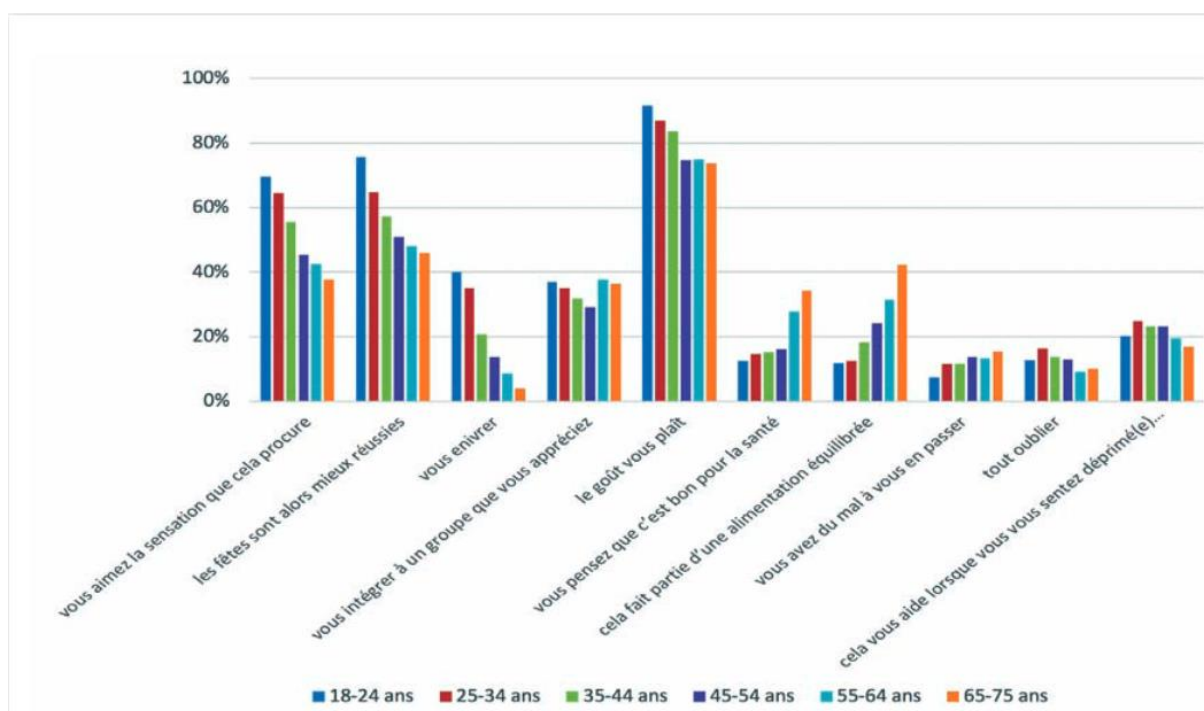


Figure 6 : Motifs de consommation d'alcool selon la tranche d'âges en France métropolitaine en 2017 (19)

Selon l'âge les motivations à consommer sont différentes. Les jeunes adultes consomment surtout pour le goût de l'alcool, la sensation qu'il procure, ainsi que des fêtes mieux réussies. Alors que les personnes âgées de plus de 55 ans déclarent plus fréquemment consommer de l'alcool, car elles le pensent bon pour la santé et faisant partie d'une alimentation équilibrée (figure 5).

1.2.3 Les femmes enceintes

En 2017, 12 % des femmes enceintes déclaraient avoir consommé de l'alcool durant leur dernière grossesse, quasi exclusivement « pour une grande occasion » et en très faibles quantités. En 2020, le repère « zéro alcool pendant la grossesse » est connu par 9 personnes sur 10 (20).

L'éthanol est reconnu comme un agent tératogène. Il passe la barrière placentaire et ses concentrations plasmatiques maternelles et fœtales sont équivalentes (21).

Il est toxique à tous les stades de la grossesse. Le cerveau fœtal est sensible aux effets délétères de l'alcool tout au long de la vie intra-utérine, avec des répercussions différentes en fonction de l'âge gestationnel. Il semble qu'il y ait un continuum dans la sévérité des anomalies fœtales induites par l'alcool en fonction du degré

d'imprégnation maternelle, et, peut-être de facteurs individuels (génétiques, nutritionnels ou environnementaux). Plus l'imprégnation maternelle est importante et fréquente, plus les effets fœtaux sont sévères et nombreux.

L'alcoolisation fœtale est la 1^{re} cause de handicap non génétique en France (22).

En effet une consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner le développement chez l'enfant de TCAF (troubles causés par l'alcoolisation fœtale). Ils englobent diverses atteintes liées à l'alcoolisation fœtale (SAF partiel, malformations, atteintes neurocomportementales). La forme la plus sévère est le SAF, il est surtout associé à une consommation régulière d'une quantité importante d'alcool (12, 21).

Le SAF est reconnu comme une anomalie congénitale. Sa prévalence est difficile à estimer à cause d'un diagnostic compliqué mais elle serait d'environ 1 naissance sur 1 000 en France. Il se définit dans sa forme complète par (3, 21) :

- Un retard de croissance intra-utérin, et post-natal.
- Une dysmorphie faciale à la naissance caractérisée par :
 - o La face allongée
 - o Une petite fente palpébrale, ptosis des paupières
 - o Un philtrum long et convexe, une lèvre supérieure fine
 - o Une hypoplasie nasale et ensellure marquée
 - o Un rétrognathisme
 - o Des oreilles bas implantées et mal ourlées
 - o Une hypertrichose

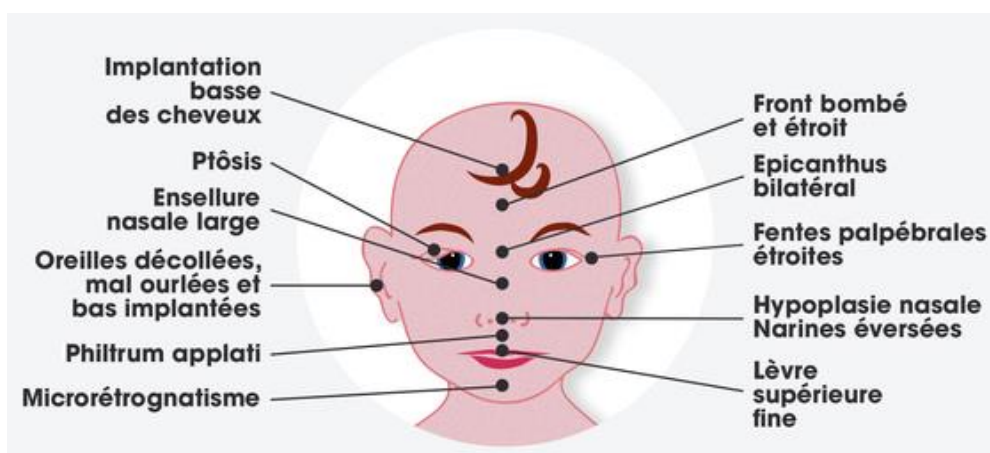


Figure 7 : Schéma des dysmorphies crânio-faciales caractéristiques du SAF (23)

- Une microcéphalie accompagnée d'un retard mental plus ou moins marqué (le QI moyen est de 75), des malformations cérébrales et des troubles neurodéveloppementaux variés (troubles du langage, de la motricité fine, de l'attention, instabilité, etc.), qui se manifesteront à distance de la naissance.
- D'autres malformations : cardiopathies, anomalies oculaires, squelettiques...

L'alcool peut entraîner des conséquences obstétricales (23) :

- Avortement spontané, mort fœtale *in utero*
- Prématurité
- En période néonatale : syndrome d'imprégnation ou syndrome de sevrage avec hyperexcitabilité.

Par principe de précaution, les recommandations françaises sont de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse, et même de s'abstenir dès lors qu'il y a un projet de grossesse. Il est également recommandé d'éviter de consommer lors de la période de l'allaitement car le délai nécessaire à l'élimination de l'alcool dans le lait maternel après une consommation est long (20). Pour exemple, si une femme qui allaite boit 1 ou 2 verres d'alcool, elle devrait attendre entre 2 et 3 heures avant de redonner le sein (24).

Cependant, l'option « zéro alcool » ne doit pas induire une inquiétude chez les femmes ignorant leur grossesse qui ont consommé de l'alcool. Une analyse au cas par cas doit être effectuée afin d'essayer de préciser la réalité d'un risque éventuel (en particulier pour les fortes alcoolisations ponctuelles), et de corriger cette consommation pour le reste de la grossesse (21).

1.2.4 Les personnes âgées

Le nombre moyen de verres consommés par jour de consommation chez la personne âgée a tendance à décroître avec l'âge (3,3 verres parmi les 18-24 ans à 1,7 verres parmi les 65-75 ans). Mais à l'inverse, le nombre de jours de consommation augmente, passant de 67 jours de consommation parmi les plus jeunes à 152 jours parmi les plus âgés. 26 % des 65-75 ans déclarent une consommation quotidienne d'alcool (18).

En vieillissant, l'alcool est moins bien toléré par l'organisme. L'alcoolémie augmente plus rapidement, en raison d'un volume de distribution amoindri en lien avec une diminution du poids et de la masse musculaire. Il persiste plus longtemps dans l'organisme car le foie est de moins en moins efficace avec l'âge. Ainsi, pour une même quantité d'alcool consommée l'alcoolémie sera plus élevée, l'élimination plus lente et les effets de la consommation plus rapide (3).

Les conséquences de la consommation d'alcool chez les personnes âgées sont liées aux troubles de la perception (vue, ouïe) et de l'équilibre à l'origine de chutes, des troubles cognitifs ou du comportement, la survenue d'une confusion mentale, ou encore des comorbidités médicales. Par ailleurs, l'alcool peut modifier les effets de certains traitements médicamenteux ou augmenter l'apparition de leurs effets indésirables (3). C'est pour cela que chez le sujet âgé, la présence de chutes à répétition, ou l'apparition ou l'aggravation de troubles cognitifs ou psychiatriques, doivent inciter à rechercher un mésusage de l'alcool (25).

Les repères de consommation sont ainsi revus à la baisse après 65 ans. Il est recommandé : de ne pas dépasser 2 verres par occasion, d'avoir au moins 2 jours sans consommation dans la semaine et de ne pas dépasser 7 verres par semaine (3).

1.3 Les niveaux d'usage

On considère 5 catégories d'usage de l'alcool

- Le non-usage
- L'usage à faible risque
- Le mésusage, qui rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui risquent d'en entraîner.
 - o L'usage à risque
 - o L'usage nocif
 - o L'usage avec dépendance

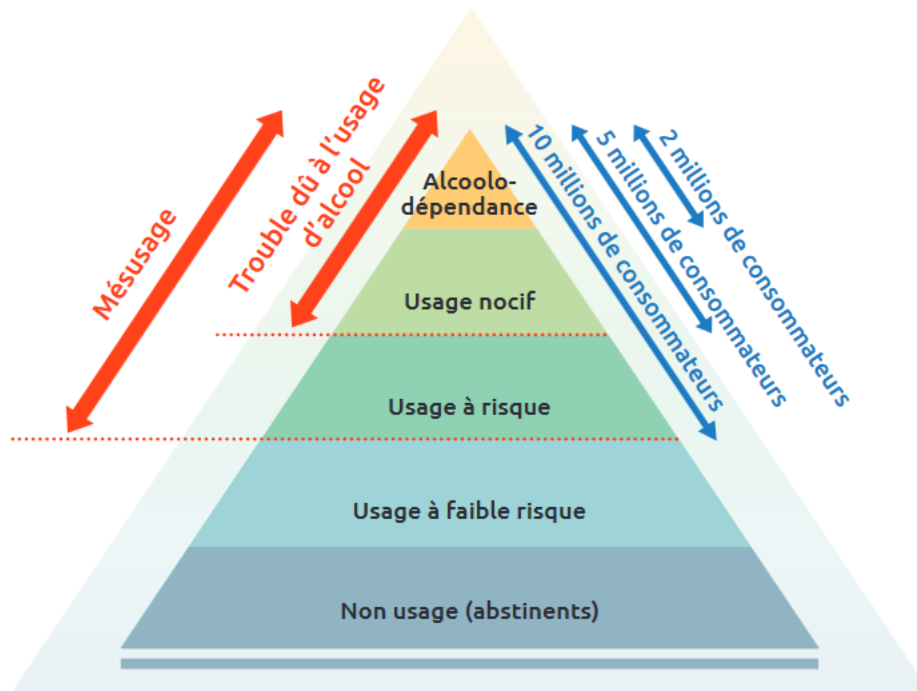


Figure 8 : Pyramide de Skinner (3)

Le non-usage, l'usage à faible risque et l'usage à risque représentent les formes d'usages asymptomatiques, pour lesquelles il n'existe pas ou pas encore de conséquences manifestes de l'usage.

Les troubles dus à l'usage d'alcool, représentés par l'usage nocif et l'usage avec dépendance, correspondent aux formes symptomatiques de l'usage, c'est-à-dire qui se traduisent par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical (25).

1.3.1 Le non usage ou l'abstinence (25)

Le non usage est défini par l'absence de consommation d'alcool.

Il existe 2 types de non usage.

- **Le non usage primaire** quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, pré-adolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et / ou culturelles chez l'adulte).
- **Le non usage secondaire** quand il s'agit d'une absence de consommation d'alcool après une période de mésusage.

1.3.2 L'usage à faible risque ou usage simple (25, 26)

L'usage à faible risque est une consommation d'alcool inférieure ou égale aux repères de consommation définis par Santé Publique France (SPF) et qui ne cause pas de problèmes somatiques ni de dommages corporels. L'usage peut être occasionnel, intermittent ou continu.

Les repères de consommation depuis 2017 de SPF sont :

- De ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine
- De ne pas consommer plus de 2 verres par jour pour les hommes et les femmes
- De prévoir des jours sans consommation au cours de la semaine

Un verre standard correspond à un verre d'alcool servi dans un bar : 10 grammes d'alcool pur

Les équivalences entre verres standards

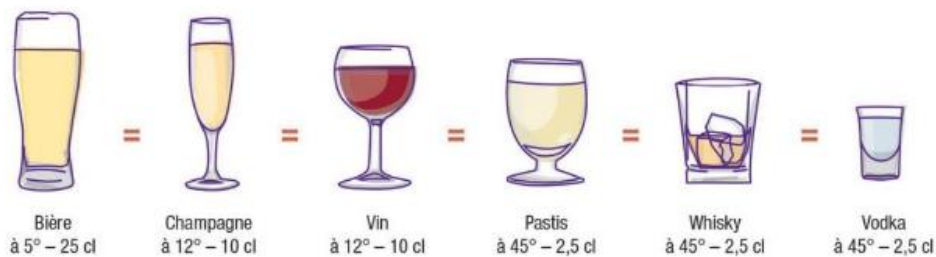


Figure 9 : Un verre standard d'alcool (28)

Formule pour calculer la quantité d'alcool de son verre (en gramme) :

$$\text{Volume (en ml)} \times \text{degré d'alcool (en \%)} \times \text{densité (0,8)}$$

1.3.3 L'usage à risque (10, 25)

L'usage à risque est la forme la moins sévère du mésusage et est asymptomatique mais est susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages.

Il s'agit d'un mode de consommation d'alcool qui augmente sensiblement le risque de conséquences néfastes pour la santé physique ou mentale de l'utilisateur ou d'autrui.

Ce risque peut être quantitatif avec une consommation ponctuelle ou régulière qui est supérieure aux repères de consommation et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social. Ou il peut être situationnel avec

une consommation inférieure aux repères de consommation mais associée à une situation à risque : conduite de véhicule, consommation d'autres toxiques, consommation précoce, risque de contamination sexuelle.

1.3.4 Les troubles dus à l'usage d'alcool

Les définitions et classifications des troubles liés à la consommation d'alcool sont décrites par deux systèmes de classification des maladies : le DSM de l'APA et la CIM de l'OMS (27).

Le DSM IV et la CIM 10 et 11 proposent deux diagnostics hiérarchisés : l'usage nocif ou abus et la dépendance.

- **Usage nocif (10)** : Alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social du sujet ou de son entourage quel que soit la fréquence et le niveau de consommation. Elle se différencie de la dépendance par l'absence de perte de contrôle et de syndrome de manque.
- **Usage avec dépendance ou alcoolodépendance** : La dépendance est considérée comme la forme la plus sévère des troubles dus à l'usage d'alcool. Elle se différencie de l'usage nocif par la perte de contrôle et la présence du syndrome de manque. Elle ne se définit pas par des seuils de consommations (10, 25).

Encadré 6 - Syndrome de dépendance (CIM-11)

La dépendance à l'alcool est un trouble du contrôle de la consommation d'alcool résultant d'une consommation répétée ou continue d'alcool. Elle se caractérise par une forte pulsion interne de consommer de l'alcool, qui se manifeste par une altération de la capacité à contrôler la consommation, une priorité croissante accordée à la consommation par rapport à d'autres activités et la persistance de la consommation malgré les dommages ou les conséquences négatives. Ces expériences sont souvent accompagnées d'une sensation subjective d'envie ou de besoin impérieux de consommer de l'alcool. Les caractéristiques physiologiques de la dépendance peuvent également être présentes, notamment la tolérance aux effets de l'alcool, les symptômes de sevrage après l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool, ou la consommation répétée d'alcool ou de substances pharmacologiquement similaires pour prévenir ou atténuer les symptômes de sevrage. Les caractéristiques de la dépendance se manifestent généralement sur une période d'au moins 12 mois, mais le diagnostic peut être posé si la consommation d'alcool est continue (quotidienne ou quasi quotidienne) pendant au moins 3 mois.

Figure 10 : Définition de la dépendance d'après la CIM-11 (25)

Le DSM-5 propose un diagnostic à 11 critères : *alcohol use disorder* (traduit par « trouble de l'usage de l'alcool ») avec trois niveaux de sévérité : léger (au moins 2 critères présents sur 11), moyen (au moins 4) et grave ou sévère (au moins 6) (25). Un trouble de l'usage sévère étant considéré comme une addiction certaine et la dépendance correspondant à au moins 4 critères ou plus (28).

Encadré 7 - Trouble de l'usage d'une substance (DSM-5)

Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation de l'alcool.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4. Envies impérieuses (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool
 - b. L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Sévérité actuelle :

Léger : Présence de 2 – 3 symptômes

Moyen : Présence de 4 – 5 symptômes

Grave : Présence de six symptômes ou plus

Figure 11 : Critères du trouble de l'usage de l'alcool : DSM -5 (25)

1.4 Les conséquences néfastes de l'alcool

La consommation de boissons alcoolisées provoque des dommages sanitaires et sociaux.

Les dommages sanitaires se définissent comme l'ensemble des maladies et traumatismes provoqués par la consommation d'alcool. Ils dépendent des quantités absorbées, des modalités d'usage et de nombreux autres facteurs environnementaux et individuels.

Les dommages sociaux correspondent aux répercussions négatives de la consommation d'alcool dans la vie sociale des consommateurs et celles qui en découlent sur leur entourage (relations personnelles, professionnelles, comportements inadaptés de type violent ou délinquant). Ils diminuent leur qualité de vie et entraînent des dommages chez leurs proches et pour la collectivité (29).

1.4.1 Les chiffres

D'après l'enquête de santé publique France en 2017, 87 % des 18-75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année, 21 % déclaraient avoir connu

une ivresse dans l'année, 10 % étaient des consommateurs quotidiens et 5 % consommaient six verres ou plus en une même occasion toutes les semaines (18).

En France, on estime que 25 % des français dépassent les repères de consommation (22). Ces consommations excessives sont davantage le fait des hommes (33,2 %) que des femmes (14,7 %). D'après le baromètre santé publique France 2020, les populations ayant le plus de risques de dépasser ces repères de consommation sont les femmes ayant un diplôme élevé, les hommes au chômage et les hommes et femmes ayant des revenus élevés (30).

Au niveau mondial, l'alcool est considéré comme le troisième facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac (31).

En France, l'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac.

Les derniers chiffres de la mortalité attribuable à l'alcool en France sont ceux de 2015. Ainsi en 2015, l'alcool était à l'origine de 41.000 décès dont 30.000 chez les hommes et 11.000 chez les femmes, soit respectivement 11 % et 4 % de la mortalité des adultes de quinze ans et plus (32)

Les causes des décès attribuables à l'alcool étaient : *(Cf figure 12)*

- 16.000 décès par cancers
- 9.900 dus à des maladies cardiovasculaires
- 6.800 dus à une cirrhose
- 5.400 dus à un accident ou un suicide
- Plus de 3.000 par une autre maladie (maladies mentales, troubles du comportement, etc.)

Le coût des conséquences liées à la consommation d'alcool pour la société est gigantesque, avec un coût social proche de 118 milliards d'euros par an, à peu près équivalent à celui du tabac. Ce coût a été calculé en prenant en compte la perte de qualité de vie, la perte de productivité, les dépenses de prévention, de répression, de soin et en intégrant les recettes des taxes prélevées sur l'alcool ou encore les économies liées aux retraites non versées (22).

Cause de décès	Hommes			Femmes			Total		
	Décès	Fraction attribuable (%)	Décès attribuable	Décès	Fraction attribuable (%)	Décès attribuable	Décès	Fraction attribuable (%)	Décès attribuable
Cancer	91 133	13,6	12 358	67 532	5,3	3 573	158 665	10,0	15 931
Bouche	1 188	78,1	927	547	37,1	203	1 735	65,1	1 130
Pharynx	1 764	78,2	1 380	367	39,0	143	2 131	71,5	1 523
Œsophage	2 970	75,6	2 245	871	39,3	342	3 841	67,4	2 587
Côlon et rectum	9 178	30,4	2 791	7 828	8,2	645	17 006	20,2	3 436
Foie	6 100	73,7	4 499	2 300	17,1	394	8 400	58,2	4 893
Larynx	918	56,2	516	157	21,7	34	1 075	51,2	550
Sein	–	–	–	12 294	14,7	1 812	–	–	–
Maladie cardiovasculaire	65 651	8,9	5 872	76 232	5,3	4 025	141 883	7,0	9 897
Maladie hypertensive	3 643	30,3	1 105	6 700	13,8	924	10 343	19,6	2 029
Cardiopathie ischémique	19 798	1,3	257	13 620	2,3	314	33 418	1,7	571
Cardiomyopathie alcoolique	77	100	77	18	100	18	95	100	95
Arythmie cardiaque	2 749	51,9	1 426	3 120	21,1	659	5 869	35,5	2 085
Accident vasculaire cérébral hémorragique	6 466	32,8	2 124	8 499	21,5	1 830	14 965	26,4	3 954
Accident vasculaire cérébral ischémique	5 981	13,4	801	9 486	2,7	254	15 467	6,8	1 055
Varices œsophagiennes	82	100	82	26	100	26	108	100	108
Maladie digestive	12 464	39,7	4 951	10 935	16,7	1 829	23 399	29,0	6 780
Gastrite alcoolique	1	100	1	0	100	0	1	100	1
Maladie alcoolique du foie	3 164	100	3 164	1 053	100	1 053	4 217	100	4 217
Hépatite chronique sans précision	14	100	14	6	100	6	20	100	20
Fibrose et cirrhose du foie	1 781	100	1 781	785	100	785	2566	100	2566
Cholélithiase	147	– 45,6	– 67	223	– 9,0	– 20	370	– 23,5	– 87
Pancréatite	83	69,9	58	23	21,7	5	106	59,4	63
Externes (accidents et suicides)	22 219	20,5	4 562	15 518	6	870	37 737	14	5 432
Autres maladies	82 993	3,1	2 607	107 090	0,4	433	190 083	1,6	3 040
Diabète de type 2	3 877	2,9	114	3 921	– 5,6	– 221	7 798	– 1,4	– 107
Encéphalopathie de Wernicke	7	100	7	5	100	5	12	100	12
Maladie mentale due à l'alcool	1 994	100	1 994	496	100	496	2 490	100	2 490
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	44	100	44	11	100	11	55	100	55
Épilepsie et mal épileptique	818	53,2	435	786	17,7	139	1 604	35,8	574
Polynévrite alcoolique	13	100	13	3	100	3	16	100	16
Total	287 198	10,6	30 350	288 844	3,7	10 730	576 042	7,1	41 080

Figure 12 : Nombre total de décès, fraction et nombre attribuables à l'alcool, par sexe et cause détaillée de décès, en France métropolitaine en 2015 (adultes de plus de 15 ans) (32)

La consommation d'alcool est responsable de plus de 200 maladies et atteintes diverses (22) et de 80.000 hospitalisations. Je développerai ci-dessous de façon non exhaustive quelques complications liées à la consommation d'alcool.

1.4.2 Les conséquences liées à l'ivresse aiguë

Les accidents de la circulation : la consommation d'alcool augmente le risque d'être responsable d'un accident de la route mortel. Ce risque augmente très rapidement en fonction du taux d'alcool dans le sang : il est multiplié par 6 pour un taux compris entre 0,5 et 0,8 g/l, et par 40 pour un taux supérieur à 2 g/l (33). Selon les chiffres de la sécurité routière, l'alcool est responsable de 30 % de la mortalité routière (34).

Des risques sociaux avec des comportements à risque : auto-agressivité, hétéro-agressivité et notamment des violences conjugales, agressions. L'effet désinhibiteur de l'alcool entraîne aussi des comportements à risque comme des rapports sexuels non protégés et / ou non désirés (29).

Le coma éthylique : il survient en moyenne chez un adulte avec des doses supérieures à 3 grammes d'alcool pur par litre de sang (la dose mortelle varie suivant les individus et leur accoutumance à l'alcool) (29).

1.4.3 Les conséquences liées à un usage chronique

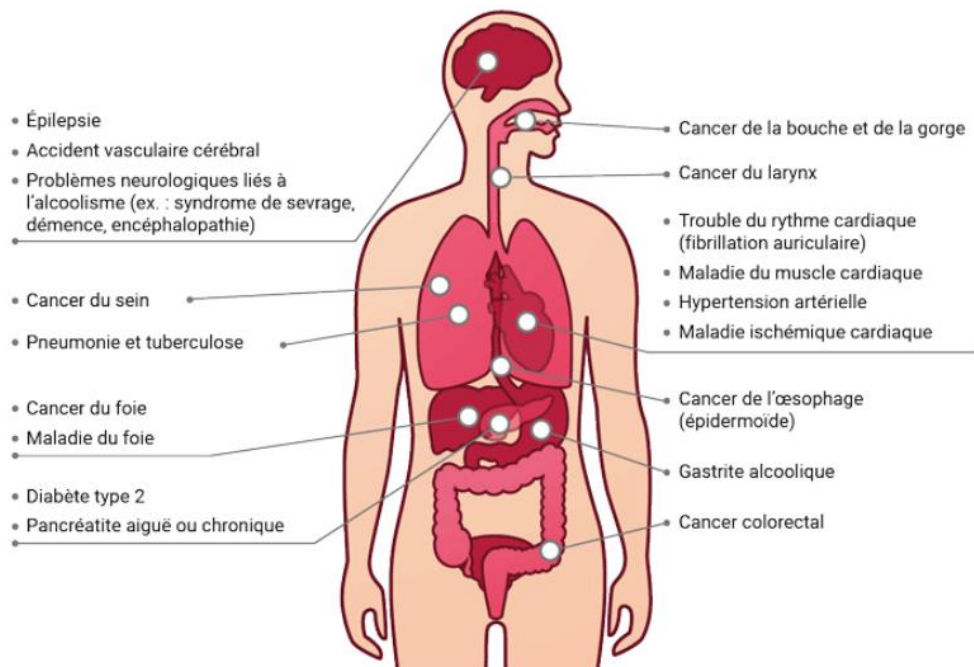


Figure 13 : Les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool (35)

Les cancers :

Ils sont la première cause de décès associés à la consommation d'alcool.

L'alcool est classé comme une molécule cancérigène avérée depuis 1988 par le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) (31).

L'alcool représente la deuxième cause évitable de mortalité par cancer après le tabac. Il est responsable chaque année de 28.000 nouveaux cas soit une proportion de 8 % des cancers et ce, quel que soit le type de boisson et le niveau de consommation d'alcool, y compris faible à modéré, mais le risque de cancer augmente avec la dose totale consommée (36).

Indicateur	Hommes	Femmes	Total	% attrib.
Cancer	16 000	12 000	28 000	8 %
Sein	-	8100	8100	15 %
Bouche, pharynx, larynx	6100	900	7000	50 %
Colorectal	4600	2100	6700	16 %
Foie	4100	300	4400	48 %
Esophage	1500	300	1800	58 %

Figure 14 : Estimation des nombres de cancers attribuables à l'alcool en France en 2015 (37).

Comme le montre la figure 14, la plus grande proportion de cancers attribuables à l'alcool concerne l'œsophage, la cavité orale et le foie. Pour le cancer du sein, le risque augmente dès une consommation de moins d'un verre par jour. Pour le cancer du foie, le risque apparaît à partir d'une consommation supérieure à 4 verres par jour (36).

Les effets de l'alcool sont renforcés quand ils sont associés à ceux du tabac : leurs actions conjointes augmentent considérablement les risques de cancer des voies aérodigestives supérieures. On estime par exemple que le risque de développer un cancer de la cavité buccale peut être multiplié par 45 chez les grands consommateurs de tabac et d'alcool (36).

Conséquences cardiovasculaires et métaboliques (8, 38) :

French paradox : une consommation d'alcool, contenant des polyphénols, inférieures ou égales à 1 verre d'alcool, semble associée à une diminution du risque d'événements cardiovasculaires comparativement aux personnes abstinantes.

Cependant l'alcool n'entraîne pas uniquement des risques cardiovasculaires et la consommation quotidienne d'alcool, même à faibles doses, peut entraîner des conséquences négatives comme vu précédemment.

HTA (39)	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la tension artérielle de manière dose dépendante à partir d'une consommation de 20 g/j d'alcool - De 5 à 7 % des cas seraient dus à une consommation excessive d'alcool - Il faut systématiquement rechercher une consommation d'alcool lors d'un diagnostic d'HTA - Le <i>binge drinking</i> augmente aussi la pression artérielle - La tension artérielle diminue dans la majorité des cas s'il y a une réduction de la consommation
AVC (40)	<ul style="list-style-type: none"> - AVC hémorragique : conséquence de l'HTA, trouble de l'hémostase lié aux lésions du foie - AVC ischémique : conséquence de la FA, du diabète, d'une surcharge pondérale
Arythmie cardiaque (41)	<ul style="list-style-type: none"> - Fibrillation auriculaire : le risque est dose-dépendante dès la consommation d'1 à 2 verres standards par jour, peut entraîner un AVC - Le <i>holiday heart syndrome</i> ou syndrome cardiaque des fêtes : arythmie cardiaque faisant suite à une période de consommation excessive d'alcool. Apparaît surtout chez les consommateurs réguliers d'importante quantité d'alcool
Autres	Coronaropathie, myocardiopathie dilatée
Diabète	<ul style="list-style-type: none"> - À faible dose (< 20 g/j) : le risque de diabète de type 2 est diminué par augmentation de la sensibilité à l'insuline et augmentation des HDL - À forte dose (> 50 g/j chez la femme ou 60 g/j chez l'homme) : le risque de diabète de type 2 est augmenté par résistance à l'insuline. - De plus l'alcool favorise l'obésité et la stéatose hépatique
Crise de goutte	<ul style="list-style-type: none"> - Concerne surtout la consommation de bière - Augmentation de la sécrétion d'acide urique et donc favorise une hyperuricémie

Figure 15 : Les complications cardiovasculaires et métaboliques

Conséquences digestives :

- Gastrite aiguë et chronique :

Au niveau de l'estomac l'alcool est la première cause d'inflammation aiguë (gastrite aiguë érosive). Il peut aussi être responsable de gastrite chronique qui peut diminuer l'absorption de certaines substances et vitamines (notamment la vitamine B12) et entraîner des carences (42).

- Maladie hépatique alcoolique :

Les conséquences hépatiques de la consommation excessive d'alcool représentent la première cause de décès liée à une maladie hépatique dans les pays occidentaux et tout particulièrement en Europe et en France. C'est aussi la première cause de transplantation hépatique en France, que ce soit pour la cirrhose décompensée ou pour le carcinome hépatocellulaire (43).

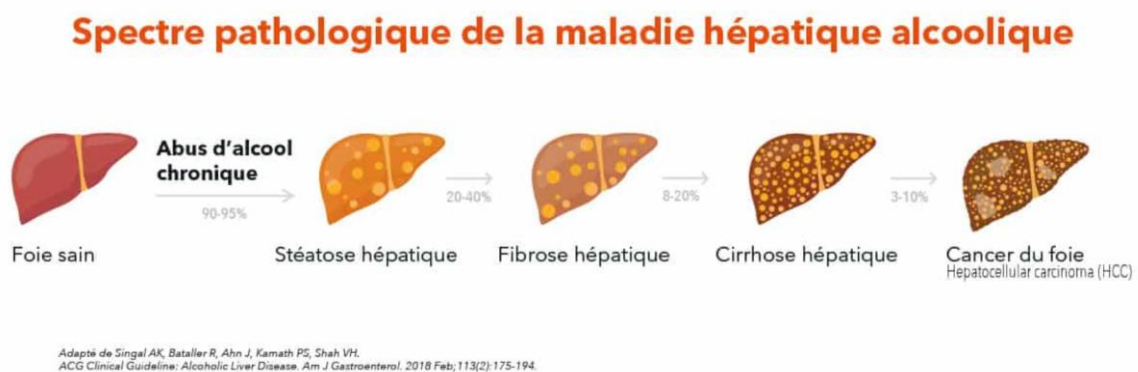


Figure 16 : La maladie hépatique alcoolique (44)

La première conséquence hépatique d'une consommation chronique d'alcool est la stéatose hépatique. C'est une accumulation de triglycérides à l'intérieur des cellules du foie. Elle est en général asymptomatique mais on peut observer chez le tiers des malades une hépatomégalie. Ce stade est réversible si la consommation d'alcool est arrêtée. On observe une stéatose hépatique chez 90 % des buveurs chroniques (45, 46).

Si la consommation d'alcool se poursuit, alors une inflammation peut apparaître, liée à la réaction du système immunitaire et une nécrose des cellules du foie. Le foie en essayant de réparer et de remplacer les cellules endommagées va former une quantité anormalement abondante de tissu cicatriciel : c'est ce qu'on appelle la fibrose. En s'aggravant, le tissu cicatriciel s'accumule et modifie totalement le tissu

hépatique, le foie devient dur, pierreux : c'est la cirrhose. Progressivement, le foie ne remplit plus ses fonctions et des symptômes vont apparaître, comme un ictère (jaunisse), des œdèmes des membres inférieurs, une ascite (présence de liquide dans l'abdomen), des angiomes stellaires, des troubles neurologiques (encéphalite hépatique), une hypertension portale entraînant l'apparition de varices dans l'œsophage, qui peuvent se rompre et conduire à une hémorragie digestive. Enfin la cirrhose peut évoluer vers un cancer du foie (47, 48).

L'hépatite aiguë alcoolique correspond à la présence de lésions nécrotico-inflammatoires. Ses manifestations dépendront du stade de la maladie et notamment du développement de la fibrose associée (49) :

- aux stades précoces, les lésions sont rarement symptomatiques, mais elles accélèrent l'évolution vers la cirrhose
- à un stade plus tardif, et notamment en cas de cirrhose, elles peuvent être responsables d'une dégradation rapide de la fonction hépatique qui se traduira par un ictère

- Pancréatites (50, 51) :

La consommation d'alcool de manière chronique est la première cause de pancréatite chronique en Occident et est responsable de 80 % des cas de ce type de pancréatite.

La pancréatite est une maladie inflammatoire du pancréas. Elle est responsable du développement d'une fibrose du parenchyme entraînant à long terme le développement d'une insuffisance pancréatique exocrine puis endocrine. Le premier symptôme est une douleur très vive au niveau de l'épigastre et irradiant dans le dos. Les douleurs sont déclenchées ou aggravées par les repas et, de fait, le malade a tendance à diminuer ses prises alimentaires pour éviter la douleur, ce qui peut entraîner un amaigrissement. En règle générale, après une ou deux décennies d'évolution, au fur et à mesure de la destruction progressive de la glande pancréatique, la douleur disparaît alors qu'apparaissent des complications comme l'insuffisance pancréatique exocrine ou endocrine entraînant par exemple du diabète.

Conséquences neurologiques et psychiatriques (8) :

<p>Troubles du sommeil (52)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Très fréquents - Souvent un cercle vicieux, consommation d'alcool au début pour favoriser l'endormissement mais dès le passage à la chronicité, l'alcool entraîne des insomnies d'endormissement et / ou de maintien selon la dose et l'horaire d'ingestion : <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du temps d'endormissement - Diminution du temps total de sommeil - Altération des stades du sommeil : augmentation du sommeil lent profond au détriment du sommeil paradoxal - Fragmentation du sommeil en 2^e partie de nuit : réveils avec rêves intenses, cauchemars - L'alcool favorise les pathologies nocturnes : <ul style="list-style-type: none"> - Jambes sans repos : mouvements périodiques dus à une polyneuropathie des membres inférieurs - Apnées du sommeil, ronflement car l'alcool entraîne une relaxation musculaire et une dépression du SNC.
<p>Complications psychiatriques (3, 53, 54)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Dépressions : au moment du sevrage de l'alcool, 80 % des patients présentent des symptômes dépressifs, dont un tiers est une dépression avérée - Suicide : le risque de suicide est trois fois plus élevé et le fait d'avoir de l'alcool dans le sang augmente de 9,6 fois le risque de passer à l'acte - Les prévalences de la schizophrénie, des troubles bipolaires, psychotiques et de personnalités anxieuses, antisociales, <i>borderline</i> sont plus importantes <p>L'alcool peut favoriser le déclenchement d'une pathologie psychiatrique et une pathologie psychiatrique peut entraîner un trouble de l'usage de l'alcool => face à un patient présentant un problème d'alcool, il faut chercher systématiquement la présence d'une comorbidité psychiatrique et à l'inverse chez un patient présentant un trouble mental il faut chercher une comorbidité addictologique</p>
<p>Neuropathies périphériques (6)</p>	<p>Essentiellement des membres inférieurs et du nerf optique</p>
<p>Troubles cognitifs (3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Présents chez 50 à 70 % des patients hospitalisés pour une dépendance à l'alcool - La sévérité des troubles est liée :

	<ul style="list-style-type: none"> - à l'âge de la première consommation - à l'âge d'apparition de la dépendance - à la quantité totale d'alcool consommée - à la sévérité des carences nutritionnelles <p>Repérage par des tests : le MoCA ou l'échelle <i>BEARNI</i> (Annexe 1 et 2)</p>
Encéphalopathie hépatique	Concerne 30 à 80 % des cirrhotiques
Démence (12)	<ul style="list-style-type: none"> - Touche la mémoire, la pensée et le comportement - Détérioration progressive des capacités cognitives et de la gestion de sa vie quotidienne - Atrophie cérébrale avec une diminution du volume de substance grise
Syndrome de Gayet-Wernicke (6)	<ul style="list-style-type: none"> - Carence nutritionnelle en vitamine B1 (thiamine) - Présent chez 30 % des patients hospitalisés pour un sevrage de l'alcool - Sous-diagnostiqué et sous-traité - Symptômes : état confusionnel, atteintes oculomotrices et troubles cérébelleux - Si non pris en charge évolution possible vers un syndrome de Korsakoff
Syndrome de Korsakof	<ul style="list-style-type: none"> - Amnésie antérograde, désorientation temporo-spatiale, fabulation, fausses reconnaissances - Se développe chez 80 % des personnes atteintes d'encéphalopathie de Wernicke non traitée
Épilepsie	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} cause d'épilepsie tardive de l'adulte (25 %) - Crises spontanées, sous forme de convulsions - Crises lors du sevrage, le risque d'en faire une 2nd augmente => peut apparaître même hors sevrage

Figure 17 : Les conséquences neurologiques et psychiatriques

2. La dépendance à l'alcool

L'alcoolodépendance se définit comme la nécessité psychique et physique de boire de l'alcool (*craving*, envie irréprouvable de consommer en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives), associée à l'accoutumance et au syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation. Cette maladie entraîne l'incapacité d'assumer normalement ses tâches quotidiennes, mais aussi, fréquemment, une détresse psychosociale, des troubles psychiques (dépression par exemple) et organiques (55).

Elle est le stade le plus sévère des troubles de l'usage de l'alcool. Il faut percevoir l'alcoolodépendance comme une maladie chronique qui demande une prise en charge globale de longue durée afin de diminuer le risque de rechute (12).

Plusieurs facteurs influencent le risque de dépendance (figure 18). Le développement d'une addiction est le résultat de l'interaction entre un individu, un produit, un environnement, à un moment donné et dans un contexte particulier (3).

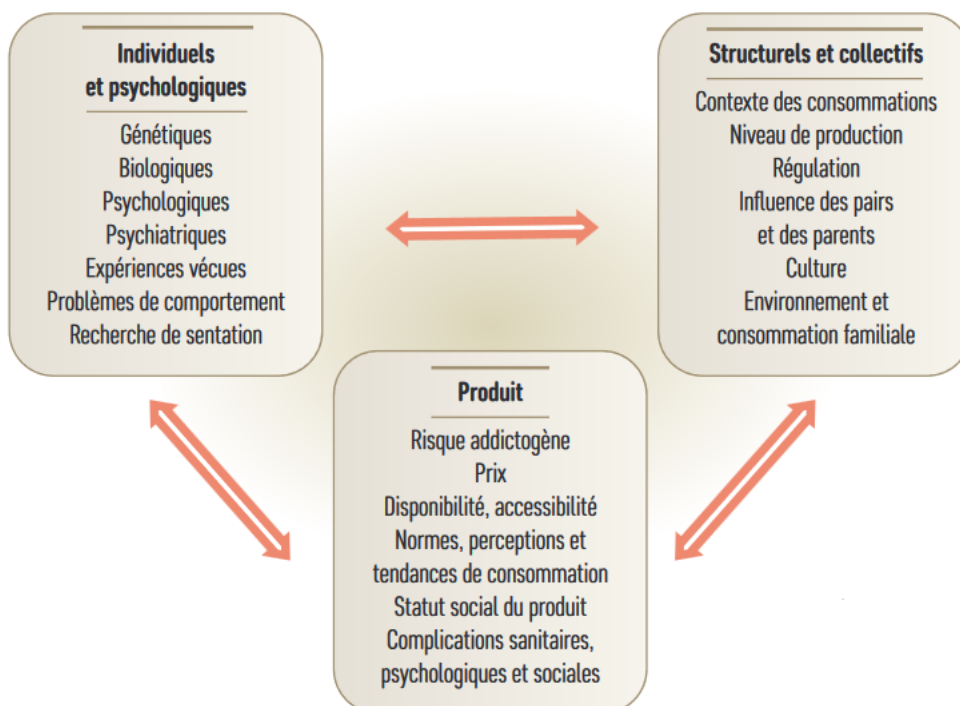


Figure 18 : Facteurs influençant le risque de dépendance (3)

Les facteurs jouant un rôle majeur dans le risque de développer une alcoolodépendance sont (3, 22, 56) :

- **L'âge de la première consommation** : un début de la consommation dès l'âge de 11–12 ans multiplie par dix le risque de développer une dépendance par rapport à une initiation vers 18 ans. Le *binge drinking* entre 18 et 25 ans, multiplie par 3 le risque de devenir alcoolodépendant.
- **La génétique** avec des antécédents familiaux de troubles dus à l'usage d'alcool : certains gènes pourraient compter pour 50 % de la prédisposition d'une personne à devenir alcoolodépendante.
- **Le sexe** : les femmes sont davantage prédisposées à la dépendance chronique à l'alcool.
- **Les facteurs socio-économiques** : contexte familial défavorable, métiers peu qualifiés et pénibles, les aspects éducatifs et le rapport familial à l'alcool etc.
- **Les facteurs culturels** : la pression sociale lors d'événements festifs, recherche du plaisir immédiat etc.
- **Les troubles psychiques** : symptômes de dépression, anxiété etc.

2.1 Épidémiologie

On estime entre 1,5 et 2 millions le nombre de personnes alcoolodépendantes en France soit environ 3 % de la population (3, 57). Seulement 10 % de ces patients seraient traités (8). Le nombre de rechutes après une prise en charge résidentiel (postcure) est important (entre 60 et 85 %) (57).

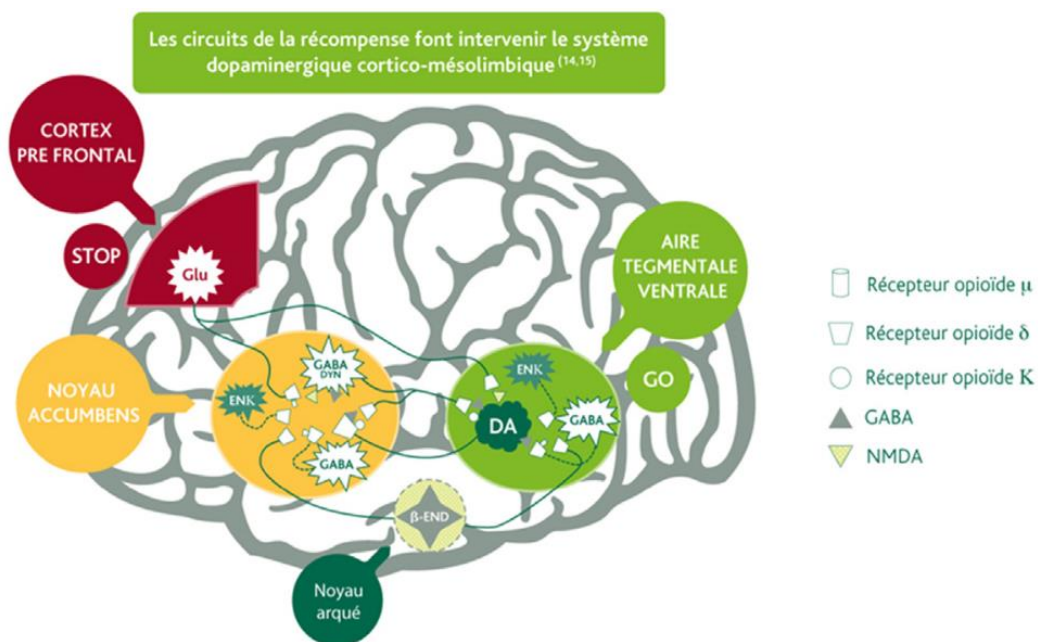
2.2 Mécanisme de l'alcoolodépendance

L'alcoolodépendance est une addiction à une substance : l'alcool. Son mécanisme est similaire à celui des autres addictions. La consommation répétée d'alcool va modifier le circuit de la récompense et entraîner une perte de contrôle de la consommation.

2.2.1 Circuit de la récompense (3, 58, 59)

La consommation d'alcool repose, dans un premier temps, sur le renforcement positif. Lorsqu'un individu consomme de l'alcool, son cerveau produit de la dopamine qui active le circuit de la récompense (figure 19).

Pour revivre ces effets positifs, la personne a tendance à réitérer la consommation. Cette consommation répétée va modifier le circuit de la récompense. Après un certain temps, et quand la dépendance s'installe, le taux de dopamine libérée à chaque consommation diminue progressivement, rendant le circuit de la récompense beaucoup moins sensible à tous les stimuli qui le stimulent habituellement (alimentation, relation sociale, activité sexuelle etc.). Par ailleurs, les décharges répétées de dopamine conduisent à une modification du fonctionnement de l'amygdale cérébrale, rendant l'individu plus stressé, avec des émotions plus négatives (dysphorie) (figure 20). La consommation est alors motivée par le renforcement négatif, la personne consomme pour éviter de subir les effets négatifs liés au manque de la substance.



DA : dopamine, Glu : glutamate, β-END : β-endorphine, ENK : enképhaline, DYN : dynorphine

Figure 19 : Le circuit cérébral de la récompense et les neuromédiateurs impliqués (59)

Le circuit de la récompense commence au niveau de l'aire tegmentale ventrale qui projette des neurones dopaminergiques vers divers noyaux du système limbique

notamment le noyau accumbens ainsi que vers le cortex préfrontal. L'alcool va interagir avec ce système via des interactions complexes avec d'autres systèmes de neurotransmetteurs (peptides opioïdes, GABA, Glutamate, endocannabinoïdes).

Walker et al. Alcohol 2012;46(4):359-370
 Spanagel et al. Proc Natl Acad Sci U S A 1992;89(6):2046-2050.
 Pan. Trends Pharmacol Sci 1998;19(3):94-98

Patient dépendant + alcool

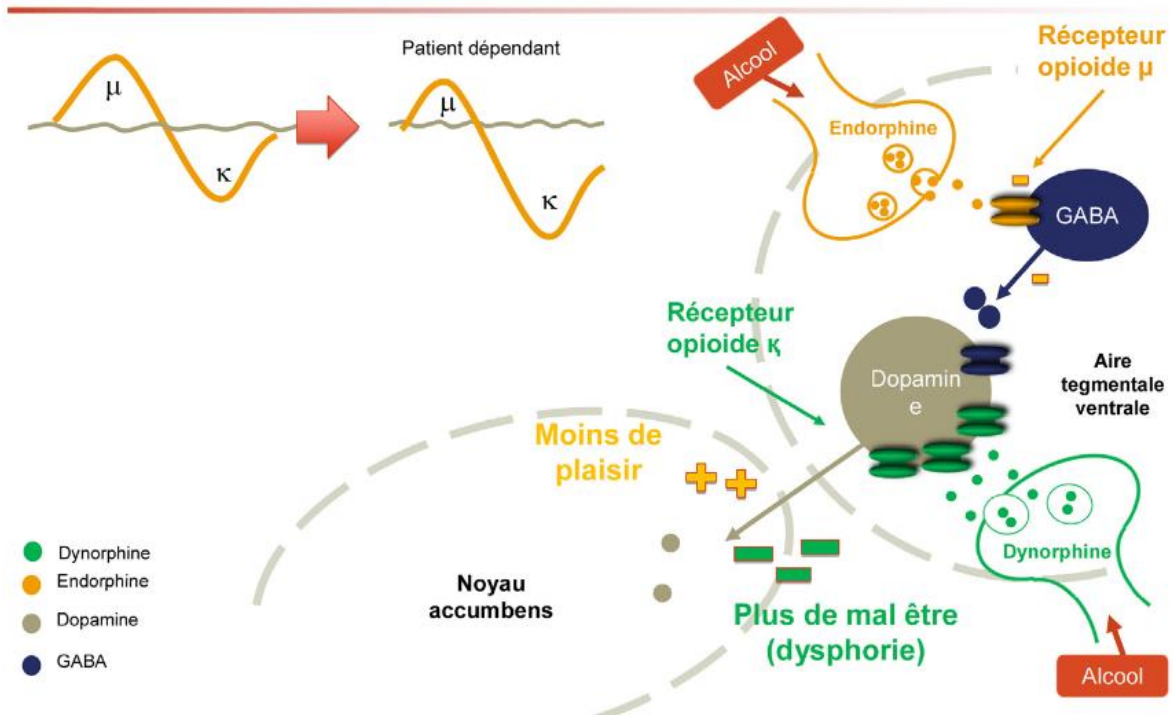


Figure 20 : Action de l'alcool sur le système opioïde endogène responsable de la dysphorie (59)

L'alcoolodépendance va conduire à une hypoactivité de la voie endorphine-récepteur mu et une hyperactivité de la voie dynorphine-récepteur kappa. Cela provoque une diminution de la libération de dopamine dans le noyau accumbens et est responsable d'un état de mal être (dysphorie). Cet état va pérenniser les consommations et favoriser les rechutes (59).

2.2.2 Équilibre GABA/Glutamate

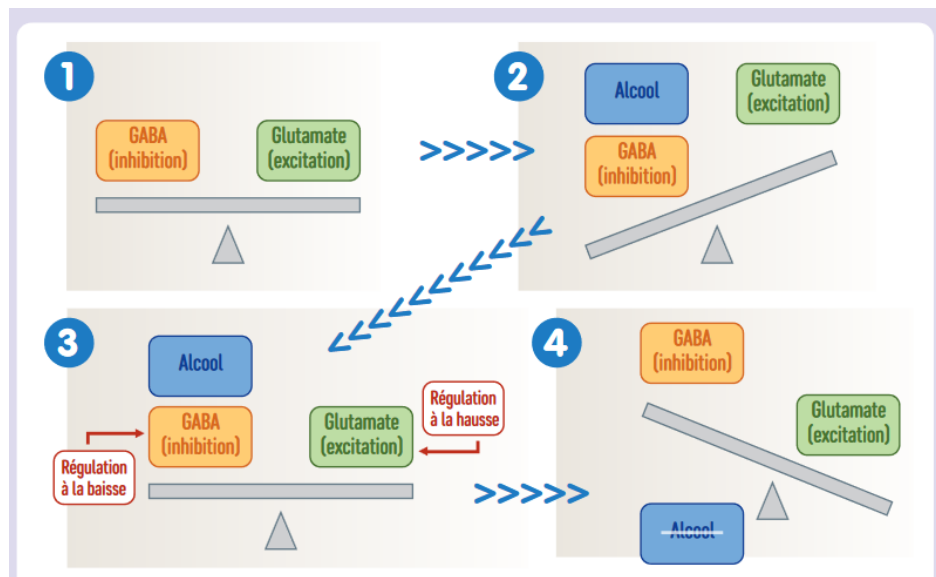


Figure 21 : Adaptation du cerveau à la consommation excessive et chronique d'alcool (3)

La consommation d'alcool provoque une augmentation de GABA et une diminution de glutamate (numéro 2, figure 21). Lors d'une consommation chronique, le cerveau va produire une neuro-adaptation en désensibilisant les récepteurs du GABA et donc en réduisant la transmission de GABA et à l'inverse il va hypersensibiliser les récepteurs aux glutamates et donc renforcer sa transmission (numéro 3) afin d'atteindre un « équilibre ». Ceci est à l'origine du phénomène de tolérance. Pour retrouver les effets de l'alcool, il faut consommer en plus grande quantité. Quand l'alcool s'estompe, le cerveau se retrouve avec un très bas niveau de GABA et un très haut niveau de glutamate (numéro 4) ce qui entraîne les symptômes du syndrome de sevrage (3).

2.3 Repérage et diagnostic de l'alcoolodépendance (10)

Le repérage et le diagnostic de l'alcoolodépendance se font à partir d'un certain nombre d'informations qui sont recueillies lors de l'entretien et de l'examen clinique.

Pour établir le diagnostic de la dépendance à l'alcool, les médecins peuvent utiliser :

- Le **DSM-5** ou la **CIM 10** (Cf 1.3.4 figures 10 et 11).
- **Les questionnaires** (l'AUDIT, le FACE) (Cf 3.1.2) qui peuvent permettre de mettre en évidence un TUA.

- **Les signes cliniques** : Ébauche d'un syndrome de sevrage : tremblements, tachycardie, anxiété, irritabilité, etc. (présent chez environ la moitié des malades alcoolodépendants).
- **La biologie** : peut apporter un éclairage complémentaire mais seule, elle est un mauvais moyen de repérage de l'alcoolodépendance.
 - Les 3 marqueurs de l'alcoolisation chronique : (Ils ne sont pas toujours présents)
 - GGT : élévation supérieure à 1,5 fois la normale. Survient après 3 semaines de consommation. Sensibilité entre 34 et 85 % et spécificité d'environ 80 %
 - VGM sans anémie : macrocytose érythrocytaire : Lors d'une consommation chronique elle s'installe en plusieurs mois. Sensibilité varie de 40 à 90 %, Spécificité de 90 %
 - CDT : Prescription en routine déconseillée car le dosage est cher et il n'a pas montré d'efficacité diagnostique
 - Les triglycérides, l'acide urique, le rapport ASAT / ALAT ≥ 2 et une thrombopénie, sont aussi des marqueurs biologiques qui peuvent être modifiés par une consommation d'alcool chronique.

2.4 Traitements et prise en charge

Les objectifs de la prise en charge sont le maintien de l'abstinence ou d'une consommation réduite à long terme, la gestion des rechutes et la prévention des dommages liés au mésusage dans le but de l'amélioration de la qualité de vie de la personne (57).

Cette prise en charge doit prendre en compte les troubles co-occurrents et notamment les co-addictions, les troubles psychiatriques, les troubles cognitifs, les troubles du sommeil et la douleur chronique (12).

Elle est globale et comprend plusieurs approches (3, 12, 57) :

- Interventions psychothérapeutiques : interventions brèves, entretiens motivationnels, thérapies cognitivo-comportementales (TCC), psychothérapies d'inspiration analytique, psychoéducation, thérapie des contingences, méditation de pleine conscience (le programme *Mindfulness-Based Relapse Prevention* / prévention de la rechute basée sur la pleine conscience)

- Prise en charge sociale et médico-sociale : aide par une assistance sociale, accompagnement par des proches, suivi de leur entourage, ergothérapie
- Participation à une association d'entraide : augmente les chances de sevrage et de maintien de l'abstinence
- Prise en charge pharmacologique
- Prise en charge des comorbidités : co-addictions, troubles psychiatriques co-occurents et pathologies somatiques

La prise en charge de l'alcoolodépendance se déroule en général en 2 étapes :

- 1 Le sevrage, qui s'effectue fréquemment en milieu hospitalier
- 2 Le maintien de l'abstinence pour une période la plus prolongée possible



Figure 22 : Résumé prise en charge globale d'un mésusage d'alcool (57)

2.4.1 Les dispositifs de soins

La prise en charge de l'alcoolodépendance peut se faire dans plusieurs lieux et implique une multitude de professionnels de santé et du secteur médico-social.

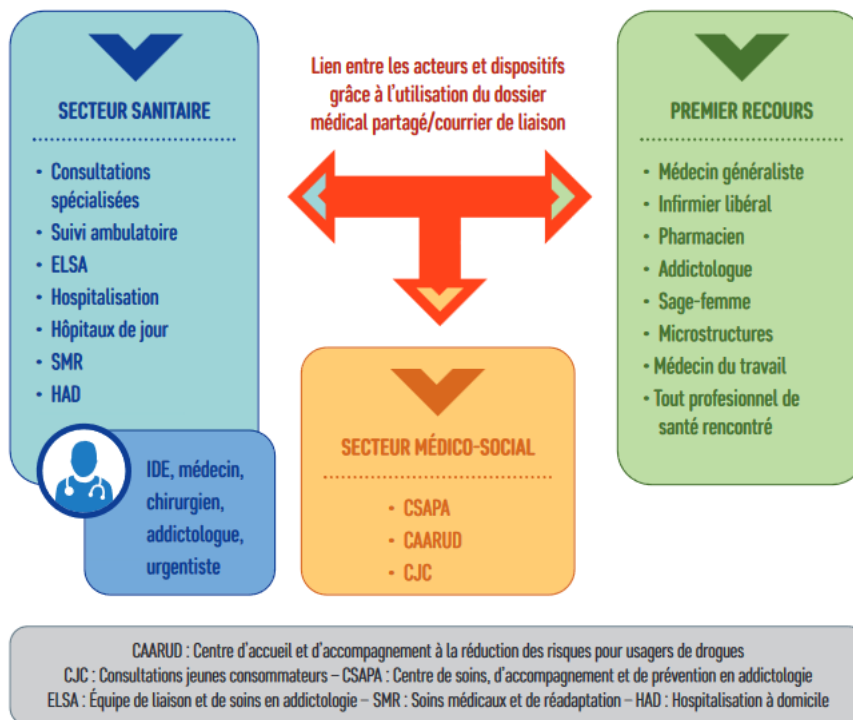


Figure 23 : Acteurs de la prise en soins en alcoologie (3)

Les CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ils regroupent les CSST et les CCAA. Ce sont des structures pluridisciplinaires qui ont pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addictions et à leur entourage. Ils peuvent accueillir les usagers en ambulatoire ou bien proposer des services de soin résidentiels individuels (appartements thérapeutiques, familles d'accueil etc.) ou collectifs (structures d'urgence ou de transition, centres thérapeutiques résidentiels appelés également centres de postcures, communautés Thérapeutiques). Les CSAPA sont financés par l'Assurance Maladie et portés soit par des associations, soit par des établissements publics de santé (26, 60).

Les structures hospitalières (25) :

<p>Niveau 1 : de proximité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un service d'hospitalisation permettant de réaliser des sevrages simples - Consultation hospitalière d'addictologie prenant en compte les différentes addictions - Activité de liaison : ELSA (Équipe de liaison de soins en addictologie). Ce sont des équipes de liaison pluridisciplinaires dont les missions principales sont de : <ul style="list-style-type: none"> - former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients - intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes - développer des liens avec les différents acteurs intra- et extra-hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi (61)
<p>Niveau 2 : de recours</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels formés et spécialisés à l'addictologie - Accueil des patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge spécialisée complexe - Hôpital de jour et hospitalisation complète pour sevrage simple (séjour d'environ 7 jours) ou soins complexes (séjour de 2 à 4 semaines) - Les soins médicaux et de réadaptation addictologiques (SMRA) : « postcures » qui durent en moyenne de 4 à 12 semaines
<p>Niveau 3 : de référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Structure de recours régional : missions du niveau 2 + mission d'enseignement et de recherche : pôles hospitalo-universitaires d'addictologie

Figure 24 : Les trois niveaux de structures hospitalières en addictologie

Les associations de patients ou groupes d'entraide (3, 25) :

Les associations d'entraide permettent de nouer des relations d'amitié dénuées de jugement, de s'identifier à des modèles, de se défaire du sentiment de stigmatisation sociale en proposant des temps d'échange, de partage d'expérience et de soutien entre personnes ayant le même objectif d'abstinence ou de réduction des consommations d'alcool.

Les objectifs de ces groupes de parole sont multiples :

- Créer un lieu privilégié de dialogue et d'écoute

- Apporter un soutien et renforcer la motivation des personnes inscrites dans une démarche de réduction ou d'arrêt des consommations
- Générer une entraide entre pairs
- Anticiper des situations difficiles et trouver des solutions grâce aux expériences partagées

Ces groupes reposent sur l'action et l'expérience des anciens dépendants et de l'absence de professionnels de santé. Les patients peuvent échanger et se reconnaître dans les témoignages des autres patients. Ils se sentent compris.

Le professionnel de santé doit informer le patient de l'existence de ces associations et faciliter sa participation en cas de demande formulée par le patient. La participation régulière à des associations d'entraide peut améliorer le pronostic addictologique de certains d'entre eux.

Les associations principales sont :

- Les Alcooliques Anonymes (AA) : Ils organisent des réunions en présentiel ou en visioconférence basées sur le partage d'expériences et sur un programme de rétablissement, avec une dimension spirituelle, en 12 étapes (Annexe 3). Chacun est libre de s'approprier cette dimension selon son désir personnel. Pour accompagner ce programme, les AA disposent de leur propre littérature. Les réunions sont ouvertes à toutes les personnes ayant le désir d'arrêter de boire, il n'y a ni cotisation ni droit d'entrée, la participation est anonyme. Deux types de réunions sont proposés : les réunions fermées qui sont réservées aux seuls alcooliques et les réunions ouvertes accessibles à l'entourage et aux professionnels qui le souhaitent. De plus une permanence téléphonique est accessible 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 (62).
- Les 5 associations du C.A.M.E.R.U.P (Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique) : La Croix Bleue, Vie Libre, Les Amis de la santé, Alcool Écoute Joie & Santé et Entraid'addict. Ces associations organisent des actions de prévention et des activités sociales (chants, musiques, sport etc.) (63).

Des groupes d'entraide existent également pour les proches des personnes souffrant de TUA.

Les patients experts (3, 25, 64) :

Les patients experts sont des anciens patients alcoolodépendants avec une durée minimale de deux ans de sobriété. Ils ont en plus reçu une formation en addictologie. Leurs rôles sont l'entraide entre pairs, le partage d'expériences, le soutien des patients et la facilitation de la communication avec les équipes de soin. Ils animent des ateliers d'éducation thérapeutiques, des groupes de parole etc. Ils sont des « médiateurs de santé pairs », ils sont vus comme des traducteurs entre deux langages, celui de l'expérience de la maladie et celui de la clinique des médecins et des soignants.

2.4.2 Le sevrage

Le syndrome de manque, qui peut apparaître immédiatement après et jusqu'au 10^{ème} jour suivant l'arrêt de l'alcool, traduit un état de manque psychique et / ou comportemental et / ou physique (65).

Il peut se compliquer d'un syndrome de sevrage pouvant être mortel avec comme symptômes, anxiété, tremblements, sudation, agitation, augmentation de la tension artérielle, accélération du pouls et de la fréquence respiratoire, crises convulsives, hallucinations qui peuvent faire craindre un *delirium tremens* (la forme la plus grave du syndrome de sevrage) et nécessiter une hospitalisation en urgence (8, 65).

Le *delirium tremens* est un état associant une hyperactivité du système nerveux autonome, une désorientation, une confusion, un délire hallucinatoire et la survenue possible de crises convulsives. Il s'installe en 24 à 72 h et peut durer entre 5 jours et 2 semaines s'il n'est pas pris en charge. En l'absence de traitement préventif environ 5 % des patients avec un syndrome de sevrage évolueront vers cet état (66). Son taux de mortalité est estimé entre 1 et 5 % et à plus 20 % en l'absence de traitements (3).

Le sevrage peut se faire soit en milieu hospitalier (10 à 30 % des patients), soit en ambulatoire (70 à 90 % des patients) (8).

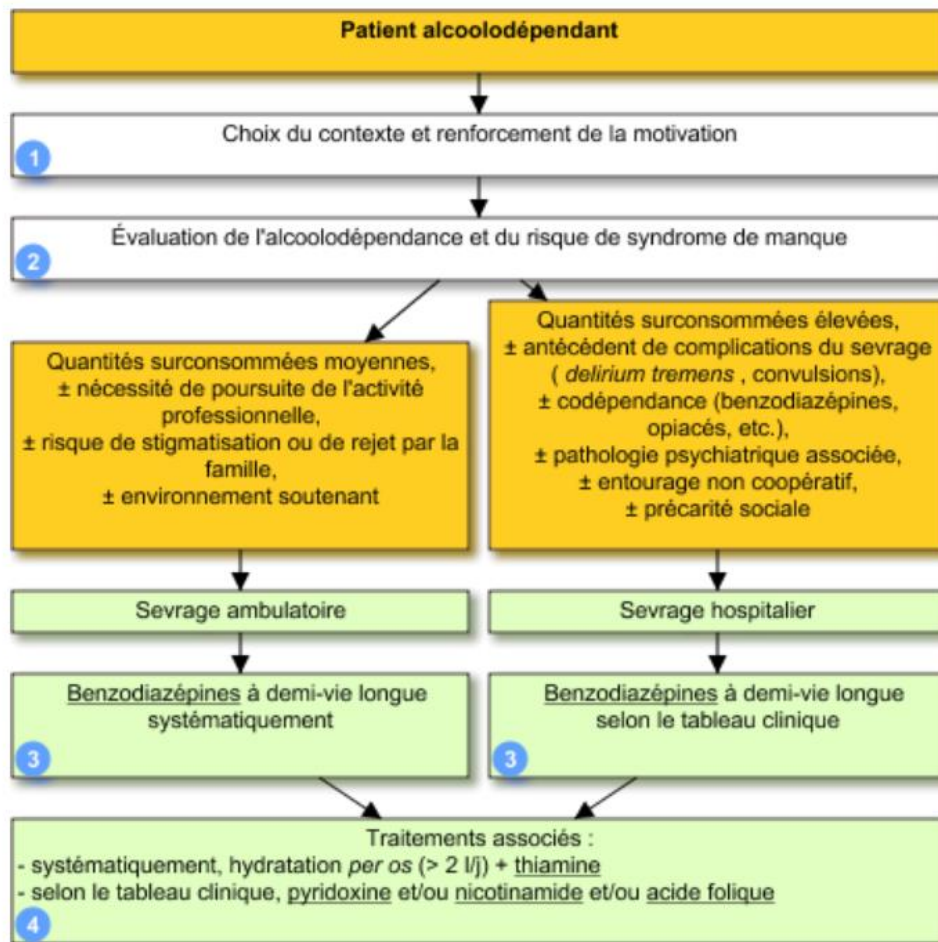


Figure 25 : Prise en charge du sevrage alcoolique (65)

Afin d'évaluer la gravité des symptômes de sevrage et d'adapter la prise en charge, le score de Cushman (Annexe 4) et l'échelle CIWA-Ar (Annexe 5) peuvent être utilisés. Ces tests sont réalisés plusieurs fois par jour au début du sevrage et jusqu'à la stabilisation de l'état du patient (25).

Benzodiazépines (25, 55) :

Elles font passer de 10 % à moins de 2 % la fréquence des symptômes de manque. Elles permettent de compenser le sevrage gabaergique.

Préférer celles à demi-vie longue comme le Diazepam, car elles permettent une meilleure stabilité de la concentration sérique et semblent plus efficaces sur le risque de récurrence des symptômes, les convulsions et l'anxiété de sevrage.

Attention, elles n'ont aucune indication dans l'aide au maintien de l'abstinence.

Hydratation per os : en fonction de la déshydratation

Supplémentation en vitamine (8, 25, 65) :

- **Thiamine (vitamine B1)** : indispensable dans la prévention du syndrome de Korsakoff. Prescrit systématiquement. En général en cas d'absence de malnutrition, la posologie *per os* recommandée est 500 mg par jour pendant 5 jours par voie orale, puis relais à la dose de 250 mg par jour pendant environ deux semaines. Si présence de malnutrition : 500 mg en perfusion pendant la première semaine puis relais par voie orale jusqu'à reprise d'une alimentation équilibrée.
- Chez le patient dénutri, un **apport polyvitaminé et d'oligoéléments** : pyridoxine (vitamine B6), vitamine PP (B3), acide folique (B9), vitamine C, zinc et magnésium, peut être envisagé durant quelques jours.

2.4.3 Les traitements pharmacologiques du maintien de l'abstinence et de la réduction de la consommation (3, 8, 25, 57, 67)

	Acamprosate (Aotal ®) Comprimé de 333 mg	Naltrexone (Revia ®) Comprimé de 50 mg	Disulfirame (Espéral ®) Comprimé 500 mg
Indication	Maintien de l'abstinence		
Intention	1 ^{ère} intention		2 ^{ème} intention
Effet thérapeutique (57)	La Naltrexone diminue les rechutes, réduit davantage le <i>craving</i> et les jours de fortes consommations que l'Acamprosate, mais apparaît moins efficace sur le maintien de l'abstinence.		- Effet antabuse lors de la prise d'alcool - Aversif
Mécanismes	- Agoniste GABA - Antagoniste glutamatergique - Rôle du calcium (Mécanisme mal élucidé)	- Antagoniste des récepteurs opiacés -> réduit l'activation du circuit de la récompense	- Inhibition de l'ALDH -> effet antabuse => Dégoût de l'alcool
Posologie	< 60 kg : 666 mg le matin et 333 mg midi et soir > 60 kg : 666 mg 3x / j À distance des repas si bonne tolérance digestive car le repas diminue la biodisponibilité	50 mg par jour	250 à 500 mg / j en une prise de préférence le matin S'administre 24 h après la dernière consommation
Durée	1 an (peut être poursuivi si besoin)	3 mois (peut être poursuivi si besoin)	Aussi longtemps que nécessaire
Effets indésirables les plus fréquents (non exhaustif)	- Troubles digestifs / diarrhées - Diminution de la libido / impuissance - Prurit / rash maculopapuleux	- Nervosité, anxiété, insomnie - Troubles digestifs - Asthénie - Arthralgie / myalgie - Céphalées	- Céphalées - Somnolence - Fatigue - Dysgueusie - Troubles digestifs

Interactions	Aucunes	Contre-indications : - Analgésiques morphiniques - Morphiniques agonistes - antagonistes - Morphiniques en traitement de substitution Associations déconseillées : - Médicaments sédatifs	Associations déconseillées - Alcool (boissons, médicaments en contenant) pris depuis moins de 24 heures - Isoniazide - Métronidazole - Phénytoïne Précaution d'emploi : AVK
Mises en garde	- Insuffisance hépatique grave - Insuffisance rénale modérée : Clcr 30 à 49 ml/min -> 333 mg 3 fois/j (68)		- Risque de troubles psychotiques et d'hallucinations - Risque hépatotoxique (état de fatigue, ictère)
Contre-indications	Insuffisance rénale sévère	- Insuffisance hépatocellulaire sévère ou hépatite aiguë - Insuffisance rénale sévère, - Sujets en état de dépendance aux opiacés	- Insuffisance hépatique et respiratoire sévère - Insuffisance rénale - Diabète - Atteintes neuropsychiques et cardiovasculaires - Épilepsie
Surveillance	État psychique	Fonction hépatique	Fonction hépatique : dosage des transaminases 1 fois / mois avant et pendant les 3 premiers mois de traitement
Grossesse (21)	Possible quel que soit le terme si l'on n'est pas absolument sûr que la patiente puisse rester sevrée de l'alcool sans traitement		Préférer l'Acamprosate ou la Naltrexone
Allaitement (21)	Contre indiqué	Passage dans le lait maternelle très faible -> Envisageable	Pas de données
Remarques	- Bénéfices observables après plusieurs semaines de traitement - Arrêt du traitement en l'absence d'effet après 4 à 6 semaines.		Effet antabuse peut être dangereux : troubles cardiaques potentiels

Figure 26 : Les traitements indiqués dans le maintien de l'abstinence

	Nalméféne (Sélincro®) Comprimé de 18 mg	Baclofène (Baclocur® 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg) (Baclofène Zentiva® 10 mg)
Indication	Réduction de la consommation d'alcool	Réduction de la consommation d'alcool, en complément d'un suivi psychosocial, après échec des autres traitements
Intention	1 ^{ère} intention	2 ^{ème} intention
Effet thérapeutique	Réduction du <i>craving</i> de récompense (transmission mu) et des phénomènes dysphoriques (transmission kappa)	Réduction du <i>craving</i>
Mécanismes	Antagoniste des récepteurs opiacés mu et delta, et agoniste partiel des récepteurs kappa	- Structure analogue du GABA - Active les récepteurs inhibiteurs GABA _B -> pourrait réduire la libération de dopamine et inhiber les comportements addictifs.
Posologie	- Après essai de sevrage infructueux de 15 jours, sans médicament : 1 comprimé les jours où le patient pense être exposé au risque de boire - Idéalement 2 h avant le moment à risque, ou dès le matin - dose max : 1 comprimé / jours - Pendant ou en dehors des repas	- Phase de titration : recherche de la dose la plus faible pour une réponse thérapeutique optimale et une tolérance acceptable - Si pas d'efficacité à la dose de 80 mg / j, proposer au patient une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée en addictologie - Max 300 mg / j (aucune donnée d'efficacité et de sécurité n'est disponible au-delà de 300 mg / j) - En 2 à 4 prises par jours - Arrêt progressivement sur une période de 2 à 3 semaines => risque de syndrome de sevrage si arrêt brutal
Durée	6 à 12 mois	- Pas d'études au-delà de 12 mois - Arrêt, si objectif thérapeutique non atteint après 3 mois de traitement
Effets indésirables	- Nausées - Sensations vertigineuses - Céphalées - Asthénie - Insomnies - Sudation - Diminution de l'appétit et perte de poids	- Fatigue, somnolence, asthénie - Troubles du sommeil - Vertiges, étourdissements - Céphalées - Troubles digestifs, nausées - Troubles de l'humeur, troubles de l'attention - Dysfonctions sexuelles - Acouphènes - Myalgie / arthralgie - Sudation excessive - Hypotension orthostatique

		Symptômes du syndrome de sevrage : - Spasticité, dyskinésies, rhabdomyolyse, paresthésie, convulsions - Hyperthermie, hypotension - État confusionnel, anxiété, état psychotique maniaque ou paranoïde
Interactions	Contre-indication - Agonistes opioïdes - Traitement de substitution aux opioïdes => risque de syndrome de sevrage	Associations déconseillées - Oxybate de sodium Associations à prendre en compte - Alcool, médicaments sédatifs : altération de la vigilance -> risque lors de la conduite de véhicule - Médicaments à l'origine d'une hypotension orthostatique - Levodopa : aggravation du syndrome parkinsonien ou d'effets indésirables centraux
Mises en garde	Interrompre une semaine avant une administration prévue d'opioïdes	- Épilepsie : abaissement du seuil épileptogène - Insuffisance rénale : adapter la posologie
Contre-indications	- Insuffisance hépatique sévère - Insuffisance rénale sévère - Consommation d'opioïdes - Symptômes aigus de sevrage aux opiacés - Antécédent récent de syndrome de sevrage aigu à l'alcool	
Surveillance		- Efficacité / tolérance pendant la phase de titration - État psychique
Grossesse (21)	Envisageable quel que soit le terme si l'on n'est pas absolument sûr que la patiente puisse réduire, voire suspendre, sa prise d'alcool sans traitement	- Si Acamprosate ou Naltrexone ne conviennent pas, utilisation du baclofène envisageable - En cas de prise chronique jusqu'à l'accouchement, un syndrome de sevrage néonatal peut survenir
Allaitement (21)	Aucune donnée	À éviter (en l'absence de données pertinentes)
Remarques	- Le comprimé doit être avalé entier, sans l'écraser ou le couper : risque de réaction cutanée. - Si l'adhésion thérapeutique est bonne alors les 1 ^{er} effets sont visibles dès le premier mois de traitement	Seules les spécialités Baclocur® et Baclofène Zentiva® sont indiquées dans le traitement de l'alcoolodépendance et peuvent faire l'objet d'une prise en charge dans ce cadre (69)

Figure 27 : Les traitements indiqués dans la réduction de la consommation d'alcool

Les traitements médicamenteux doivent s'accompagner d'un suivi psychosocial. L'efficacité du traitement est conditionnée par l'adhésion thérapeutique du patient. Le pharmacien a donc un rôle à jouer afin d'accompagner le patient dans l'adhésion à son traitement.

2.4.4 Perspectives thérapeutiques (25)

Gamma-hydroxybutyrate (GHB) (70) :

Les cibles sont plus nombreuses que celles du baclofène : agoniste des récepteurs GHB et GABA_B, mais aussi GABA_A via la transformation du GHB en GABA. Il est prescrit en France comme anesthésique et dans la narcolepsie (oxybate de sodium), il est commercialisé depuis plusieurs années en Italie et en Autriche dans le traitement de l'alcoolodépendance sous le nom d'Alcover®.

Plusieurs études cliniques publiées n'ont pas permis de lui attribuer une AMM mais il semble, malgré tout, que l'Oxybate de sodium puisse être considéré comme un traitement sûr et efficace pour le traitement de l'alcoolodépendance, tant dans la prise en charge du syndrome de sevrage que dans la prévention de la rechute. Néanmoins, une attention particulière doit être portée à son potentiel addictogène.

Les antiépileptiques à action GABAergique :

Le Topiramate et la Gabapentine sont parfois utilisés pour aider les patients à modifier leur consommation d'alcool ou dans la prise en charge d'un syndrome de sevrage. Ils sont déjà utilisés (hors AMM) dans l'alcoolodépendance dans certains pays comme par exemple le Canada (68). Plusieurs études ont montré des résultats encourageants sur le maintien de l'abstinence et la réduction de consommation. Les effets indésirables de ces médicaments sont limités, mais non exceptionnels.

3. Prévenir et repérer l'alcoolodépendance à l'officine

Les données épidémiologiques révèlent que la majorité des dommages liés à l'alcool concerne des sujets qui ne remplissent pas les critères des troubles dus à l'usage d'alcool. Les dommages concernent des personnes dont les risques n'ont jamais été repérés ou dont la consommation est excessive mais banalisée, qu'il s'agisse d'un usage excessif chronique ou d'un usage ponctuel de type API (28). Il ne faut donc pas attendre des signes d'appel pour penser à repérer un mésusage de l'alcool (25).

Les situations suivantes peuvent être l'occasion d'aborder le sujet de l'alcool (8, 25) :

- **Lors de la délivrance d'un médicament connu pour interagir avec l'alcool**
- Chez les femmes enceintes ou avec un désir de grossesse, par exemple lors d'un **entretien « femme enceinte »** (Cf partie 3.3)
- Lors **des entretiens de prévention** réalisables à l'officine : « mon bilan prévention » aux quatre tranches d'âges clés de la vie des patients (Cf partie 3.3)
- Chez les personnes ayant des problèmes de santé pouvant être liés à la consommation excessive d'alcool : **hypertension artérielle**, arythmie cardiaque, dyspepsie, maladie du foie, dépression ou anxiété, **insomnie**, traumatismes, troubles cutanés (érythrose faciale, varicosités faciales, visage bouffi)
- Chez les personnes ayant **une pathologie chronique résistante** aux traitements : douleurs chroniques, diabète, troubles gastro-intestinaux, dépression, cardiopathie, hypertension artérielle
- Chez les personnes appartenant à des groupes identifiés à **haut risque de boire en excès** : adolescents et jeunes adultes, en situation de précarité, fumeurs ou avec d'autres addictions
- Chez des personnes avec des **signes d'imprégnation alcoolique / manque** : haleine alcoolique, irritabilité, tremblements
- Chez les personnes ayant des **problèmes relationnels sociaux, familiaux ou professionnels**
- **Anomalie sur un bilan biologique** que le patient vient nous montrer :
Augmentation des 3 marqueurs de l'alcoolisation chronique : GGT, VGM sans anémie, CDT, ou une anomalie d'autres marqueurs : cytolysé hépatique (ASAT > ALAT), dyslipidémie (triglycérides, cholestérol), glycémie (Cf partie 2.3)

3.1 Plan de Repérage Précoce du mésusage d'alcool et d'Interventions Brèves (RPIB) (3, 28, 71)

Le RPIB est un modèle type du repérage interventionnel développé par l'OMS. Il fait partie des mesures de réduction des risques (RdR) pour l'alcool.

Il repose sur des outils d'évaluation (repères de consommation, questionnaires) et sur l'intervention brève visant l'alliance thérapeutique et l'incitation au changement en renforçant la confiance et la motivation. Cette méthode repose sur la bienveillance, l'empathie, l'écoute et la compréhension. Elle est non jugeante, altruiste et favorise l'autonomie des personnes.

Il s'adresse à chacun et permettra surtout d'intervenir auprès de personnes souffrant d'une consommation à risque ou nocive. Les personnes alcoolodépendantes nécessiteront une prise en charge complémentaire et durable par des professionnels spécialisés en addictologie.

3.1.1 Les objectifs

Les objectifs du RPIB sont de :

- Repérer précocement des consommations ou des comportements à risque
- Faire revenir la consommation d'alcool au niveau ou en dessous des seuils de risque et d'éviter le passage vers la dépendance
- Systématiser le repérage pour faciliter la prise en charge
- Favoriser un changement de comportement pour limiter et réduire les risques et les dommages
- Réduire le risque lié à l'association des médicaments et de l'alcool

3.1.2 Méthode

1) Repérer avec des questionnaires (71) :

L'AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) est un auto-questionnaire progressif et motivationnel qui comporte 10 questions. Il permet d'investiguer les consommations et ses conséquences et d'évaluer son niveau de dépendance. Il permet ainsi une prise de conscience et une réflexion sur sa consommation, ce qui engendre chez de nombreux répondants une modification de celle-ci. Le score

obtenu par l'utilisateur à la fin du questionnaire permet également d'ouvrir le dialogue avec le professionnel de santé (3) (Annexe 6).

L'AUDIT-C est la version raccourcie du questionnaire AUDIT. Il comporte seulement 3 questions (Annexe 7).

Ces auto-questionnaires peuvent être placés sur les comptoirs à l'officine.

Le questionnaire **FACE** (*Fast Alcohol Consumption Evaluation – Formule Approchant la Consommation d'alcool par Entretien*) est un questionnaire qui comporte 5 questions. Il doit être proposé et complété par un professionnel de santé. Les questions doivent être de préférence posées sans reformulation et cotées selon les réponses spontanées des patients. À l'officine ce questionnaire peut être réalisé dans un espace de confidentialité lors d'un entretien (Annexe 8).

Score AUDIT	Score AUDIT-C	Score FACE	Niveau de risque	Intervention à l'officine
Femme : < 5 Homme : < 6	Femme : < 3 Homme : < 4	Femme : < 4 Homme : < 5	Faible risque	Prévention primaire : Rappeler les seuils de risque, la définition du verre standard etc.
Femme : ≥ 6 et ≤ 12 Homme : ≥ 7 et ≤ 12	Femme : ≥ 3 et ≤ 9 Homme : ≥ 4 et ≤ 9	Femme : ≥ 4 et ≤ 8 Homme : ≥ 5 et ≤ 8	Consommation à risque	Intervention brève
> 12	> 9	≥ 9	Possible alcoolodépendance	Réorientation vers une structure spécialisée ou le médecin traitant

Figure 28 : Interprétation des scores des questionnaires

2) Proposer une intervention brève :

Il s'agit d'une intervention rapide (3 à 20 minutes maximum), opportuniste qui peut se terminer par l'orientation vers un dispositif spécialisé en addictologie si cela est nécessaire.

L'intervention est souvent unique mais elle peut aussi s'accompagner d'intervention de rappel.

Elle cible essentiellement les personnes ayant une consommation excessive, à risque ou nocive mais sans dépendance (Figure 28).

Il n'y a pas de protocole standardisé pour délivrer une intervention brève mais la HAS ainsi que le RESPADD propose un exemple de conduite d'une intervention brève au comptoir de l'officine en 8 points.

Étapes de l'intervention brève	Contenus et exemples de phrases d'accroche	
1) Restitution du résultat du questionnaire	« Votre consommation semble être au niveau d'une consommation à risque. Etes-vous d'accord pour en parler ? »	
2) Informer sur les risques de la consommation d'alcool	Rappel des conséquences somatiques de l'alcool	
3) Rappeler la définition du verre standard	Possibilité de s'appuyer sur un visuel	
4) Poser une question ouverte pour rechercher les motivations personnelles pour le changement	« À votre avis, quels bénéfices pourriez-vous tirer d'une réduction de votre consommation ? »	
5) Proposer des objectifs, laisser le choix	« Je vous propose que nous réfléchissions ensemble pour que vous rameniez dans les semaines qui viennent votre consommation d'alcool en dessous des seuils de risque dans le but de protéger votre santé et d'obtenir les bénéfices que vous venez d'évoquer. Qu'en pensez-vous ? »	
6) Proposer des méthodes pour réduire sa consommation d'alcool	Si le patient est prêt à changer ses comportements :	Si le patient n'est pas prêt à changer ses comportements
	« Pour vous, quelles stratégies vous semblent les plus appropriées dans votre situation ? » (Figure 30)	Passer au point 7
7) Informer sur la possibilité de réévaluer lors d'une prochaine rencontre	« Désirez-vous faire le point lors d'une prochaine délivrance afin de suivre l'évolution de votre consommation ? »	Réaffirmer sa disponibilité pour en reparler lors d'une prochaine délivrance et encourager le patient à s'informer
8) Délivrer un livret d'information	Remettre un livret de prévention et d'information : <ul style="list-style-type: none"> - Possibilité de commander des brochures et des <i>flyers</i> sur le site <i>Cespharm.fr</i> - Livret RESPADD : Accompagner la Réduction de la Consommation d'Alcool 	

Figure 29 : Exemple d'intervention brève réalisable à l'officine (3,71,72)

QUELLES SONT LES STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

Les propositions ci-dessous sont données à titre indicatif. Chacun doit trouver ses propres solutions et toutes ne seront pas adaptables à chacun.

- Diminuer le nombre de verres en une même occasion.
- Espacer les occasions de consommer.
- Préserver des jours sans consommation.
- Alterner les verres d'alcool avec de l'eau, des softs.
- Commencer systématiquement par une boisson non alcoolisée pour étancher la soif.
- Boire chaque verre plus lentement, prendre de petites gorgées espacées.
- Préférer des boissons sans alcool pour calmer la soif.
- Retarder l'heure de consommation du premier verre dans la journée.
- Ne pas terminer son verre pour ne pas être resservi.
- Reposer son verre entre chaque gorgée.
- Éviter les « tournées ».
- Tenir un carnet ou journal de bord des consommations.
- Déterminer avant la soirée le nombre de verres que l'on s'autorise à boire.
- Se préparer à dire non, à refuser des consommations (« je conduis », « je prends des médicaments », « je suis au régime », « j'ai déjà consommé les jours précédents », « j'ai mal à la tête »).
- Informer ses proches de sa décision de réduire sa consommation, solliciter leur aide et soutien.
- Créer de nouvelles habitudes pour remplacer les moments de consommation.

Figure 30 : Exemples de stratégies pour réduire la consommation d'alcool (3)

3.2 Interactions médicaments – alcool

Une interaction médicamenteuse est la modification de la pharmacodynamie et / ou de la pharmacocinétique d'un médicament résultant de la prise concomitante d'un autre médicament, aliment, alcool, tabac etc.

Il existe deux mécanismes : les interactions pharmacocinétiques et les interactions pharmacodynamiques.

Les interactions médicamenteuses sont classées en 4 niveaux réglementaires en fonction du risque d'effets indésirables (73) :

- À prendre en compte : conséquences cliniques incertaines (fréquence et gravité du risque faibles)
- Précaution d'emploi : conséquences cliniques peu importantes en général
- Association déconseillée : conséquences certaines et parfois graves
- Contre-indication : risque pour le patient

Beaucoup de médicaments peuvent interagir avec l'alcool. Ces interactions sont une opportunité pour le pharmacien d'aborder le sujet de la consommation d'alcool avec un patient sans stigmatisation.

3.2.1 Pharmacocinétique

Absorption :

Les médicaments peuvent modifier la pharmacocinétique de l'éthanol. Certains médicaments accélèrent la vidange gastrique (métoclopramide, dompéridone, érythromycine) et donc avancent la survenue du pic d'éthanolémie, alors que d'autres ralentissent l'ouverture du pylore (anticholinergiques : atropiniques et antidépresseurs tricycliques) et donc la retardent (6).

Les alcools forts (concentration supérieure à 20 %) entraînent un spasme pylorique qui retarde la vidange gastrique et peuvent favoriser l'absorption de certains médicaments au niveau de l'estomac (médicaments acides comme l'aspirine, les barbituriques ou certains anti-inflammatoires) (74).

Métabolisation

- **L'effet antabuse :** (75 – 78)

L'effet antabuse provient de l'accumulation d'acétaldéhyde, métabolite toxique de l'éthanol, lorsque la consommation d'alcool est concomitante avec une molécule inhibant l'aldéhyde-déshydrogénase (ALDH).

Les signes cliniques d'une réaction antabuse sont :

- Bouffées vasomotrices (*flush*), maux de tête, bouffées de chaleur, sueurs abondantes, rougeurs au niveau du visage
- Hypotensions avec tachycardie réactionnelle
- Nausées, vomissements, diarrhée
- Sensation de malaise, vertiges, fatigue voire perte de conscience.

L'association des médicaments ci-dessous (figure 31) avec l'alcool est déconseillée (boissons alcoolisées, médicaments contenant de l'alcool). De plus, il faut tenir compte de l'élimination complète des médicaments en se référant à leur demi-vie avant la reprise de boissons alcoolisées ou du médicament contenant de l'alcool. On considère un médicament totalement éliminé après 5 demi-vies. Lors de leur délivrance, le pharmacien doit avertir le patient de cette interaction possible et lui donner le délai après lequel il peut recommencer à consommer de l'alcool.

Molécules	Classe pharmacologique	Demi-vie (67)
Glibenclamide	Antidiabétique, famille des sulfonylurées	4 à 11 h
Glipizide		2 à 4 h
Ketoconazole HRA comprimé	Anti corticostéroïde	3 à 10 h
Métronidazole	Antiparasitaire de la famille des nitro-5-imidazolés	8 à 11 h
Secnidazole		Environ 17,5 h
Ornidazole		12 à 14 h
Tinidazole		12 à 14 h
Procarbazine (Natulan ®)	Antinéoplasique	10 min
Disulfirame	Sevrage de la dépendance alcoolique	

Figure 31 : Médicaments responsables de l'effet antabuse

- **Interaction avec le CYP450 2E1 : Paracétamol** (74, 79)

Lors d'une consommation aiguë d'alcool en quantité importante, la voie de l'ADH étant saturée, c'est la voie du MEOS avec le CYP450 2E1 qui prend le relais. Le paracétamol qui est normalement métabolisé par ce cytochrome en métabolite hépatotoxique ne pourra pas être métabolisé car le CYP450 2E1 est déjà occupé à métaboliser l'alcool donc la production de son métabolite toxique étant inhibée, sa toxicité diminuera.

En revanche, lors d'une consommation chronique d'alcool, la synthèse du CYP450 2E1 est induite par l'éthanol, la production du métabolite toxique du paracétamol augmente et les capacités de détoxification du glutathion peuvent être débordées, entraînant une accumulation du métabolite dans le foie pouvant conduire à une hépatite grave.

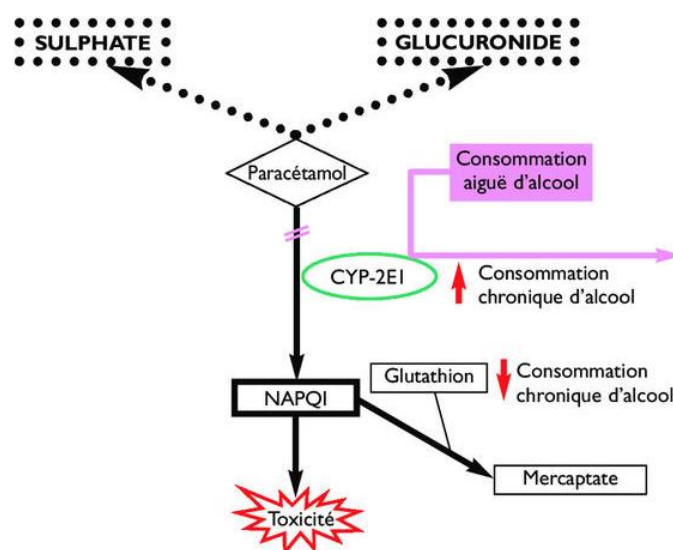


Figure 32 : Métabolisation du paracétamol (79)

3.2.2 Pharmacodynamie (7, 78, 80)

Médicaments	Niveaux d'interaction	Description
Insuline	Association déconseillée	Effet hypoglycémiant de l'alcool par augmentation de la sensibilité à l'insuline et inhibition des réactions de compensation donc majeure le risque d'hypoglycémie par addition d'effets
Sulfamides hypoglycémiants		
Glinides		
Metformine	Association déconseillée	Une intoxication alcoolique aiguë majeure le risque d'acidose lactique, particulièrement en cas de jeûne ou de dénutrition, ou bien d'insuffisance hépatocellulaire
Médicaments sédatifs : Anxiolytiques, Hypnotiques, Antidépresseurs sédatifs, Neuroleptiques, Opioides, Antihistaminiques H1 sédatifs	Association déconseillée	L'éthanol est un dépresseur du système nerveux central qui induit somnolence et sédation, par addition d'effets il va donc majorer l'effet sédatif de ces médicaments. Cela peut entraîner une altération de la vigilance qui peut rendre dangereuse la conduite de véhicules et certaines activités
Acitretine (Soriatane®)	Contre-indication Pendant le traitement et les 2 mois suivant son arrêt	Chez la femme en âge de procréer, risque de transformation de l'acitretine en étrétinate, puissant tératogène dont la demi-vie très prolongée (120 jours) expose à un risque tératogène majeur en cas de grossesse
IMAO IRRÉVERSIBLES Iproniazide (Marsilid®) Phénelzine (Nardelzine®)	Association déconseillée	Réaction hypertensive due à la consommation de certains alcools (chianti, certaines bières etc.) riche en tyramine
AVK	À prendre en compte	Variations possibles de l'effet anticoagulant : augmentation en cas d'intoxication aiguë, diminution en cas d'alcoolisme chronique
Dérivés nitrés	Précaution d'emploi	Majoration de l'hypotension provoquée par les dérivés nitrés, surtout chez les personnes âgées.
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris l'aspirine)		Une consommation régulière d'alcool avec des AINS au long cours majeure les effets indésirables digestifs (ulcérations, hémorragies)
Méthylphénidate		Exacerbation des effets indésirables centraux du méthylphénidate

Figure 33 : Interactions pharmacodynamiques alcool-médicaments

3.2.3 L'alcool comme excipient :

L'éthanol est un excipient à effet notoire dont la présence est réglementée car il peut causer des effets indésirables. Il est contre indiqué chez les femmes enceintes, les enfants de moins de 12 ans, les personnes ayant une dépendance à l'alcool, les sujets épileptiques ou les personnes atteintes de maladies du foie (81).

D'après une étude lilloise (82) qui a analysé les spécialités destinées à la voie orale contenant de l'éthanol en tant qu'excipient :

- 93 % des médicaments contenant de l'alcool sont des formes liquides (solutions buvables et suspensions buvables)
- Plus de la moitié des spécialités recensées dans cette étude ne sont pas listées
- Les spécialités de phytothérapie représentent plus de 40 % des médicaments contenant de l'éthanol, notamment des teintures mères
- Deux spécialités engendrent une consommation journalière d'éthanol supérieure à 13 grammes selon la posologie maximale recommandée dans leur RCP : une spécialité à base de terpine (Terpine Gonnon 0,5% ®) en solution buvable et une spécialité à base de Grindélia (Vegetoserum ®)

La présence d'éthanol même à faible dose, sans seuil défini, peut être problématique pour des patients ayant ou ayant eu une dépendance à l'alcool. Les RCP et les notices des médicaments contenant plus de 100 mg d'éthanol / dose doivent mentionner un risque pour les sujets alcoolodépendants.

En addictologie, il est donc préférable de limiter l'usage des spécialités contenant de l'éthanol. Préférer si c'est possible, les formes comprimées, surtout quand il existe des dosages multiples, que les formes gouttes (par exemple pour le diazépam) (82).

Le pharmacien doit donc être vigilant lors de la dispensation des traitements et plus particulièrement des spécialités sans prescription. Il doit informer le patient de la présence d'alcool.

3.3 La prévention en officine

Campagne de prévention :

Les officines disposent de vitrines, d'écrans, d'espaces sur les comptoirs qui peuvent être utilisés à des fins de prévention avec la diffusion d'affiches, de flyers, de *spots* d'information etc.

Le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens a créé le site du comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm) qui a pour vocation d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Sur le site internet on trouve des brochures, des affiches ainsi que d'autres documentations qu'il est possible de consulter en ligne ou de commander (83).

Dans le cadre du thème de l'alcool, plusieurs dates peuvent être l'occasion d'informer et de faire une campagne d'affichage de prévention sur le sujet de l'alcool :

- Le mois de janvier, avec le *dry january* ou Le Défi De Janvier : c'est une campagne de sensibilisation annuelle originaire d'Angleterre incitant à ne pas consommer d'alcool pendant le mois de janvier. Ce défi est l'occasion de faire le point sur sa consommation d'alcool et de constater les bénéfices de cette pause. Des affiches sont disponibles ainsi qu'une application pour *smarthphone* (*Try Dry*). Cependant il ne s'adresse pas aux personnes présentant une dépendance à l'alcool, qui doivent être adressées à un professionnel de santé spécialisé (3, 84).
- Le 9 septembre : Journée mondiale de sensibilisation au Syndrome d'Alcoolisation Fœtale qui est l'occasion de rappeler que toute consommation d'alcool pendant la grossesse est susceptible de présenter un risque pour l'enfant à naître.
- Lors des campagnes de prévention régulièrement diffusées par Santé publique France et l'institut national du cancer.

Les bilans de prévention (85, 86) : ils devraient se généraliser au cours de l'année 2024. Ils sont réalisables par les médecins, les infirmiers, les pharmaciens et les sage-femmes. Leurs objectifs sont de mettre en œuvre une démarche de sensibilisation et de prévention personnalisée aux âges clés de la vie, c'est à dire entre 18 et 25 ans, entre 45 et 50 ans, entre 60 et 65 ans et un entre 70 et 75 ans. L'entretien, d'une durée de 30 à 45 minutes dans un espace de confidentialité, doit permettre de hiérarchiser les risques de santé individuels afin d'aboutir à l'élaboration d'un plan personnalisé de prévention. Il se déroule en 3 étapes :

- **Étape 1** : le repérage des risques individuels (l'auto-questionnaire complété par le patient ainsi que la fiche d'aide au repérage des risques permettent d'identifier ces facteurs de risque)
- **Étape 2** : la priorisation d'un ou deux sujets de prévention choisis par une décision partagée entre le professionnel de santé et le patient. Le traitement de ces sujets prioritaires s'appuie sur des outils et des méthodes qui suscitent ou renforcent la motivation au changement d'habitude (entretien motivationnel, interventions brèves)
- **Étape 3** : Le Plan Personnalisé de Prévention (PPP) est issu d'une rédaction partagée entre la personne et le professionnel de santé. Il contient les éléments suivants : les objectifs prioritaires construits conjointement, les obstacles rencontrés dans la conduite du changement des habitudes de vie, les modalités pratiques concrètes à mettre en place pour faciliter le changement des habitudes de vie, les ressources et les intervenants à disposition de la personne

Les thématiques abordées en fonction des tranches d'âges sont résumées dans l'annexe 9. La consommation d'alcool fait partie des thématiques à évoquer à chaque tranche d'âges. Il est conseillé d'utiliser le questionnaire Face (Annexe 8) afin d'évaluer la consommation d'alcool.

Ces bilans sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie et le professionnel de santé est rémunéré à hauteur de 30 euros.

Afin d'aider les professionnels de santé à réaliser ces entretiens, un livret de présentation et des fiches d'aides sont disponibles sur le site ameli.fr dans l'onglet « santé et prévention » de l'espace consacré aux pharmaciens.

L'entretien femme enceinte (87) : La convention pharmaceutique du 9 mars 2022 permet désormais la réalisation et la valorisation d'entretiens dédiés aux femmes enceintes sur la prise en charge médicamenteuse. L'objectif de cet entretien est de sensibiliser les femmes enceintes au risque tératogène et foetotoxique de certains médicaments ainsi qu'à l'importance de la vaccination. Lors de cet entretien, la consommation d'alcool peut être évoquée ainsi qu'un bref rappel sur le SAF.

Le taux de prise en charge par l'Assurance Maladie est de 70 % ou de 100 % si la patiente est couverte par l'assurance maternité. La rémunération pour le pharmacien est de 5 euros.

La mise à disposition en libre accès sur les comptoirs d'un flyer avec l'auto-questionnaire AUDIT ou AUDIT-C ainsi que les différentes adresses de prise en charge des TUA : l'objectif est d'alerter, 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 ou les personnes qui ne savent pas vers qui s'orienter pour parler de leur consommation. Exemple d'un *flyer* en annexe 10.

4. Prises en charge à la pharmacie

4.1 Entretien motivationnel (EM) (3, 88)

L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Ce type d'entretien a été initialement créé pour le traitement des dépendances à l'alcool avant d'être utilisé dans la prise en charge de nombreuses pathologies ainsi que dans le secteur social et éducatif. L'EM est particulièrement utilisé dans des situations d'ambivalence, c'est-à-dire quand une personne a un choix à faire entre deux situations : maintenir la situation telle qu'elle est malgré les conséquences ou changer de comportement.

L'esprit de l'entretien motivationnel repose sur 4 principes :

- **Le partenariat** : la collaboration entre deux experts, le professionnel, expert dans son domaine et la personne experte de sa propre situation
- **Le non-jugement** : reconnaître l'autonomie et la valeur de la personne, en manifestant une empathie approfondie
- **L'altruisme** : l'intérêt de la personne accompagnée est l'objectif premier
- **L'évocation** : le professionnel aide la personne à faire émerger ses propres ressources, préexistantes, en faisant verbaliser positivement le changement

Les cinq compétences essentielles pour faire un entretien motivationnel sont :

- **Poser des questions ouvertes** afin de favoriser l'échange et de laisser le patient s'exprimer.
- **Valoriser la démarche** entreprise ainsi que les expériences antérieures même en cas de reprise de consommation. La valorisation doit être centrée sur la personne, ses actes, et exprimer le moins possible un jugement de l'intervenant. Cette valorisation favorise l'engagement dans la relation.
- **Reformuler** : écoute réflexive, refléter verbalement ce qu'a dit la personne par des affirmations (et non des questions). Le reflet peut être simple (reprendre un mot, une expression, ou reformuler presque à l'identique), ou plus complexe (reformulation qui ira éventuellement plus loin que le propos de la personne).

- **Résumer** ce que le patient exprime afin de valider qu'on a bien compris ce qu'il souhaite exprimer. Ce résumé permet aussi au patient de porter un regard sur ce qu'il a dit.
- **Informé et conseiller** : toujours partir de ce que la personne sait. Demander – Partager – Demander.

Aider les personnes à engager le changement

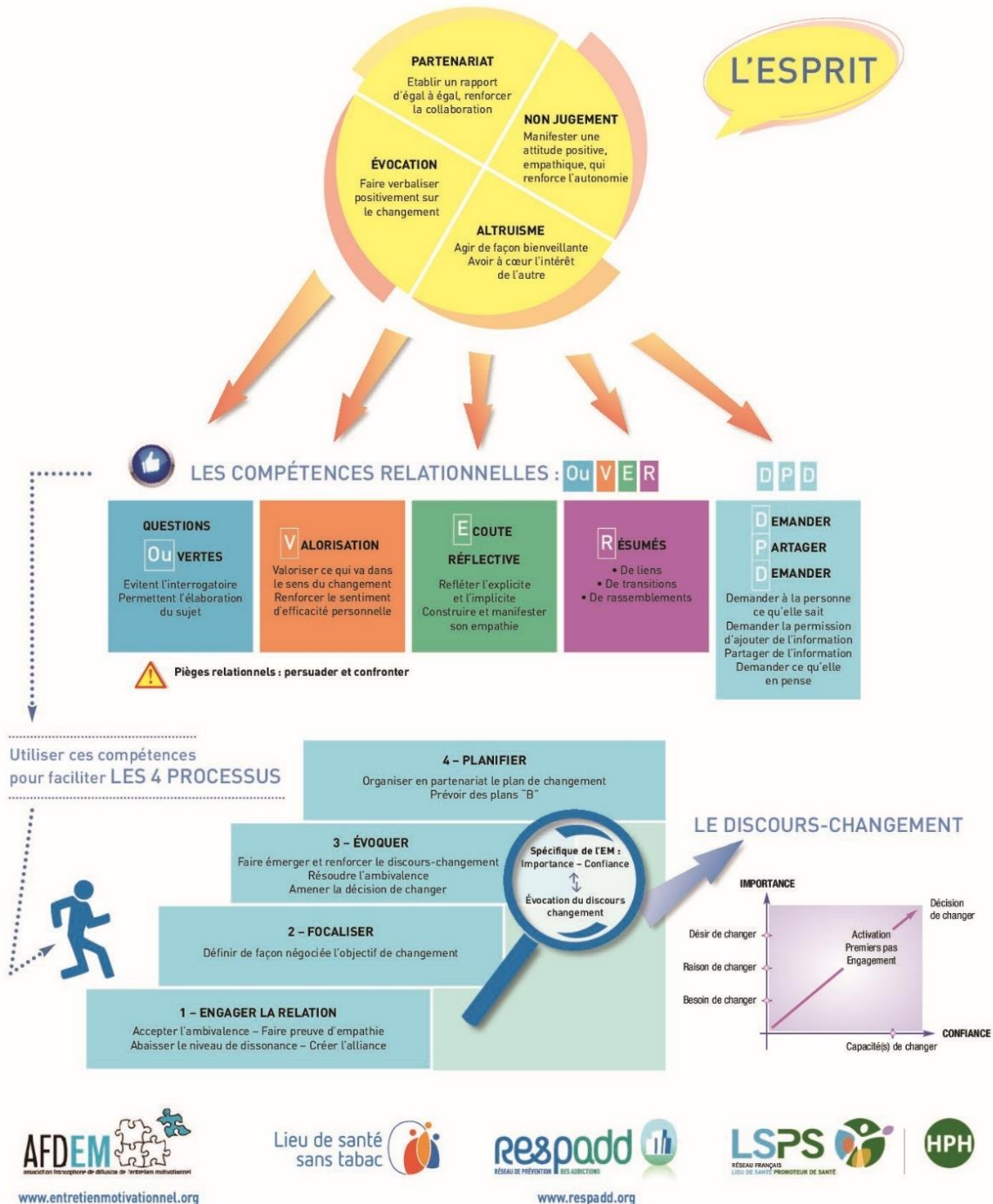


Figure 34 : Entretien motivationnel (89)

En officine, ce type d'entretien est surtout utilisé dans le cadre du sevrage tabagique mais il pourrait être utilisé dans le cadre d'un accompagnement d'un patient alcoolodépendant traité afin d'éviter les rechutes ou avec un patient qui a une consommation à risque en complément du RPIB. La réalisation de cet entretien doit se faire après avoir été formé aux techniques de l'EM et après discussion avec les autres professionnels de santé prenant en charge le patient alcoolodépendant.

4.2 Orientation

La prise en charge d'un patient alcoolodépendant passe par l'orientation du patient vers un professionnel spécialisé ou vers des associations qui vont avoir un rôle de support, un rôle social et permettre au patient d'éviter les rechutes.

Le pharmacien doit avoir à disposition une liste d'adresses vers qui orienter les patients. Il peut orienter vers le centre hospitalier le plus proche, vers un CSAPA, vers des associations de patients, etc. Le site alcool-info-service.fr met à disposition un annuaire en ligne permettant de trouver les 10 structures les plus proches de son domicile. Pour les départements de la Drôme et de l'Ardèche, une liste d'adresses est disponible en annexe 10.

4.3 Conseils lors de la délivrance des traitements

Lors de la délivrance des traitements, le rôle du pharmacien est de faire le suivi des traitements en interrogeant le patient sur la tolérance et l'efficacité du traitement. Il doit faire une déclaration à la pharmacovigilance si un effet indésirable est imputable au médicament. Ces déclarations sont importantes afin de faire évoluer la recherche et d'influencer les futures recommandations de prise en charge de l'alcoolodépendance.

Le pharmacien, grâce au dossier pharmaceutique et « mon espace santé » peut aussi faire le suivi de l'adhésion thérapeutique du patient à son traitement.

4.4 Les thérapeutiques hors médicaments

4.4.1 Phytothérapie :

- **Le KUDZU (*Pueraria montana var lobata*)** : C'est une plante originaire d'Asie. Sa racine est riche en isoflavones (puerarine, daidzéine, et daidzine). Son mécanisme

d'action n'est pas totalement élucidé. Bien que les études soient encore contradictoires, le Kudzu serait un traitement ou une alternative potentielle pour la réduction de la consommation d'alcool et une aide au sevrage alcoolique.

Pour avoir un effet thérapeutique la teneur retenue en isoflavones est de 25 %, soit 750 mg d'isoflavones par jour, contenue dans 3 g d'extrait de racine. Cependant l'ANSM recommande une dose maximale de 1mg/kg/j d'isoflavones.

Son usage est contre-indiqué en cas d'antécédents personnels ou familiaux de cancer hormono-dépendant car elle contient des phytoestrogènes.

On retrouve l'extrait de racine de Kudzu sous forme de poudre contenue dans des gélules (90). (Laboratoire Vit'all+ ®, Solaray ®, Dieti Natura ®, Nat&Form ®).



Figure 35 : Le Kudzu (91)

- Des plantes comme **la Rhodiola**, **la Valériane**, **l'Ashwagandha** (ou Ginseng indien) peuvent être utilisées afin de diminuer les états d'irritation, de nervosité et les troubles du sommeil qu'entraîne un sevrage à l'alcool (92).



Figure 36 : Rhodiola – Valériane – Ashwagandha (93)

4.4.2 Aromathérapie

- **Huile essentielle d'Angélique** (*Angelica archangelica L*) (94) :

Elle contient des molécules de terpènes qui vont calmer le système nerveux sympathique et agir tel un anxiolytique.

Utilisation en olfaction (1 goutte d'HE dans 4 gouttes d'huile végétale) à mettre sur les poignets et à respirer chaque fois que l'envie de boire se manifeste. Faire une pause d'une semaine après trois semaines d'utilisation.

Précautions d'emploi : photosensibilisante et potentiellement allergisante.

Contre-indications : traitements anticoagulants, antiagrégants plaquettaires et l'aspirine, grossesse et allaitement.



Figure 37 : Huile essentielle d'Angélique (94)

- **Huile essentielle de Pruche** (*Tsuga canadensis*) (95) : contient des terpènes et des esters terpéniques ayant une action sur le système nerveux. Elle calme les angoisses.

Utilisation en olfaction, soit à même le flacon quand l'envie devient trop forte, soit sur la face interne des poignets (1 goutte d'HE dans 4 gouttes d'huile végétale).

Précautions d'emploi : irritante pour la peau, à utiliser diluée et ne pas l'utiliser sur une longue période.



Figure 38 : Huile essentielle de Pruche (95)

4.4.3 Applications *smartphone*

Il existe de multiples applications pour smartphone avec pour objectif de soutenir les personnes souhaitant arrêter ou réduire leur consommation d'alcool.

Exemple de l'application : **Oz ensemble**

C'est une application gratuite et anonyme de suivi de consommation d'alcool. Son objectif est de redonner la maîtrise de la consommation sans nécessairement promouvoir l'abstinence totale et définitive. Elle se compose d'un calendrier, d'activités (tests, quiz, lectures) permettant d'accroître la motivation, d'articles conseils, ainsi que la possibilité d'échanger par téléphone gratuitement avec un

professionnel de l'addiction. C'est un dispositif expérimental créé par un médecin addictologue de l'association CaPASSCité et financé par l'ARS, la MILDECA et la DINUM en collaboration avec la fabrique numérique des ministères sociaux (96). Cette application peut être conseillée à des patients avec un TUA, traités ou non, qui se présentent à l'officine (96).

4.4.4 Autres thérapies

Musicothérapie (26) :

Selon la fédération Française de musicothérapie « la musicothérapie est une pratique de soin d'aide, de soutien, ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et / ou de relation. Elle s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique et l'histoire du sujet. Elle utilise la médiation sonore et / ou musicale afin d'ouvrir ou de restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et / ou non verbal ».

Une prise en charge en musicothérapie a pour but d'améliorer la qualité de vie du patient en lui apportant par exemple :

- Une diminution de son anxiété, de son état dépressif par le biais d'exercices de relaxation / de respiration en musique et de la pratique de divers types de percussions qui apaisent et relâchent le mental.
- La libération de ses émotions au travers l'écoute musicale et / ou la pratique d'un instrument
- La reconnexion à son corps par le biais de percussions corporelles, de manipulation d'instruments

Une expérimentation d'atelier de musicothérapie dans le cadre d'une prise en charge du patient alcoolodépendant a été menée au CSAPA de Sélestat / Onernai (situé dans le Bas-Rhin) par Françoise Beillouet, une musicothérapeute (26).

Hypnose thérapeutique (97) :

Le thérapeute accompagne le patient à concentrer son attention sur ses sensations afin de vivre de nouvelles expériences sensorielles, émotionnelles et imaginatives. Celles-ci sont co-crées par le thérapeute et le patient pendant ce moment d'intersubjectivité. Par la suite, le patient peut s'appuyer sur ses premières

expériences d'hypnose partagées pour pratiquer l'autohypnose. D'après les patients, l'hypnose et autohypnose peuvent leur permettre de :

- Retrouver des alternatives à la consommation, de gérer le *craving*
- Améliorer l'alliance thérapeutique
- Apprendre à réorienter leur attention qui est focalisée sur des ruminations anxieuses, sur l'envie de consommer etc.
- Retrouver des sensations agréables autrement qu'en consommant grâce à l'imagination
- D'apaiser l'anxiété, de favoriser l'endormissement

Globalement, l'hypnose permet aux patients d'améliorer leur bien-être et de se sentir plus apaisés. Ils ressentent une amélioration de leurs relations sociales, professionnelles et familiales.

La sophrologie (98) :

Lors d'une séance qui dure en général 1 heure les patients sont invités au travers d'exercices pratiqués debout, assis ou allongé, à restaurer progressivement :

- La présence au corps,
- La conscience de la respiration « l'inspire » et « l'expire »
- Le travail sur les 5 sens
- La projection dans des valeurs positives (techniques de futurisation)
- Redécouverte des valeurs premières (bienveillance aimante envers soi-même, prendre soin de soi, gratitude)

Cette méthode est souvent proposée en atelier de groupe dans les CSAPA.

Toutes ces thérapeutiques sont des soins d'accompagnement et ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie du patient. Elles sont complémentaires à la prise en charge médico-psycho-sociale globale nécessaire au traitement de l'alcoolodépendance.

PARTIE 2 : Étude sur le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention, le repérage et la prise en charge de l'alcoolodépendance

J'ai réalisé un questionnaire destiné à l'équipe officinale ayant une expérience de comptoir (pharmaciens, préparateurs et étudiants en pharmacie).

1. Objectif du questionnaire

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer comment les équipes officinales abordent le sujet de l'alcoolodépendance avec leurs patients et de voir si elles estiment avoir un rôle à jouer dans la prévention le repérage et la prise en charge de l'alcoolodépendance.

2. Matériel et méthodes

Le questionnaire utilisé pour cette étude se compose de 22 questions (Annexe 11). Il a été réalisé sur *Google Forms* et a été diffusé aux équipes officinales de la région Auvergne-Rhône-Alpes par mails, dans les groupes de promotion de la faculté de pharmacie de Grenoble sur les réseaux sociaux et par le bouche-à-oreille au sein des officines.

Le questionnaire a été diffusé de septembre 2023 à fin janvier 2024. J'ai obtenu 63 réponses. Une réponse a été exclue car elle ne correspondait pas au critère de sélection (hors Auvergne-Rhône-Alpes).

C'est un questionnaire anonyme et les résultats sont uniquement exploités dans le cadre de cette thèse.

Les données ont été traitées sur le logiciel Excel, afin de les interpréter. Nous avons réalisé une analyse bi-variée de certaines variables. Du fait de petits échantillons, nous avons utilisé le test exact de Fisher pour l'analyse statistique. Il s'agit d'une alternative au test du Khi-2 pour tester 2 variables qualitatives lorsque les échantillons sont petits avec certains effectifs inférieurs à 5. Les résultats sont statistiquement significatifs si la p-value est inférieure ou égale à 0,05.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire

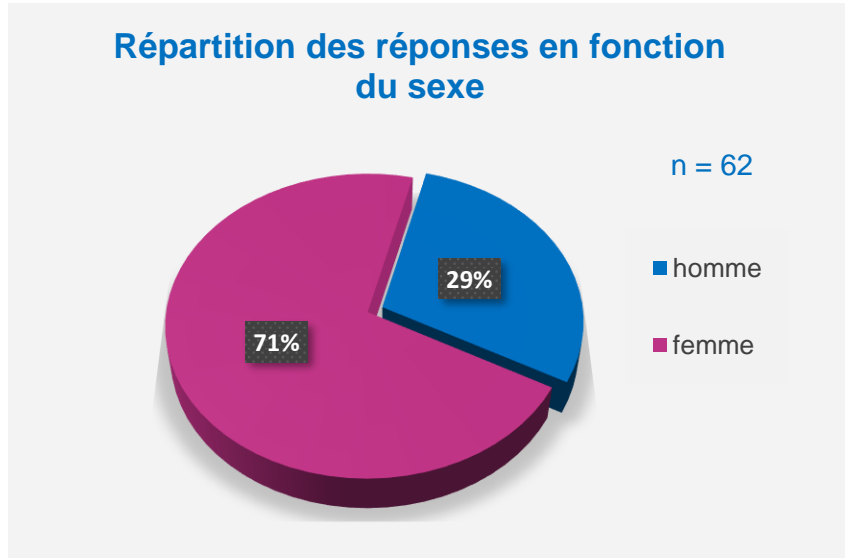


Figure 39 : Répartition des répondants en fonction du sexe

Sur les 62 réponses, 18 personnes sont des hommes (soit 29 %) et 44 personnes sont des femmes (soit 71 %).

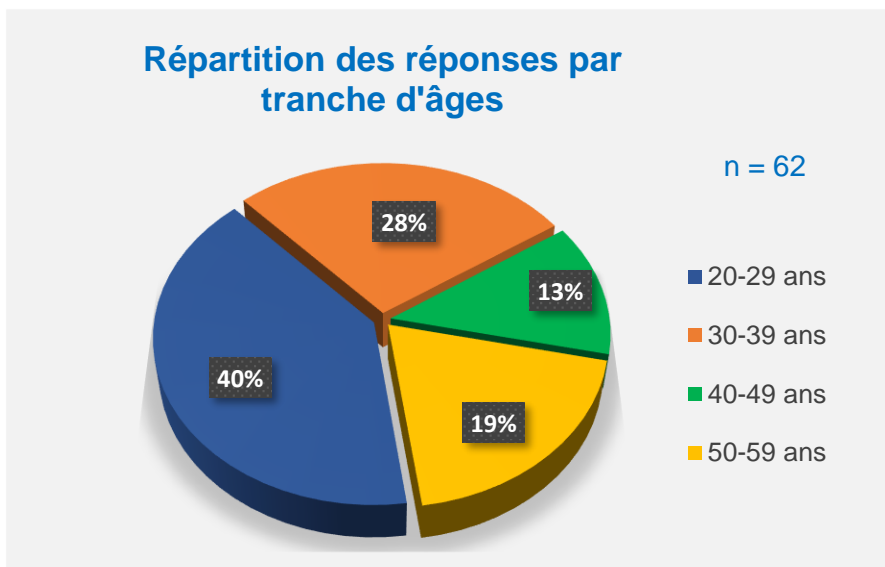


Figure 40 : Répartition des répondants par tranche d'âges

La majorité des répondants ont entre 20 et 29 ans (40 %), 28 %, ont entre 30 et 39 ans, 13 % entre 40 et 49 ans et 19 % entre 50 et 59 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux et en particulier auprès de groupes d'étudiants en pharmacie.

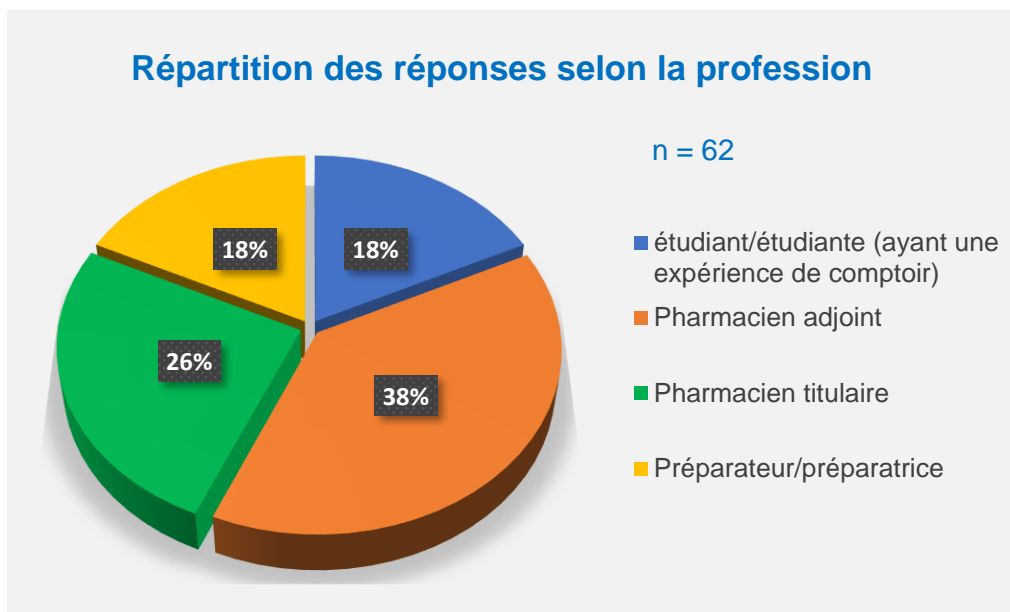


Figure 41 : Répartition des répondants selon leur profession

La majorité des répondants sont des pharmaciens (adjoints ou titulaires), 18 % sont des étudiants et 18 % des préparateurs. Cette répartition peut s'expliquer par le fait que le questionnaire a été diffusé à tous les titulaires du groupement de la pharmacie où j'exerce ainsi qu'à mes collègues de promotion qui ont été diplômés en 2023.

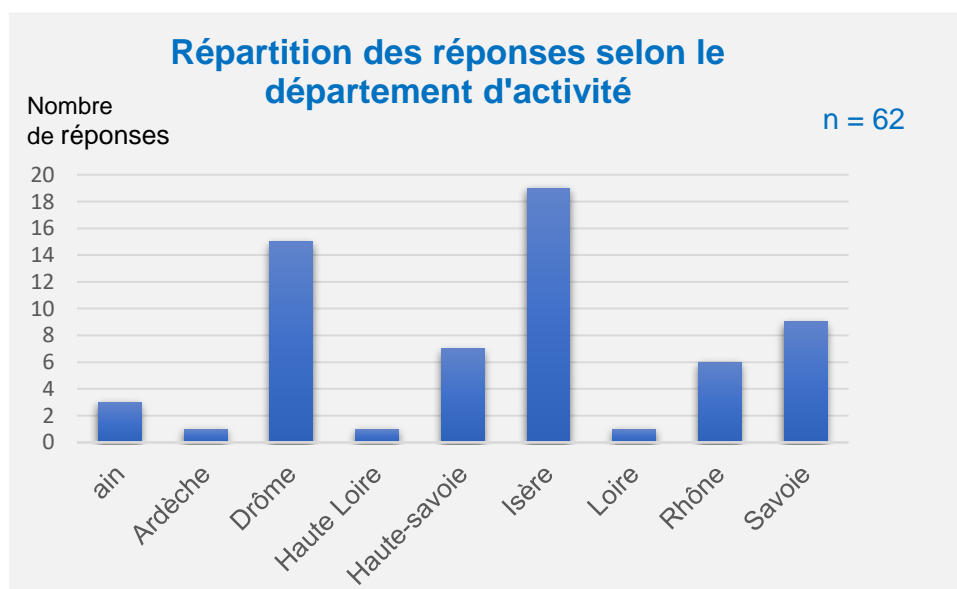


Figure 42 : Répartition des répondants en fonction de leur département d'exercice

La majorité des répondants exercent en Drôme et en Isère. Cela s'explique par le fait que j'exerce en Drôme et que je suis étudiante à Grenoble. Donc le questionnaire a été diffusé à mes collègues de travail ainsi qu'à leurs connaissances et à mes camarades de l'université.

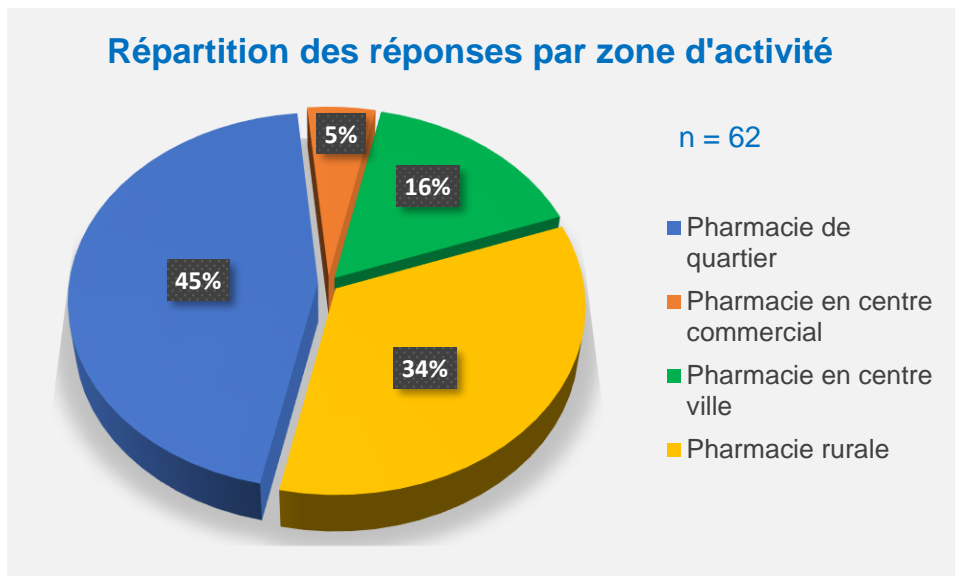


Figure 43 : Répartition des réponses par zones d'activité

On peut voir que la majorité des répondants travaillent pour 34 % en pharmacie rurale et 45 % en pharmacie de quartier.

3.2 Questions sur l'alcoolodépendance

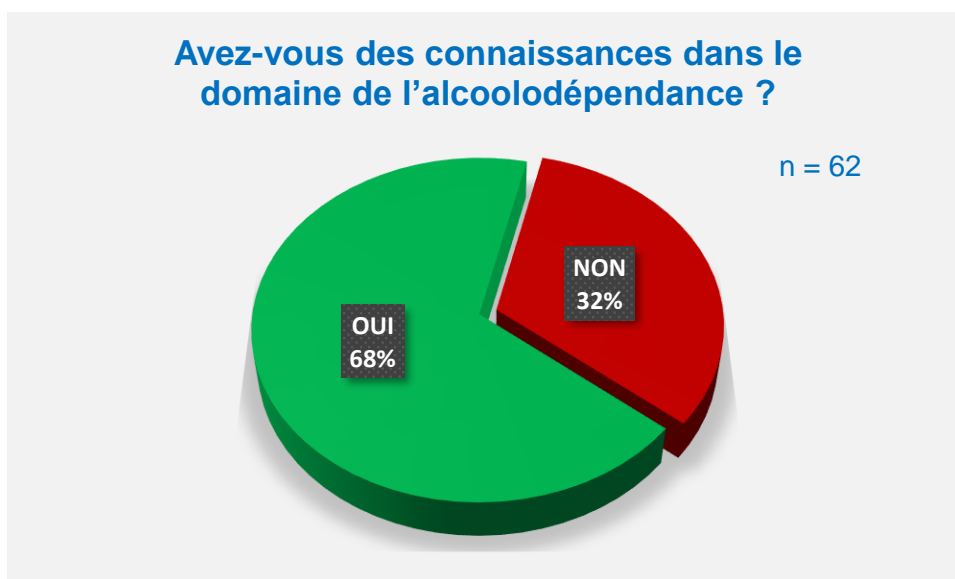


Figure 44 : État des connaissances

Sur les 62 personnes interrogées, 42 (soit 68 %) semblent avoir des connaissances dans le domaine de l'alcoolodépendance. On peut se demander si le sexe, l'âge et la profession influencent la réponse à cette question. D'après le test exact de Fisher, l'âge, la profession et le sexe ne sont pas statistiquement significatifs et donc n'influencent pas le fait d'avoir des connaissances dans ce domaine.

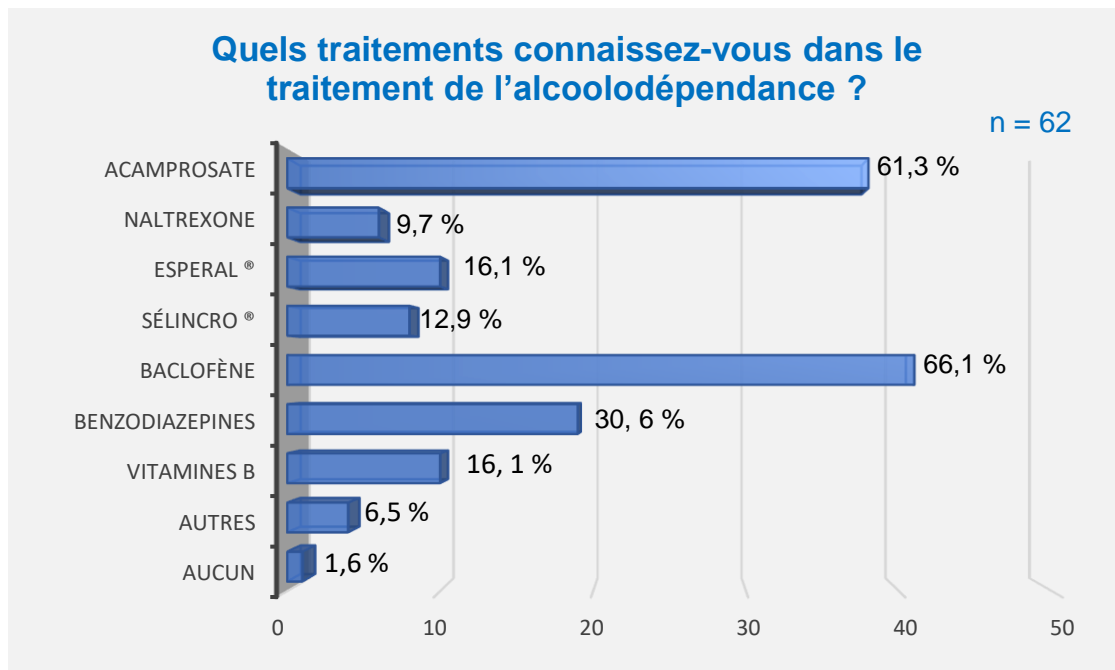


Figure 45 : Traitements connus

Cette question était une question ouverte et il était donc possible de citer plusieurs molécules.

Les traitements les plus cités sont l'Acamprosate (Aotal[®]) et le Baclofène (Baclocur[®]), 3 personnes ont cité le Lioresal[®] qui est aussi du baclofène mais qui n'a pas d'AMM dans l'alcoolodépendance.

Plusieurs personnes ont cité les Benzodiazepines (Seresta, Temesta, Diazepam) et les vitamines B qui sont des traitements dans le sevrage de l'alcoolodépendance.

Les antidépresseurs, le Subutex[®], la Buspirone ainsi que le Bupropion ont été cités une fois, ils apparaissent dans autres sur le graphique. Ces traitements ne sont pas indiqués dans le traitement de l'alcoolodépendance.

La majorité des répondants connaissent donc au moins un traitement de l'alcoolodépendance. Seulement 4 personnes ont cité des traitements hors recommandation et 1 personne n'a pas pu citer de traitements.

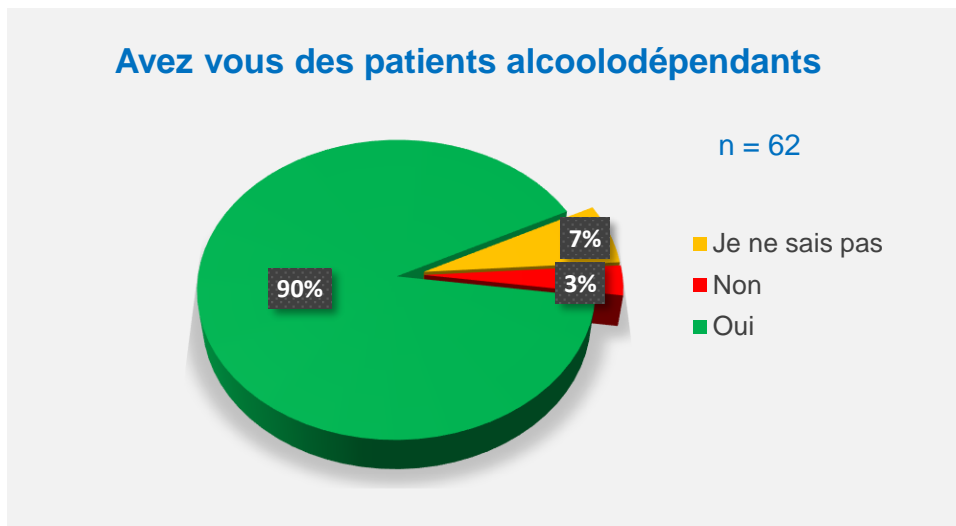


Figure 46 : Patients alcoolodépendants

90 % des répondants soit 56 personnes ont des patients alcoolodépendants dans leur officine, et seulement 2 pensent ne pas en avoir.

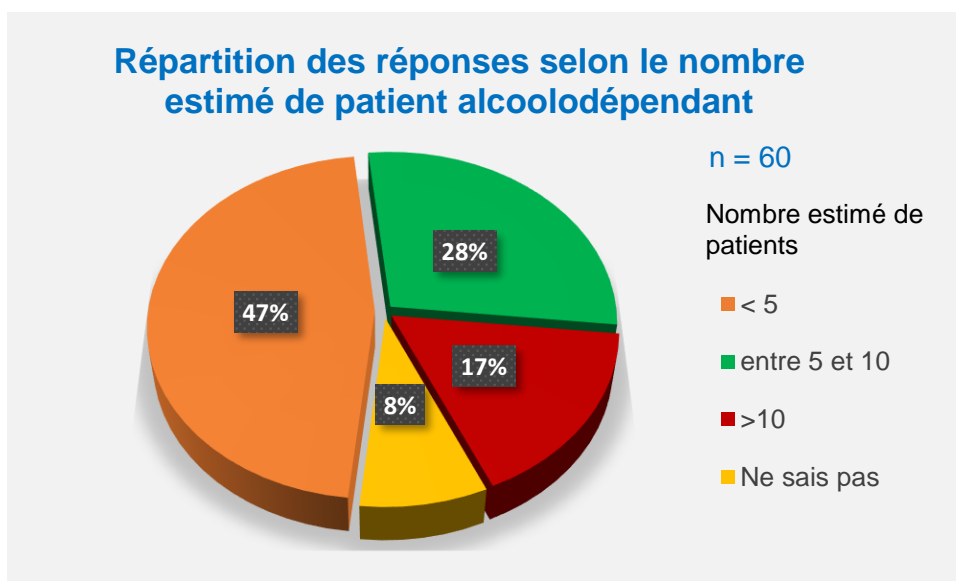


Figure 47 : Nombre estimé de patients

Environ la moitié des personnes ayant répondu avoir des patients alcoolodépendants pense en avoir moins de cinq. 28 % pensent en avoir entre 5 et 10 et 17 % plus de 10. L'alcoolodépendance et en particulier quand les patients ne sont pas traités est une pathologie parfois difficile à repérer. Il est donc assez compliqué d'estimer le nombre de patients alcoolodépendants fréquentant l'officine.

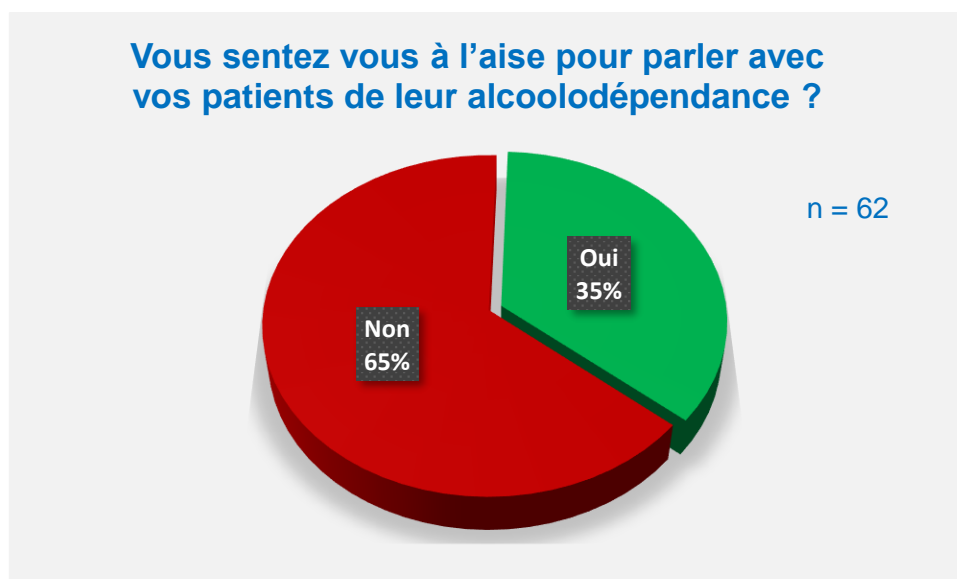


Figure 48 : Ressenti des pharmaciens face aux patients alcoolodépendants

À la question vous sentez-vous à l'aise pour parler avec vos patients de leur alcoolodépendance, la majorité des répondants ont répondu non.

Vous sentez-vous à l'aise pour parler de ce sujet avec vos patients ?	Oui	Non	Total
Homme	10 (56 %)	8 (44 %)	18
Femme	12 (27 %)	32 (73 %)	44

Figure 49 : Résumé des réponses de la figure 48

En croisant les données on observe que les hommes semblent être plus à l'aise que les femmes pour aborder ce sujet. Le test exact de Fisher le confirme avec un résultat statistiquement significatif (p -value = 0,04). En revanche, d'après le test exact de Fisher, l'âge et la profession n'ont pas de lien significatif avec le fait de se sentir à l'aise pour parler de ce sujet.

Avez-vous des connaissances dans le domaine de l'alcoolodépendance :		OUI	NON
Vous sentez-vous à l'aise pour parler avec vos patients de leur alcoolodépendance	OUI	19	3
	NON	23	17

Figure 50 : Est-ce qu'avoir des connaissances permet d'être plus à l'aise ?

Afin de voir si le fait d'être formé permet d'être plus à l'aise pour parler de l'alcoolodépendance, le test exact de Fisher a été réalisé. La p-value était de 0,0246 donc le résultat est statistiquement significatif. Le fait d'être formé permet donc d'être plus à l'aise pour parler avec les patients de leur alcoolodépendance.

Les deux questions suivantes étaient des questions ouvertes qui interrogeaient sur la manière d'aborder le sujet avec un patient non traité et avec un patient traité. Certaines personnes ont cité plusieurs réponses pour répondre à la question. Les réponses ont été regroupées par thème.

Comment abordez-vous le sujet avec un patient non traité : 60 personnes ont répondu	Nombre de réponses	% sur 60 répondants
Je n'aborde pas le sujet	21	35 %
En demandant comment se sent la personne, en parlant de sa vie quotidienne, si sa consommation a des répercussions sur son quotidien et son bien être	7	11,7 %
En orientant vers un spécialiste ou vers le médecin généraliste	7	11,7 %
Sujet difficile à aborder	5	8,3 %
Lors de la délivrance de traitements contre indiqués avec l'alcool	4	6,7 %
Je laisse le patient aborder le sujet en premier	4	6,7 %
En ayant une posture d'écoute active, une attitude empathique, bienveillante. « si vous avez des questions n'hésitez pas »	3	5 %
En essayant de communiquer en suivant les principes de l'entretien motivationnel, avec des questions ouvertes	3	5 %
En abordant le sujet avec humour ou au milieu d'autres sujets afin d'éviter de juger la personne	2	3,3 %
En proposant d'aller discuter dans un espace de confidentialité	2	3,3 %
En se servant des campagnes de prévention, exemple : janvier sobre	1	1,6 %
Lors d'un comportement inadapté (violence verbale ou physique) d'un patient alcoolodépendant	1	1,6 %

Figure 51 : Réponses pour un patient non traité

La majorité des personnes interrogées dans cette enquête n'aborde pas le sujet de l'alcoolodépendance avec un patient non traité.

Comment abordez-vous le sujet avec un patient traité : 61 personnes ont répondu	Nombre de réponse	% sur 61 répondants
En parlant de son traitement : expliquer le traitement, évaluer l'adhésion, la tolérance, l'efficacité	42	68,9 %
En demandant comment le patient se sent	12	19,7 %
En ayant une posture d'écoute active, une attitude empathique, bienveillante, en répondant aux questions du patient et en se rendant disponible si le patient a besoin d'aide	9	14,8 %
En posant des questions sur la consommation, le <i>craving</i> , les rechutes, les habitudes de vie	6	9,8 %
En demandant s'il y a un suivi avec un spécialiste, un psychologue, un psychiatre, un addictologue etc.	5	8,2 %
N'aborde pas le sujet, laisse le médecin généraliste aborder le sujet	5	8,2 %
En valorisant les efforts ; en encourageant	2	3,3 %

Figure 52 : Réponses pour un patient traité

La majorité des personnes partent du traitement du patient afin d'aborder le sujet de l'alcoolodépendance.

3.3 Prévention

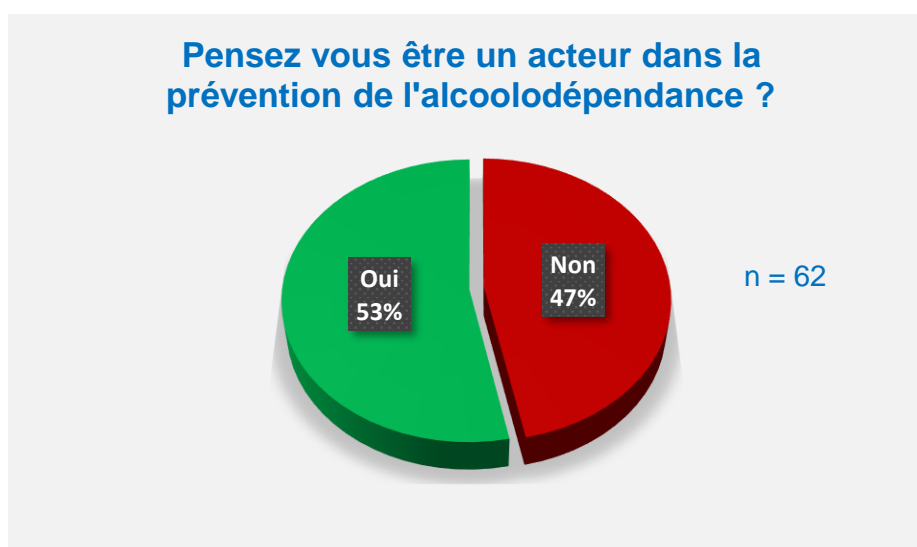


Figure 53 : Prévention

À la question pensez-vous être un acteur dans la prévention de l'alcoolodépendance, un peu plus de la moitié (53 % soit 33 réponses) ont répondu oui. Cela peut sembler assez faible alors que l'article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique qui définit les missions des pharmaciens d'officine mentionne que le pharmacien contribue aux soins de premier recours (parmi lesquels l'éducation pour la santé, la prévention et le dépistage) (99).

3.4 Repérage

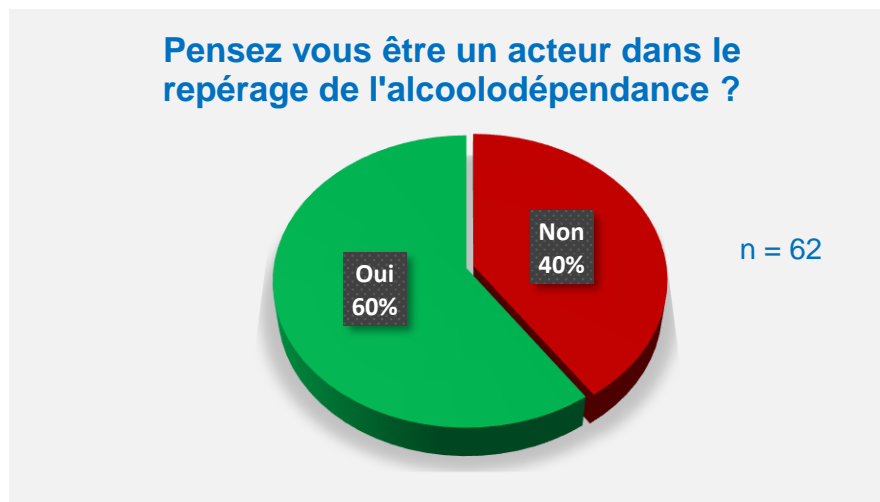


Figure 54 : Repérage

À cette question la majorité des répondants pense être acteur dans le repérage de l'alcoolodépendance.

3.5 Prise en charge

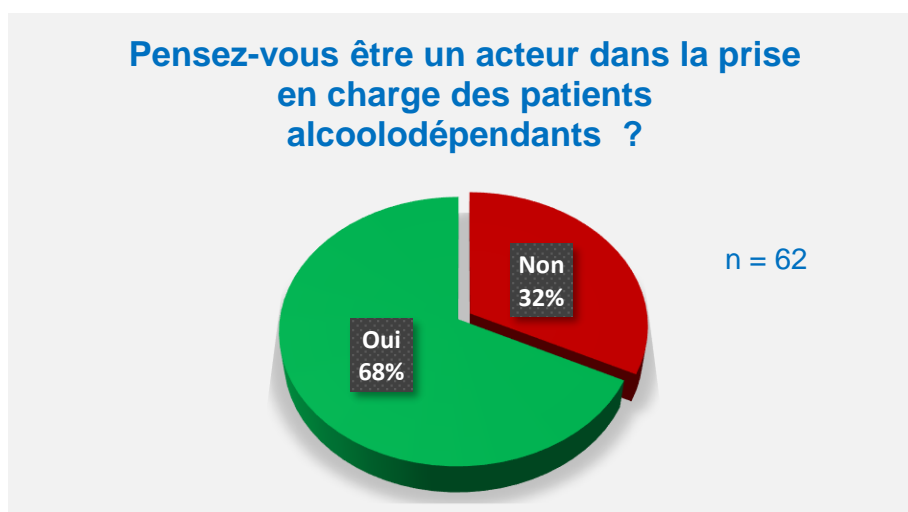


Figure 55 : Prise en charge

À cette question, 42 répondants soit 68 % pensent être un acteur dans la prise en charge des patients alcoolodépendants. Les équipes officinales pensent plus avoir un rôle dans la prise en charge que dans la prévention ou le repérage.

On peut se demander si l'âge, le sexe et la profession influencent le fait de se sentir acteur ou non dans la prévention, le repérage et la prise en charge de l'alcoolodépendance. D'après le test exact de Fisher il n'y a pas de lien statistiquement significatif.



Figure 56 : Orientation

60 % des personnes interrogées (soit 37 personnes) savent vers qui orienter un patient alcoolodépendant. Sur ces 37, seulement 2 n'ont pas cité d'exemples de lieux vers qui orienter leurs patients. Sur les 35 personnes ayant répondu à la question « vers qui les orientez-vous ? » :

- 54 % ont répondu vers un CSAPA ou un addictologue en citant par exemple en Drome - Ardèche TEMPO ou le CSAPA de Tournon sur Rhône. En Isère, le CSAPA du CHUGA situé à Saint-Martin-d'Hères a été cité.
- 31 % ont cité le médecin généraliste
- 31 % réorientent vers le service d'addictologie de l'hôpital le plus proche, le CHAI, l'US2A de l'hôpital de Valence, le CH de Sallanches, le CH de Tarare ou le CH d'Annecy
- 20 % ont cité des associations comme l'association le Pélican (en Savoie / Haute Savoie), Les Alcooliques Anonymes ou l'association Vie libre
- Enfin une personne a cité Internet ou un psychologue ou l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

Les 2 questions suivantes interrogeaient sur la prise en charge des patients alcoolodépendants traités et non traités. C'était des questions à choix multiples.

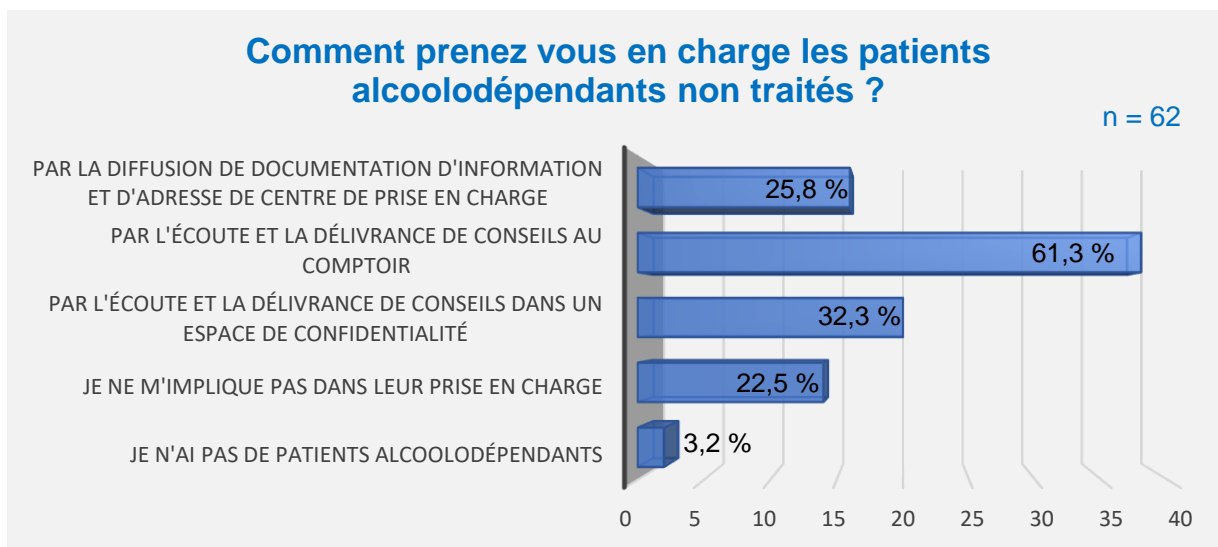


Figure 57 : Prise en charge des patients non traités

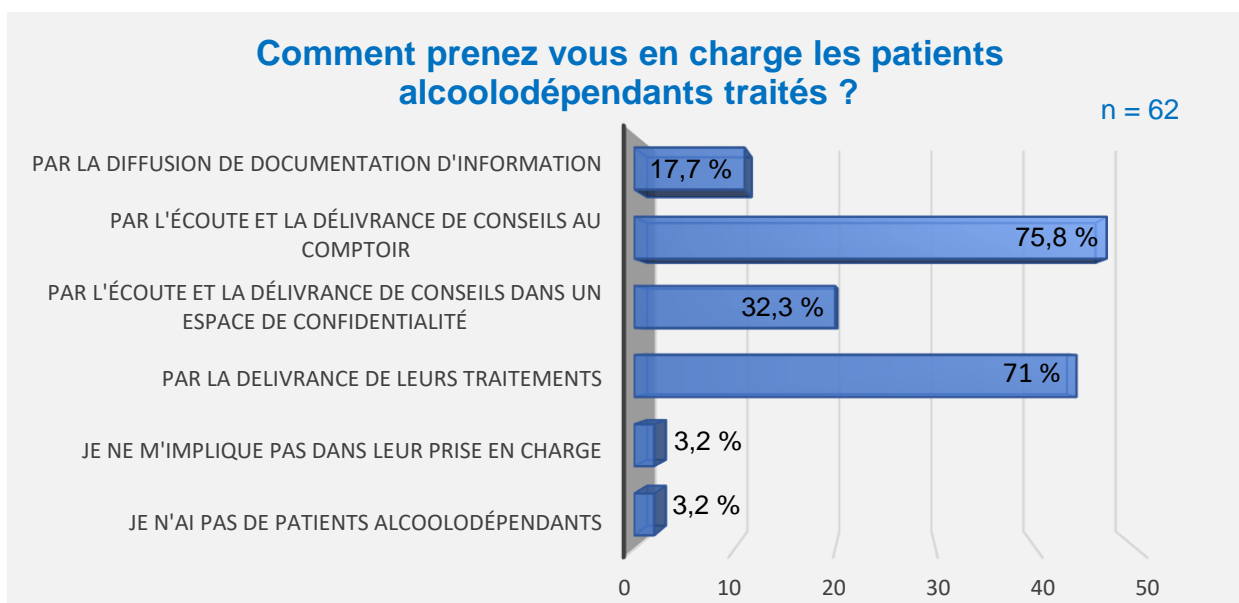


Figure 58 : Prise en charge des patients traités

On peut voir que la majorité des répondants s'implique dans la prise en charge des patients alcoolodépendants traités et non traités par l'écoute et la délivrance de conseils au comptoir et 32 % dans un espace de confidentialité. On peut remarquer qu'il semble plus facile de s'impliquer dans la prise en charge des patients déjà en soin que non traités. En effet, à la première question 22,5 % ont répondu ne pas s'impliquer dans la prise en charge des patients non traités contre seulement 3,2 % dans la prise en charge des patients traités.

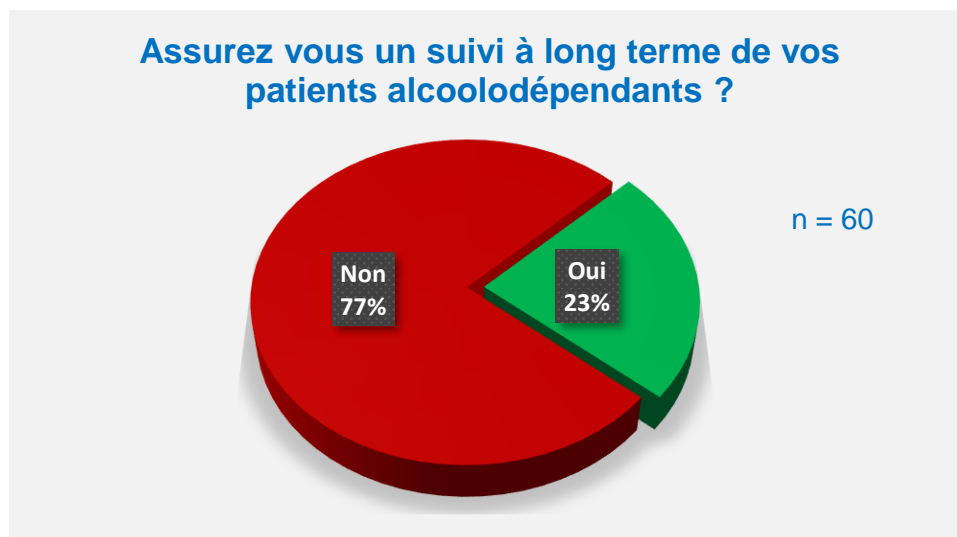


Figure 59 : Suivi à long terme

Sur les 60 personnes interrogées ayant des patients alcoolodépendants, seulement 14 personnes, soit 23 %, assurent un suivi à long terme de ces patients. D'après le test exact de Fisher, il existe un lien statistiquement significatif entre le sexe et le fait de suivre ou non les patients alcoolodépendant (p-value = 0,05). Les femmes assurent plus souvent un suivi à long terme de ces patients que les hommes. Il n'y a en revanche aucun lien statistiquement significatif entre l'âge, la profession et le suivi.

Suivi à long terme ?	OUI	NON	Total
Femmes	13 (31 %)	30 (69 %)	43
Hommes	1 (6 %)	16 (94 %)	17

Figure 60 : Suivi à long terme en fonction du sexe

Suivi à long terme ?	OUI	NON	Pas de patients	Total réponses
Pharmacie de quartier	28,5 %	67,9 %	3,5%	28
Pharmacie en centre commercial	0 %	100 %	0 %	3
Pharmacie en centre-ville	10 %	90 %	0 %	10
Pharmacie rurale	23,8 %	71,4 %	4,8 %	21

Figure 61 : Suivi à long terme en fonction de la zone d'activité

Contrairement aux apparences, d'après le test exact de Fisher, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le suivi à long terme de ces patients et la zone d'activité de l'officine.



Figure 62 : Communication interprofessionnelle

Seulement 17 % communiquent avec les autres professionnels de santé au sujet de leurs patients alcoolodépendants.

La dernière question de cette enquête interrogeait sur les freins pour accompagner les patients alcoolodépendants à l'officine. Cette question était une question ouverte donc les réponses ont été regroupées par thème.

Selon vous, quels sont les freins pour accompagner les patients alcoolodépendants à l'officine ?	Nombre de réponses	% sur 62 réponses
Sujet tabou, patient pas à l'aise pour en discuter, patient honteux, peur du jugement par le professionnel de santé	32	51,6 %
Manque de connaissances / formations	16	25,8 %
Patient pas motivé à se soigner, pas ouvert à la discussion	12	19,4 %
La confidentialité	10	16,2 %
Manque de communication avec les autres professionnels de santé, prise en charge pluriprofessionnelle compliquée	9	14,5 %
Manque de temps	7	11,3 %
Pas de documents d'information à disposition, pas d'adresses vers qui réorienter les patients	3	4,8 %
Mauvaise observance des patients, nomadisme	3	4,8 %
Peu de solutions à proposer en pharmacie hors médication	1	1,6 %
Absence de rémunération	1	1,6 %
Le manque de confiance des patients vis à vis des pharmaciens	1	1,6 %

Figure 63 : Réponses ouvertes à la dernière question

4. Discussion

Biais de l'étude :

- Le nombre de questionnaires remplis est limité, 62, ce qui rend l'enquête peu représentative.
- Il existe un biais dans la sélection des personnes interrogées car le questionnaire a été majoritairement diffusé auprès de mes collègues de promotion de la faculté donc une population jeune.
- Le questionnaire comportait des questions ouvertes pour lesquelles, les réponses obtenues étaient plus diffuses et pas toujours très précises. Les réponses ont été regroupées ensuite en plusieurs catégories lors du traitement des données.

L'alcool est un sujet de santé qui concerne tout le monde tout au long de la vie. Statistiquement, au moins 16 personnes souffrant d'un trouble dû à l'usage de l'alcool se présentent chaque jour dans chacune des pharmacies en France. Comme le montre les figures 46 et 47, 90 % des officinaux interrogés ont des patients alcoolodépendants. La majorité pense en avoir moins de 5 mais leur nombre est difficile à estimer. Il est probablement sous-estimé, sachant que ne sont souvent comptés que les patients qui ont des médicaments indiqués dans le maintien de l'abstinence.

Fin 2023, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié des outils pour aider les professionnels de santé de premier recours (notamment les pharmaciens), à aborder la consommation d'alcool chez leurs patients afin d'évaluer la présence éventuelle de risques associés à leur consommation. L'objectif est de faire de l'alcool un sujet de santé comme les autres.

Cependant, parler de la consommation d'alcool et d'alcoolodépendance reste un sujet difficile à aborder comme le montre cette enquête. Les figures 48, 51 et 52 illustrent le fait que la majorité des officinaux ne se sent pas à l'aise pour parler du sujet, surtout quand les patients ne sont pas pris en charge. Les hommes semblent un peu plus à l'aise que les femmes pour aborder le sujet (figure 49). La figure 63 confirme cela en montrant que 52 % des personnes interrogées citent comme principal frein pour accompagner les patients à l'officine le fait que ce soit un sujet

tabou. Toutefois, comme le montre la figure 50, le fait d'avoir des connaissances en alcoolodépendance permet de se sentir plus à l'aise pour en parler. Cela se confirme dans la figure 63 où « le manque de connaissances et de formations » a été cité par 25 % des répondants comme l'un des principaux freins à l'accompagnement de ces patients à l'officine. Le but de la HAS est donc d'essayer, grâce à des fiches pratiques, d'apporter des outils et des connaissances aux équipes officinales pour les aider à aborder ce sujet avec leurs patients.

Avec ce questionnaire, nous avons aussi cherché à savoir comment l'équipe officinale se place dans son rôle de prévention, de repérage et de prise en charge de l'alcoolodépendance. En effet, l'article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique qui définit les missions des pharmaciens d'officine, mentionne que le pharmacien contribue aux soins de premier recours (avec pour mission l'éducation pour la santé, la prévention et le dépistage) (99).

Prévention :

La figure 53 montre que seulement 53 % des personnes interrogées pensent avoir un rôle dans la prévention de l'alcoolodépendance, cela semble peu, alors que la prévention fait maintenant partie intégrante des missions du pharmacien d'officine. De plus, comme vu dans la partie 3.3 de la partie 1, le pharmacien peut mettre en place diverses actions de prévention.

Repérage :

La figure 54 montre que les équipes officinales sont un peu plus nombreuses à penser être actrices dans le repérage de l'alcoolodépendance par rapport à la prévention. Il aurait été intéressant de demander si elles connaissaient le RPIB et les questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool afin de voir comment elles repèrent leurs patients avec un TUA.

Prise en charge :

La figure 55 montre que les équipes officinales pensent surtout avoir un rôle à jouer dans la prise en charge de l'alcoolodépendance. Celle-ci passe en partie par l'orientation des patients non traités vers une structure adaptée ou l'orientation des patients traités vers des associations de patients qui peuvent les aider dans le maintien de leur abstinence sur le long terme. 40 % des répondants (figure 56) ne

savaient pas vers qui réorienter leurs patients et 4,8 % ont même cité ce motif comme un frein à leur accompagnement à l'officine (figure 63). Cependant, 25 % distribuent de la documentation d'information et des adresses aux patients qui en ont besoin (figure 57). Il est important d'avoir à l'officine un carnet d'adresses des structures les plus proches ou au moins de connaître le site alcool-info-service.fr qui met à disposition un annuaire en ligne.

La prise en charge d'un patient traité et non traité diffère comme le montrent les figures 57 et 58. Il est plus facile de prendre en charge des patients traités car le rôle principal du pharmacien est la dispensation des médicaments. Il est aussi plus facile de délivrer des conseils au comptoir avec un patient traité. Enfin un certain nombre de professionnels (environ 30 %) dispense des conseils dans un espace de confidentialité que ce soit avec des patients en soin ou non. L'alcoolodépendance étant un sujet jugé tabou, il est toujours préférable de proposer au patient la possibilité de s'isoler avec lui. Le manque de confidentialité au comptoir des officines est un des principaux freins pour aborder ce sujet (figure 63).

Seulement 23 % des répondants déclarent avoir un suivi à long terme de ces patients. Le même résultat est ressorti dans une étude réalisée en 2018 en Bretagne et à Paris dans le cadre de la thèse d'exercice de Mme Charline Bellier (100). Cependant les femmes semblent assurer un peu plus ce suivi à long terme que les hommes. Un des freins cités pour accompagner les patients alcoolodépendants à l'officine était le nomadisme et le manque d'observance de certains patients, ce qui peut rendre difficile leur suivi à long terme (figure 63).

Une prise en charge interprofessionnelle est nécessaire dans le traitement de l'alcoolodépendance, la communication entre les différents acteurs de cette prise en charge est importante mais seulement 17 % des personnes interrogées dans cette enquête ont répondu favorablement à la question : communiquez-vous avec les autres professionnels de santé au sujet de leur patient alcoolodépendant (figure 62). Ce manque de communication avec les autres professionnels de santé a d'ailleurs été cité comme un des freins à l'accompagnement de ces patients à l'officine (figure 63). Le développement des CPTS et des MSP pourra peut-être améliorer ce point dans les années futures.

Pour finir, en plus des freins à l'accompagnement des patients alcoolodépendants vu précédemment dans la discussion, la réticence du patient, le manque de temps, l'absence de rémunération ont été cités (figure 62). Tous ces freins ressortent aussi dans l'étude réalisée en 2018 par Mme Bellier. En 6 ans, les raisons qui entravent l'accompagnement des patients alcoolodépendants n'ont donc pas beaucoup changé. Le sujet reste tabou et les équipes officinales semblent encore trop peu formées pour se sentir à l'aise dans la prise en charge de ces patients. Cependant avec l'arrivée des nouvelles missions à l'officine et le rôle accru donné au pharmacien dans la prévention, il est un acteur de choix dans l'accompagnement de cette pathologie.

CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Camille CHARBONNEL

TITRE :

LE RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA PRÉVENTION, LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE L'ALCOOLODÉPENDANCE

CONCLUSION :

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. Elle a un rôle social important, mais elle fait aussi partie des substances les plus nocives en termes de dommages psychiques, sanitaires et sociaux. Même si sa consommation tend à diminuer, environ 25 % des Français dépassent les repères de consommation. L'alcoolodépendance et plus globalement les troubles dus à l'usage d'alcool concerneraient en France environ 7 % de la population et une très faible proportion de ces patients serait traitée. Pourtant des dispositifs de soins pluriprofessionnels avec une prise en charge médicale, pharmacologique, psychologique et sociale existent.

Au cours de ce travail, nous avons pu voir que le pharmacien en tant que professionnel de santé de premier recours et par sa disponibilité, son accessibilité et sa proximité avec les patients, peut être un acteur majeur dans la prévention, le repérage et la prise en charge de ce problème de santé publique. En effet, il a une mission de prévention et de repérage en relayant entre autres les campagnes d'information, en proposant des entretiens, en repérant grâce au RPIB les patients à risque ou en prévenant les interactions médicamenteuses avec l'alcool. Il a aussi un rôle dans leur prise en charge en les réorientant vers des spécialistes et en dispensant les traitements pharmacologiques du sevrage et du maintien de l'abstinence.

Cependant, comme le montrent les résultats du questionnaire distribué aux officinaux, un nombre important d'entre eux ne se sent pas très à l'aise pour aborder le sujet avec leur patientèle. Ils ont donc des difficultés à être des acteurs de la prévention et du repérage des troubles de l'usage de l'alcool. Ils se sentent plutôt acteurs dans la prise en charge des patients traités avec la délivrance de leurs traitements. Les officinaux évoquent comme principaux freins pour expliquer leurs réticences : l'idée que la consommation d'alcool est un sujet tabou, le manque de confidentialité dans les pharmacies, le manque de réceptivité des patients pour le sujet, le manque de formation et le manque d'interprofessionnalité.

Dans les années futures, il serait intéressant de voir si le développement du travail en interprofessionnalité, notamment avec la création de CPTS et de MSP et la modification des aménagements des officines favorisant la confidentialité exigée par le code de la santé publique, permettront l'amélioration de la prévention et de la prise en charge de l'alcoolodépendance et des addictions en général.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 4/04/24

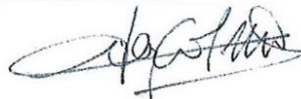
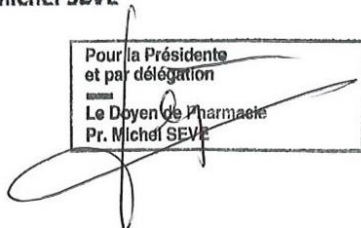
**LE DOYEN DE LA
FACULTÉ DE PHARMACIE**

LA DIRECTRICE DE THÈSE

Pr Michel SÈVE

Dr Catherine GILLY

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Pharmacie
Pr. Michel SÈVE



BIBLIOGRAPHIE

8. Dematteis M. Trouble de l'usage d'alcool, EC addictologie. 2019.
10. Dominique HUAS, Bernard RUEFF. alcool et médecine générale. GM santé. Neuilly sur seine ; 2010. 194 p.
11. Fournier C. Repérage d'une consommation d'alcool en officine : expérimentation de l'utilisation d'un outil. Limoges ; 2014.
12. Institut national de la santé et de la recherche médicale, éditeur. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Montrouge : EDP sciences ; 2021. (Expertise collective).
18. Richard JB, Andler R, Cogordan C. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. 19 févr 2019;(BEH 5-6):89-97.
19. Andler R, PALLE C, RICHARD JB, SPILKA S, QUATREMÈRE G, NGUYEN-THANH V. Consommation d'alcool en France métropolitaine en 2017. Rev Prat. 2019;69:886-91.
20. Quatremère G, Andler R, Gorza M, Beck F, NGUYEN-THANH V. Grossesse et alcool : évolution des connaissances et perceptions des Français entre 2004 et 2020. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(17):320-8.
26. Beillouet F. La musicothérapie et les patients dépendants à l'alcool : vers une amélioration de la qualité de vie. France : Édition du Non Verbal-AMBx ; 2021. 152 p.
27. Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. Alcoologie Addictologie. 2013;35(4):309-15.
30. Andler R, Quatremère G, Gautier A, Soullier N, Lahaie E, Richard JB, et al. Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : résultats du Baromètre santé de Santé publique France. Bull Epidémiol Hebd. 2021;(17) :304-12.

37. Hill C. Mise au point sur la consommation d'alcool en France, ses conséquences sur la santé et la dose recommandée. *Nutr Clin Métabolisme*. 2021;35(3):161-7.
38. Nguyen Trung M, Ancion A, Tridetti J, Lancelloti P. Effets cardiovasculaires indésirables de l'alcool. *Rev Med Liege*. 2019;74:317-21.
39. Naassila M, Bouajila N, Thomas D, Aubin HJ. Consommation d'alcool et hypertension artérielle. *Rev Prat*. 2023;73:661-8.
49. Trabut JB, Thépot V, Sogni P, Pol S. Hépatite alcoolique aiguë. *Rev Médecine Interne*. 1 juin 2012;33(6):311-7.
50. Clemens DL, Mahan KJ. Alcoholic pancreatitis: Lessons from the liver. *World J Gastroenterol WJG*. 21 mars 2010;16(11):1314-20.
54. Falcheri JP. Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Rev Med Suisse*. 13 juill 2011;302(26):1462-5.
55. Boinet T, Leroy David C. Alcoolodépendance chez l'adulte. *Actual Pharm*. 2020;59(595_596):13-7.
59. Nubukpo P. Système opioïde endogène et stratégies thérapeutiques dans la dépendance à l'alcool. *L'Encéphale*. 1 déc 2014;40(6):457-67.
64. Lejoyeux M. *Addictologie*. 3e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2017.
70. Bellec L. Les perspectives dans la prise en charge thérapeutique de l'alcoolodépendance [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2016.
71. Bonnet N. *Guide addictologie en officine*. Respadd. 2014. 104 p.
73. Lepelley M. *Interactions médicamenteuses - UE 8.4*. 2021.
79. Seirafi M, Iten A, Hadengue A. Paracétamol: toxicité hépatique aux doses thérapeutiques et populations à risque. *Rev Med Suisse*. 17 oct 2007;129:2345-9.
80. Terrana A. De la dépendance alcoolique au sevrage: thérapeutique et rôle du pharmacien d'officine [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université de Lorraine; 2017.

82. Cuvelier E, Gutium C, Béné J, Henry H, Aquizerate A, Lannoy D, et al. Médicaments par voie orale contenant de l'alcool : faut-il être vigilant ? Therapies. nov 2022;77(6):673-81.
90. Ngabwa RW. Les flavonoïdes du kudzu et leur rôle dans le sevrage alcoolique [Thèse d'exercice]. [Amiens, France]: Université de Picardie Jules Verne; 2017.
97. Roberts D. Hypnose et addictions. Psychotropes. 2019;25(2-3):91-103.
100. Bellier C. Prise en charge médicamenteuse et accompagnement du patient alcoolo-dépendant à l'officine: proposition d'un questionnaire d'évaluation du traitement [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2018.

SITOGRAPHIE

1. Drogues Info Service [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Les chiffres clés. Disponible sur : <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Les-chiffres-cles/Donnees-generales>
2. Le Moniteur des pharmaciens.fr [Internet]. 2023 [cité 5 mars 2024]. Alcool : aux pharmaciens d'informer chaque patient sur les risques -. Disponible sur : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/alcool-aux-pharmaciens-d-informer-chaque-patient-sur-les-risques.html>
3. Bonnet N. Guide-Premiers-gestes-alcoologie [Internet]. 2023 [cité 13 nov 2023]. (RESPADD). Disponible sur : <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2023/08/Guide-Premiers-gestes-alcoologie-BAT5.pdf>
4. Société Chimique de France (SCF) [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Éthanol - Produits SCF. Disponible sur : <https://new.societechimiquedefrance.fr/produits/ethanol/>
5. alcool_corps.pdf [Internet]. [cité 25 sept 2023]. Disponible sur : https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/alcool_corps.pdf
6. alcool_effets_synthese_fr.pdf [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur : https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/169/alcool_effets_synthese_fr.pdf?sequence=1
7. RFCRPV [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Association alcool-médicament, quelles interactions ? Disponible sur : <https://www.rfcrpv.fr/association-alcool-medicament-quelles-interactions/>
9. SPF. Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>

13. Godeau E, Spilka S, Ehlinger V, Hurel C. Comportements de santé et bien-être des collégiens, exploitations régionales de l'enquête EnCLASS 2018, EHESP, 2020. Disponible sur : https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2022/09/EnCLASS-HBSC-2018-Region-AUVERGNE-RHONE-ALPES-College-2020_11_27.pdf
14. Julien Morel d'Arleu, Ivana Obradov. Les drogues à 17 ans - Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022. OFDT [Internet]. 2023; Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxof2d3.pdf>
15. Obradovic Ivana. Attitudes, Représentations, Aspirations et Motivations lors de l'Initiation aux Substances psychoactives, Enquête ARAMIS [Internet]. 2019 [cité 15 nov 2023]. (OFDT). Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxioza.pdf>
16. INSERM. Salle de presse de l'Inserm. 2014 [cité 15 nov 2023]. Conduites addictives chez les adolescents - Une expertise collective de l'Inserm. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-linserm/11035/>
17. SPF. Pourquoi les Français consomment-ils de l'alcool ? [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/pourquoi-les-francais-consomment-ils-de-l-alcool>
21. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte [Internet]. [cité 15 nov 2023]. Disponible sur : <http://www.le-crat.fr/>
22. Inserm [Internet]. [cité 17 oct 2023]. Alcool & Santé · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>
23. Alcool Info Service [Internet]. [cité 15 nov 2023]. Données cliniques de l'alcoolisation foétale. Disponible sur : <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-et-grossesse/Que-sait-on-sur-l-alcoolisation-foetale/Clinique-quels-sont-les-troubles-engendres-par-l-alcoolisation-foetale>

24. Alcool Info Service [Internet]. [cité 15 nov 2023]. Alcool allaitement : 3 conseils pour allaiter en toute sécurité. Disponible sur : <https://www.alcool-info-service.fr/Actualites/3-conseils-pour-allaiter-en-toute-securite-si-vous-buvez-de-l-alcool>
25. RECOS-SFA-Version-2023-2-2.pdf [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur : <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2-2.pdf>
28. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3326877/fr/agir-en-premier-recours-pour-diminuer-le-risque-alcool-reperer-tous-les-usages-et-accompagner-chaque-personne
29. Alcool - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
31. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 10 oct 2023]. L'addiction à l'alcool. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
32. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 17 oct 2023]. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html
33. Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? [Internet]. [cité 24 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>
34. L'alcool et la conduite | Sécurité Routière [Internet]. [cité 24 oct 2023]. Disponible sur : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/dangers-de-la-route/lalcool-et-la-conduite>
35. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. [cité 7 nov 2023]. Les conséquences de la consommation d'alcool | INSPQ. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/alcool-consequences-consommation>

36. Alcool - Réduire les risques de cancer [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Alcool>
40. World stroke organisation. Alcool et AVC [Internet]. [cité 30 oct 2023]. Disponible sur : https://www.world-stroke.org/assets/downloads/STROKE_RISK_AND_PREVENTION_LEAFLET-ALCOHOL-FR.pdf
41. Martin LaSalle. Le mécanisme du «syndrome cardiaque des fêtes» expliqué [Internet]. 2020 [cité 30 oct 2023]. Disponible sur : <https://nouvelles.umontreal.ca/article/2020/12/18/le-mecanisme-du-syndrome-cardiaque-des-fetes-explique/>
42. Définitions diagnostiques - www.Stop-alcool.ch [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.stop-alcool.ch/fr/l-alcool-en-general-2/la-consommation-d-alcool/definitions-diagnostiques>
43. FMC-HGE [Internet]. [cité 1 nov 2023]. Maladie alcoolique du foie (Recommandations EASL-2018). Disponible sur : <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2019-paris/maladie-alcoolique-du-foie-recommandations-easl-2018/>
44. Echosens [Internet]. [cité 1 nov 2023]. Maladie alcoolique du foie. Disponible sur : <https://www.echosens.com/fr/maf/>
45. Centre Hépato-Biliaire Paul Brousse [Internet]. 2014 [cité 1 nov 2023]. Alcool et foie. Disponible sur : <https://www.centre-hepato-biliaire.org/maladies-foie/alcool-et-foie.html>
46. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 1 nov 2023]. Hépatopathie alcoolique - Troubles du foie et de la vésicule biliaire. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-foie-et-de-la-v%C3%A9sicule-biliaire/h%C3%A9patopathie-alcoolique/h%C3%A9patopathie-alcoolique?query=h%C3%A9patite%20alcoolique>
47. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 1 nov 2023]. Fibrose du foie - Troubles du foie et de la vésicule biliaire. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-foie-et-de-la-v%C3%A9sicule-biliaire/fibrose-et-cirrhose-du-foie/fibrose-du-foie>

48. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 1 nov 2023]. Cirrhose - Troubles hépatiques et biliaires. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-h%C3%A9patiques-et-biliaires/fibrose-et-cirrhose/cirrhose>
51. Pancréatite chronique - CNPHGE [Internet]. 2020 [cité 8 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.cnp-hge.fr/pancreatite-chronique/>
52. EVA Sommeil - Encephale . Ventilation . Analyse [Internet]. [cité 12 nov 2023]. L'alcool sur le sommeil. Disponible sur : <https://www.evasommeil.com/16-l-alcool-sur-le-sommeil/>
53. ALCOOL_ET_SANTE_MENTALE_2023.pdf [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur : https://www.educalcohol.qc.ca/wp-content/uploads/2022/09/ALCOOL_ET_SANTE_MENTALE_2023.pdf
56. VIDAL [Internet]. [cité 10 janv 2024]. Les facteurs de risque de l'alcoolodépendance. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/alcool-dependance/facteurs-risque.html>
57. VIDAL [Internet]. [cité 27 nov 2023]. Recommandations Alcool : prise en charge du mésusage. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/alcool-prise-en-charge-du-mesusage-1503.html>
58. Inserm [Internet]. [cité 10 janv 2024]. Addictions Du plaisir à la dépendance. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
60. intervenir-addictions.fr [Internet]. [cité 5 févr 2024]. CSAPA. Disponible sur : <https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/csapa/>
61. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024 [cité 5 févr 2024]. Les équipes de liaison et de soins en addictologie - ELSA. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa>
62. Alcooliques Anonymes [Internet]. [cité 10 mars 2024]. Association Alcooliques Anonymes - Aperçu sur AA. Disponible sur : <https://alcooliques-anonymes.fr/aperçu-sur-aa/>

63. Camerup [Internet]. [cité 10 mars 2024]. Accueil. Disponible sur : <https://www.camerup.fr/>
65. VIDAL [Internet]. [cité 13 déc 2023]. Recommandations Alcool : sevrage. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/alcool-sevrage-1502.html>
66. Pic D. Syndrome de sevrage alcoolique et délirium trémens [Internet]. Urgence 2015, SFMU; [cité 8 janv 2024]. Disponible sur : https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/fs_tout_art.htm
67. Accueil - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur : <https://evidal-vidal-fr.sid2nomade-2.grenet.fr/>
68. INESSS_Sevrage d'alcool et prévention des rechutes [Internet]. [cité 13 déc 2023]. Disponible sur : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_GUO_Sevrage_rechute_FR.pdf
69. ANSM [Internet]. [cité 11 déc 2023]. Alcool-dépendance : nouvelles recommandations posologiques pour le baclofène. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/alcool-dependance-nouvelles-recommandations-posologiques-pour-le-baclofene>
72. DEBALLON JB. Evaluation, intérêts et impacts du projet pilote de formation au RPIB [Internet]. 2014 [cité 26 janv 2024]. Disponible sur : <https://docplayer.fr/9120637-These-pour-le-diplome-d-etat-de-docteur-en-pharmacie-soutenue-publiquement-le-26-novembre-2014-par-jean-baptiste-deballon.html>
74. interaction alcool-medicament [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=19>
75. VIDAL [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Médicaments et alcool. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/alimentation-problemes-sante/medicaments-alimentation/alcool.html>

76. Le métronidazole, l'alcool et l'effet antabuse [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.sop.asso.fr/admin/documents/ros/ROS0000191/2035.pdf>
77. Le Moniteur des pharmacie.fr [Internet]. 2016 [cité 11 sept 2023]. L'effet antabuse. Disponible sur : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3143/l-effet-antabuse.html>
78. ANSM. THESAURUS DES INTÉRACTIONS MÉDICAMENTEUSES [Internet]. 2023 [cité 11 sept 2023]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/uploads/2023/08/18/20230818-thesaurus-referentiel-des-interaction-medicamenteuses-aout-2023.pdf>
81. VIDAL [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Les excipients à effet notoire. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/prendre-traitement/excipients-effet-notoire.html>
83. Cespharm - Cespharm [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/cespharm>
84. Cespharm - Le Défi de janvier : faire une pause dans sa consommation d'alcool [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/actualites/2022/le-defi-de-janvier-faire-une-pause-dans-sa-consommation-d-alcool>
85. Mon bilan prévention [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/drome/pharmacien/sante-prevention/bilan-prevention-ages-cles>
86. Le Moniteur des pharmacie.fr [Internet]. 2024 [cité 6 févr 2024]. Prévention : faites le bilan. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3497/prevention-faites-le-bilan.html>
87. Entretien femme enceinte [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/drome/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/entretien-femme-enceinte>
88. AFDEM [Internet]. 2014 [cité 13 févr 2024]. l'entretien motivationnel. Disponible sur: <https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/>

89. Affiche – Entretien Motivationnel – RESPADD [Internet]. [cité 13 févr 2024].
Disponible sur: <https://www.respadd.org/produits/entretien-motivationnel/>
91. MAAD DIGITAL [Internet]. 2023 [cité 18 mars 2024]. Le kudzu, une plante qui aide à boire moins d'alcool. Disponible sur: <https://www.maad-digital.fr/articles/le-kudzu-une-plante-qui-aide-boire-moins-dalcool>
92. Face aux dépendances, misez sur le Kudzu pour un sevrage réussi (Tabac, alcool, sucre, ...) [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.herboristerieduvalmont.com/blog/face-aux-dependances-misez-sur-le-kudzu--n57>
93. Les Actifs Naturels | Laboratoire Lescuyer [Internet]. [cité 24 mars 2024].
Disponible sur: <https://www.laboratoire-lescuyer.com/nos-actifs>
94. La compagnie des sens. Huile essentielle d'Angélique [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.compagnie-des-sens.fr/huile-essentielle-angelique/>
95. La compagnie des sens. Huile essentielle de Pruche [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.compagnie-des-sens.fr/huile-essentielle-pruche/>
96. Télécharger Oz Ensemble [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://ozensemble.fr/download>
98. La Sophrologie au cœur des addictions – Oppelia [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.oppelia.fr/actualite/la-sophrologie-au-coeur-des-addictions/>
99. Cespharm - Rôle du pharmacien [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/L-education-pour-la-sante/role-du-pharmacien>

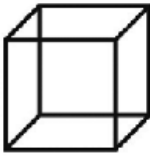
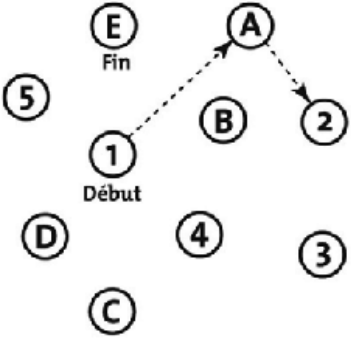

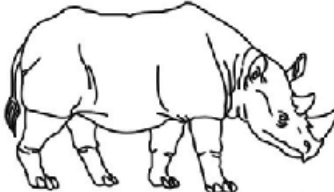
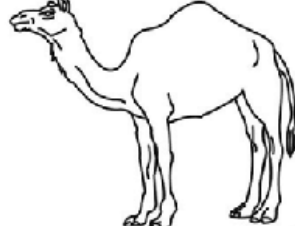
ANNEXES

ANNEXE 1 : Test MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Version 7.1 FRANÇAIS

NOM :
 Scolarité :
 Sexe :

Date de naissance :
 DATE :

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		 Copier le cube [] []		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points) [] [] [] Contour Chiffres Aiguilles	POINTS ___/5			
 [] []		DÉNOMINATION			[] [] [] ___/3			
 []		 []		 []				
MÉMOIRE	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.	VISAGE 1 ^{er} essai 2 ^{ème} essai	VELOURS [] []	ÉGLISE [] []	MARGUERITE [] []	ROUGE [] []	Pas de point	
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2		___/2				
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB		___/1						
Soustraire série de 7 à partir de 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt		___/3						
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []		___/2				
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] _____ (N≥11 mots)		___/1						
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle		___/2				
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES [] [] [] [] []	VISAGE [] []	VELOURS [] []	ÉGLISE [] []	MARGUERITE [] []	ROUGE [] []	Points pour rappel SANS INDICES seulement ___/5
Optionnel Indice de catégorie [] Indice choix multiples []								[] [] [] [] [] []
ORIENTATION		[] Date [] Mois [] Année [] Jour [] Endroit [] Ville		___/6				
© Z.Nasreddine MD Administré par : _____		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans		___/30

Un score < 26 est considéré comme anormal

ANNEXE 2 : BEARNI

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance (âge) : _____ Années de scolarité : _____
 Date de l'examen : _____

I - MÉMOIRE VERBALE

Consigne

1** rappel : Je vais vous lire une liste de mots que vous aurez à retenir. Écoutez attentivement et quand j'aurais terminé, je veux que vous me redonniez le plus de mots possible dont vous vous rappelez, et dans l'ordre que vous voulez.

2*** rappel : maintenant je vais vous relire la même liste de mots. Essayez de vous rappeler du plus grand nombre de mots possible y compris ceux que vous avez déjà énoncés.

(Choisir la liste parallèle si BEARNI a déjà été proposé au patient dans les 6 derniers mois. Temps maximum pour chaque rappel : **1 minute**. Relire la liste complète avant chaque rappel. Au dernier rappel, ne pas préciser au patient que la liste lui sera à nouveau demandée à la fin du test)

Cotation

Score total : pas de points

MÉMOIRE VERBALE				
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel libre 1	Rappel libre 2
1.	Plage	Forêt		
2.	Tenaille	Truelle		
3.	Blouson	Chaussettes		
4.	Fleuve	Rivière		
5.	Pioche	Enclume		
6.	Jupe	Casquette		
7.	Râteau	Maillet		
8.	Montagne	Désert		
9.	Chapeau	Chemise		
10.	Bêche	Étau		
11.	Jungle	Verger		
12.	Ceinture	Gants		
Pas de points				

III- FLUENCES ALTERNÉES

Consigne

Je vous demande de me donner le plus de noms que vous connaissez dans les catégories des couleurs et des noms de ville communes ou village, pendant 2 minutes sans vous répéter. Vous devez alterner les deux catégories, vous me donnerez d'abord une couleur, puis un nom de ville, une couleur, un nom de ville, etc... Je ne vous demande pas de faire un lien entre les villes et les couleurs.

(Noter toutes les réponses du sujet, y compris celles qui ont déjà été données et les erreurs). Arrêt de l'épreuve au bout de deux minutes.

Cotation

0 point si entre 0 et 4 mots (alternance et catégorie respectées)

1 point si entre 5 et 9

2 points si entre 10 et 14

3 points si entre 15 et 19

4 points si entre 20 et 24

5 points si entre 25 et 29

6 points si ≥30

Score total : maximum 6 points

les déclinaisons de couleurs sont autorisées. Exemple: bleu turquoise, bleu marine,... Les erreurs de catégorie correspondent à tous les mots fournis n'étant ni des couleurs, ni des noms de villes. Les erreurs d'alternance correspondent à la production de deux mots dans la même catégorie (lorsque le sujet fournit deux noms de villes ou deux couleurs à la suite).

Exemple de cotation : si le patient fournit les mots « Paris ; vert ; Angers ; Caen ; bleu ; Rouen ; orange », 7 mots sont fournis mais il y a une erreur d'alternance (deux noms de ville à la suite : Angers ; Caen). Ainsi, 6 mots corrects sont fournis car Caen ; bleu sont considérés comme des mots correctement fournis car catégorie et alternance respectée.

FLUENCES ALTERNÉES

Maximum de mots en alternant catégories des « couleurs » et « noms de ville » en 2 minutes

Score total (score max 6) :

II- ATAXIE EN ÉQUILIBRE

Consigne

Maintenant nous allons tester votre équilibre sur une jambe. Je vais vous demander d'enlever vos chaussures. Dans un premier temps, aidez-vous du mur si besoin. Ensuite, croisez les bras sur le torse et levez la jambe comme ceci (à hauteur du genou), sans vous appuyer sur votre genou. Si à un moment vous sentez que vous risquez de tomber, posez votre pied par terre et appuyez-vous contre le mur.

Durée maximum : **30 secondes par essai**. Indiquer le temps pendant lequel le sujet réussit à maintenir la position.

Préciser si le sujet réussit dès le premier essai ou au second.

Cotation

2 points par condition si le sujet réussit dès le premier essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.

1 point par condition si le sujet ne réussit qu'au second essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.

0 point en cas d'échec aux deux essais.

Score total : maximum 8 points

ATAxie EN ÉQUILIBRE	
Yeux ouverts	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Yeux fermés	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Score total (score max 8) :	

IV- ORDINATION ALPHABÉTIQUE

Consigne

Je vais vous lire des séries de lettres et je vous demanderai de me les rappeler dans l'ordre alphabétique. Par exemple si je vous donne « C-B », vous devrez me dire « B-C » car la lettre B se situe avant la lettre C dans l'alphabet.

(Les séries de lettres ne doivent être lues qu'une seule fois. Arrêter l'épreuve si le patient échoue aux deux essais d'un même item. Les deux essais d'une même longueur doivent être administrés, même si le premier essai est correctement réussi.)

Cotation

0,5 point par essai correctement rappelé

Score total : maximum 5 points

ORDINATION ALPHABÉTIQUE	
Items/essai (Bonnes réponses)	Note
1/ Essai 1 : V-K (K-V) Essai 2 : U-T (T-U)	
2/ Essai 1 : R-H-L (H-L-R) Essai 2 : I-F-B (B-F-I)	
3/ Essai 1 : A-X-T-H (A-H-T-X) Essai 2 : L-G-R-U (G-L-R-U)	
4/ Essai 1 : P-N-I-G-V (G-I-N-P-V) Essai 2 : Q-O-J-D-E (D-E-J-O-Q)	
5/ Essai 1 : C-T-H-E-V-S (C-E-H-S-T-V) Essai 2 : L-T-A-D-R-I (A-D-I-L-R-T)	
Score total (score max 5) :	

V- CAPACITÉS VISUO-SPATIALES

Consigne

À l'intérieur de chacune des figures complexes sont cachées deux figures simples. Je vous demande d'essayer de retrouver, parmi les 5 figures de droite, quelles sont les deux figures cachées. (Préciser au sujet que les formes à découvrir sont de même taille et de même forme/orientation)

(Montrer un exemple avec la figure d'exemple.) Vous voyez ici par exemple dans cette figure, on peut retrouver celle-ci (1** figure) ici et celle-ci ici (2** figure).

Durée maximum : 1 minute par figure.

Pour chacune des figures, l'épreuve s'arrête après 1 minute même si le patient n'a pas retrouvé les deux éléments de la figure complexe.

Cotation

1 point si le sujet trouve les deux figures cachées.

0 point si le sujet ne trouve qu'une figure ou aucune sur les deux.

Score total : maximum 5 points

Bonnes réponses :

Figure complexe 1 : figures 1 et 3

Figure complexe 2 : figures 1 et 4

Figure complexe 3 : figures 1 et 3

Figure complexe 4 : figures 2 et 4

Figure complexe 5 : figures 3 et 4

CAPACITÉS VISUO-SPATIALES
Score total (score max 5):

VI- MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE

Consigne

Au début du test, vous avez appris une liste de mots. Je vous demande à présent de me redonner le plus possible de mots dont vous souvenez, dans l'ordre que vous voulez.

Ne pas relire la liste de mots au participant. (appel : 1 minute)

Cotation

Nombre de réponse correcte	0,5 point par réponse correcte
Nombre d'erreur (intrusion)	Retirer 0,5 point par erreur
Total	Réponses correctes - erreurs

Score total : maximum 6 points

Les erreurs d'intrusions correspondent à tous les mots produits qui n'étaient pas dans la liste de mots. Par exemple : manteau, outils, robe...

Les répétitions ne sont pas considérées comme des erreurs.

MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE			
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel différé
1.	Plage	Forêt	
2.	Tenaille	Truelle	
3.	Blouson	Chaussettes	
4.	Fleuve	Rivière	
5.	Pioche	Enclume	
6.	Jupe	Casquette	
7.	Râteau	Maillet	
8.	Montagne	Désert	
9.	Chapeau	Chemise	
10.	Bêche	Étau	
11.	Jungle	Verger	
12.	Ceinture	Gants	
Score total (score max 6) :			

Figure d'exemple

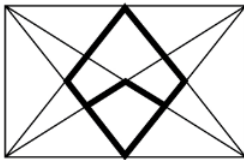


Figure 1

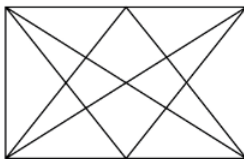


Figure 2

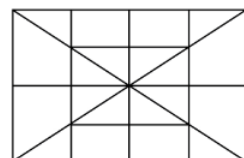


Figure 3



Figure 4

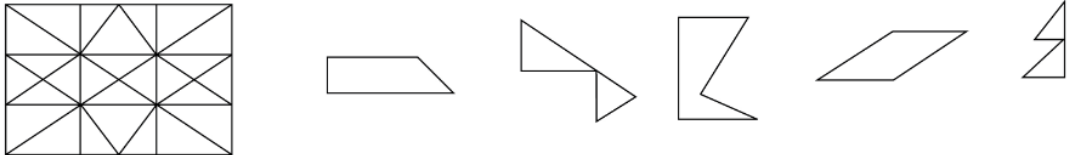
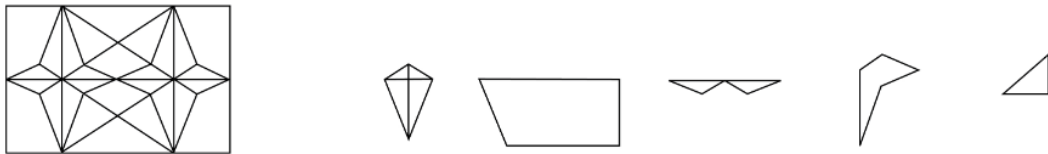


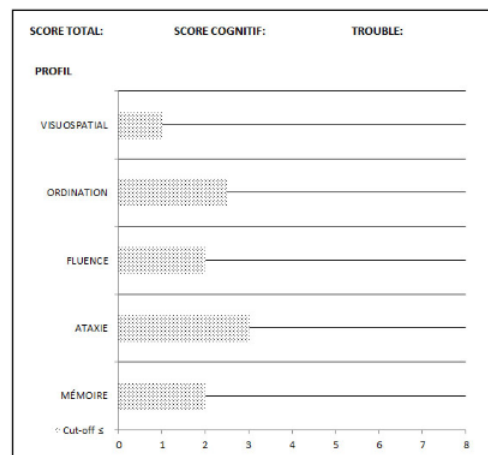
Figure 5



SCORES TOTAUX

Additionnez les points de chacun des subtests. Le score total est de 30 points.
 Il est possible de calculer un score cognitif, ne comprenant pas la cotation du subtest d'ataxie, lorsque les patients ne peuvent pas réaliser la tâche.
 Ce score total est de 22 points.

Subtests	Scores patient	Note maximum	Cut-off score
Mémoire :			
> Mémoire verbale		Pas de points	
> Mémoire verbale différée		6	≤ 2
Ataxie en équilibre		8	≤ 3
Fluence alternée		6	≤ 2
Ordination alphabétique		5	≤ 2,5
Capacités visuospatiales		5	≤ 1
SCORE TOTAL		30	
SCORE COGNITIF		22	



Cut-off scores des scores totaux

Étant donné que les scores totaux du BEARNI sont influencés par le nombre d'années de scolarité, les cut-offs ont été adaptés.
 Le baccalauréat correspond à 12 années d'études (ne pas compter les redoublements ni la maternelle).

		SCORE TOTAL	SCORE COGNITIF
≤ BAC	Trouble léger	≤ 19	≤ 15
	Trouble modéré	≤ 16	≤ 11,5
> BAC	Trouble léger	≤ 21	≤ 16
	Trouble modéré	≤ 17	≤ 12,5

ANNEXE 3 : Programme de rétablissement des alcooliques anonymes en 12 étapes (62)

1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool et que nous avons perdu la maîtrise de notre vie.
2. Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison.
3. Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le concevions.
4. Nous avons procédé sans crainte à un inventaire moral, approfondi de nous-mêmes.
5. Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.
6. Nous étions tout à fait prêts à ce que Dieu élimine tous ces défauts.
7. Nous Lui avons humblement demandé de faire disparaître nos défauts.
8. Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et nous avons consenti à réparer nos torts envers chacune d'elles.
9. Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous risquons de leur nuire ou de nuire à d'autres.
10. Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.
11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevions, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter.
12. Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.

ANNEXE 4 : Score de Cushman (3)

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

Score de Cushman _____	Interprétation des résultats	
	<input type="checkbox"/>	Score < 7 : état clinique contrôlé
	<input type="checkbox"/>	Score 7 à 14 : sevrage modéré
	<input type="checkbox"/>	Score > 14 : sevrage sévère

ANNEXE 5 : CIWA-Ar

Fiche du CIWA-Ar

Année - Mois - Jour // Heure / // Pression artérielle / / mm Hg // Pulsations / / /min // Température . °C

Nausées et vomissements – Demandez : « Avez-vous mal au cœur ou des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observez :

Pas de nausées ni de vomissements
 Nausées légères sans vomissements
 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
 Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements

Tremblements – Bras étendus, doigts écartés. Observez :

Pas de tremblements
 Non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis du bout des doigts
 Modérés, le patient ayant les bras étendus
 Importants, sans les bras étendus

Sueurs – Observez :

Pas de sueurs visibles
 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites
 Front parié de sueurs
 Trempé de sueurs

Anxiété – Demandez : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observez :

Calme, délassé
 Légèrement anxieux
 Modérément anxieux ou sur ses gardes
 Équivalent à un état de panique aigu ayant un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizo-phréniques aiguës

Agitation – Observez :

Normale
 Normale, mais légèrement accrue
 Patient modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient
 Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue ou agite les pieds et les mains (agitation presque constante)

Troubles tactiles – Demandez : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur votre peau ». Observez :

Aucun
 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissements
 Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou d'engourdissements
 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissements modérés
 Hallucinations modérées
 Hallucinations importantes
 Hallucinations extrêmement importantes
 Hallucinations continues

Troubles auditifs – Demandez : « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite ? Avez-vous l'impression de percevoir ou d'entendre des sons et des bruits qui n'existent pas ? » Observez :

Absents
 Très peu stridents ou effrayants
 Peu stridents ou effrayants
 Modérément stridents ou effrayants
 Hallucinations modérées
 Hallucinations importantes
 Hallucinations extrêmement importantes
 Hallucinations continues

Troubles visuels – Demandez : « La lumière vous paraît-elle vive ? La couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe ? Qui vous dérange ? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous ? » Observez :

Absent
 Très peu sensible
 Peu sensible
 Modérément sensible
 Hallucinations modérées
 Hallucinations importantes
 Hallucinations extrêmement importantes
 Hallucinations continues

Maux de tête, tête lourde – Demandez : « Avez-vous des sensations étranges à la tête ? Avez-vous l'impression que quelque chose vous serre la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étoupe ou que votre tête va éclater ? Avez-vous l'impression d'avoir un bandeau autour de la tête ? » Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations d'ébriété. Évaluez plutôt l'intensité des autres symptômes.

Absentes
 Très légères
 Légères
 Modérées
 Modérément importantes
 Importantes
 Très importantes
 Extrêmement importantes

Orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes – Demandez : « Quel jour sommes-nous ? Quelle est la date ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »

Orienté(e) et peut additionner des nombres en série
 Ne peut additionner des nombres en série ou est incertain de la date
 Erreur de date de 2 jours ou moins
 Erreur de date de plus de 2 jours
 Désorienté(e) dans l'espace ou par rapport aux personnes

Score CIWA-Ar Total (max. = 67) :
 (Additionner les scores de chaque point)

Nom de l'évaluateur : _____

Prénom, nom

Source : The Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol Revised (Sullivan, Sykora, Schneiderman et coll. 1989; Sullivan, Swift et Lewis 1991).

Interprétation des scores CIWA-Ar

Score	Degré d'intensité du sevrage
< 8	Léger
De 9 à 15	Modéré
> 15	Important

ANNEXE 6 : AUDIT (25)

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? (0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine <input type="checkbox"/>	6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus <input type="checkbox"/>	7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ? (0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année <input type="checkbox"/>
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ? (0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année <input type="checkbox"/>
Notez le total des items ici	
<input type="checkbox"/>	

Score AUDIT	Interprétation
Femme : < 5 Homme : < 6	Faible risque
Femme : ≥ 6 et ≤ 12 Homme : ≥ 7 et ≤ 12	Consommation à risque
> 12	Possible alcoolodépendance

ANNEXE 7 : AUDIT-C (28)

AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test)

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
TOTAL						0

Score AUDIT-C	Interprétation
Femme : < 3 Homme : < 4	Faible risque
Femme : ≥ 3 et ≤ 9 Homme : ≥ 4 et ≤ 9	Consommation à risque
> 9	Possible alcoolodépendance

ANNEXE 8 : FACE (28)

FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation – Formule Approchant la Consommation d’alcool par Entretien)

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d’hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ». Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l’alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d’une journée ordinaire où vous buvez de l’alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d’alcool ?	NON				OUI	
4. Avez-vous déjà eu besoin d’alcool le matin pour vous sentir en forme ?	NON				OUI	
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	NON				OUI	
					TOTAL	0

Score FACE	Interprétation
Femme : < 4 Homme : < 5	Faible risque
Femme : ≥ 4 et ≤ 8 Homme : ≥ 5 et ≤ 8	Consommation à risque
≥ 9	Possible alcoolodépendance

ANNEXE 9 : Les thématiques des bilans de prévention (86)

Les thématiques à aborder pour le suivi médical et les maladies chroniques par tranche d'âge peuvent être structurées de la manière suivante :

	18-25 ANS	45-50 ANS	60-65 ANS	70-75 ANS
Antécédents médicaux personnels et familiaux	X	X	X	X
Comportements et habitudes de vie (alimentation, activité physique et sédentarité, addictions, risque de grossesse non désirée, etc.)	X	X	X	X
Bien-être mental et social (sommeil, vie affective, statut d'aidant, conditions de travail, repérage des situations de violences et maltraitements, etc.)	X	X	X	X
Environnement (exposition aux produits chimiques, moisissures, perturbateurs endocriniens, bruit, radon, monoxyde de carbone, à la pollution, etc.)	X	X	X	X
PARCOURS DE SANTÉ				
Coordonnées du médecin traitant et suivi médical à jour	X	X	X	X
Vaccinations à jour	X	X	X	X
Dépistage des IST/VIH à jour	X	X	X	X
Suivi buccodentaire régulier	X	X	X	X
Polymédication, automédication, traitements psychoactifs	X	X	X	X
Se plaint de ne pas bien voir et/ou entendre			X	X
Troubles de mémoire et/ou d'orientation			X	X
Perte d'appétit/perde de poids involontaire	X	X	X	X
PRÉVENTION ET REPÉRAGE DES MALADIES CHRONIQUES				
Règles abondantes et/ou douloureuses (endométriose)	X			
Dépistage du cancer du col de l'utérus à jour	X	X	X	
Dépistage organisé du cancer du sein à jour		X	X	X
Symptômes de ménopause		X	X	X
Infections urinaires fréquentes	X	X	X	X
Incontinence urinaire à l'effort		X	X	X
Dépistage du cancer colorectal à jour		X	X	X
Suivi pour hypertension, dyslipidémie	X	X	X	X
Insuffisance rénale chronique	X	X	X	X
Suivi pour diabète	X	X	X	X
Ostéoporose			X	X
Symptômes évoquant la BPCO		X	X	X
Syndrome d'apnée du sommeil		X	X	X
Troubles du comportement alimentaire (exemple : anorexie mentale)	X			
Addictions (alcool, tabac, autres drogues, etc.)	X	X	X	X
DMLA			X	X
PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE				
Chutes (antécédents)			X	X

IST : infections sexuellement transmissibles ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge.



FAITES LE POINT EN 3 QUESTIONS






Questionnaire AUDIT-C

		Points
Question 1 - À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	0
	1 fois par mois ou moins	1
	2 à 4 fois par mois	2
	2 à 3 fois par semaine	3
	Au moins 4 fois par semaine	4
Question 2 - Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	0
	3 ou 4	1
	5 ou 6	2
	7 ou 8	3
	10 ou plus	4
Question n° 3 - Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	0
	Moins d'une fois par mois	1
	1 fois par mois	2
	1 fois par semaine	3
	Tous les jours ou presque	4

Total



Vos réponses

 De 0 à 2	 De 0 à 3	Votre consommation d'alcool ne devrait pas provoquer de risque pour votre santé
 De 3 à 9	 De 4 à 9	Votre consommation comporte des risques Parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien
 Au-delà de 9		Il est possible que vous soyez dépendant de l'alcool N'hésitez pas à faire appel à un professionnel spécialisé



CSAPA - La Cordée
CH Annonay
6 rue du Bon Pasteur
Tél : 04 75 67 39 39

US2A - CH de Valence
179, boulevard Maréchal Juin
Bâtiment J
Tél : 04 75 75 75 92

Service d'addictologie du C.H De Montélimar
Quartier Beusseret
BP - 249
Tél : 04 75 53 41 46

CSAPA Privas
13 cours du Temple
Tél : 04 75 66 12 51

CSAPA et ELSA du CHG d'Aubenas
14 -16 av. de Bellande
site B. Hugo
Tél : 04 75 89 20 19

CSAPA
Association Addictions France
Romans
15 rue DOCQ
Tél : 04 75 02 48 69

Valence
9 rue Henri Barbusse
Tel : 04 75 82 99 60

Montélimar
15 avenue John Kennedy
Résidence Le Vénitien
04 75 51 13 79

Tournon-sur-Rhône
Impasse Emile Junique
ZAC de Champagne
Tél : 04 75 08 09 86

Annonay
63 avenue de l'Europe
Tel : 04 75 32 44 25

Aubenas
ZAC Ponson-Moulon
31 B route de Montélimar
Tel : 04 75 37 60 26

CSAPA TEMPO-OPPELIA
Romans
15 rue Docq
Tel : 04 75 83 22 21
06 42 67 13 46

Valence
4 rue Ampère
Tel : 04 75 40 17 70

Montélimar
15 av. John Kennedy
Tel : 04 75 83 22 29

Consultations d'addictologie ELSA
CH Saint Vallier
Rue de l'Hôpital
Tel : 04 75 23 80 80

CH Romans
607 av Geneviève de Gaulle-Anthonioz
Tel : 04 75 05 75 80

Consultation jeunes consommateurs
13 - 15 place Latour-Maubourg
26000 VALENCE
Tel 04 75 56 62 11

Plus d'infos sur alcool-info-service.fr

ANNEXE 11 : Questionnaire distribué aux équipes officinales

Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention, le repérage et la prise en charge de l'alcoolodépendance

Bonjour,
Dans le cadre de ma thèse de pharmacie sur le rôle du pharmacien dans la prévention, le repérage et la prise en charge de l'alcoolodépendance, je réalise un questionnaire à destination des pharmaciens d'officine, préparateurs, étudiants de Rhône-alpes.

Le traitement des réponses de ce questionnaire sera anonyme.

Je vous remercie d'avance pour votre participation

Ça ne prendra que quelques minutes et m'aidera beaucoup !

* Indique une question obligatoire

1. Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- une femme
 un homme

5. Zone d'activité *

Une seule réponse possible.

- Pharmacie rurale
 Pharmacie de quartier
 Pharmacie en centre ville
 Pharmacie en centre commercial

6. Avez-vous des connaissances dans le domaine de l'alcoolodépendance ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. Avez vous des patients alcoolodépendants ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

8. Si oui, combien en avez vous ?

Une seule réponse possible.

- < 5
 entre 5 et 10
 > 10

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 20 ans
 20-29 ans
 30-39 ans
 40-49 ans
 50-59 ans
 Plus de 60 ans

3. Quel est votre statut ? *

Une seule réponse possible.

- Pharmacien titulaire
 Pharmacien adjoint
 Préparateur/préparatrice
 étudiant/étudiante (ayant une expérience de comptoir)

4. Département d'activité *

Une seule réponse possible.

- Isère
 Drôme
 Savoie
 Haute-savoie
 Rhône
 Autre : _____

9. Vous sentez vous à l'aise pour parler avec vos patients de leur alcoolodépendance ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je n'ai pas de patients alcoolodépendants

10. Comment abordez-vous le sujet avec un patient non traité ? *

11. Comment abordez-vous le sujet avec un patient déjà traité ? *

12. Pensez vous être un acteur dans la prévention de l'alcoolodépendance ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

13. Pensez vous être un acteur dans le repérage de l'alcoolodépendance ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

14. Pensez vous être un acteur dans la prise en charge des patients alcoolodépendants ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

15. Savez vous vers qui orienter un patient alcoolodépendant ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

16. Si oui, vers qui les orientez vous ? (S'il s'agit d'associations ou d'organismes merci de citer leur nom)

21. Communiquez-vous avec les autres professionnels de santé de ces patients ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 je n'ai pas de patients alcoolodépendants

22. Selon vous, quels sont les freins pour accompagner les patients alcoolodépendants à l'officine ? *

17. Comment prenez vous en charge les patients alcoolodépendants non traités? *

Plusieurs réponses possibles.

- Par la diffusion de documentation d'information et d'adresse de centre de prise en charge
 Par l'écoute et la délivrance de conseils au comptoir
 Par l'écoute et la délivrance de conseils dans un espace de confidentialité
 Je ne m'implique pas dans leur prise en charge
 je n'ai pas de patients alcoolodépendants

18. Comment prenez vous en charge les patients alcoolodépendants traités? *

Plusieurs réponses possibles.

- Par la diffusion de documentation d'information
 Par l'écoute et la délivrance de conseils au comptoir
 Par l'écoute et la délivrance de conseils dans un espace de confidentialité
 Par la délivrance de leurs traitements
 Je ne m'implique pas dans leur prise en charge
 je n'ai pas de patients alcoolodépendants

19. Quels traitements connaissez-vous dans le traitement de l'alcoolodépendance ? *

20. Assurez vous un suivi à long terme de vos patients alcoolodépendants ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 je n'ai pas de patients alcoolodépendants

*Université Grenoble Alpes
UFR de Pharmacie de Grenoble*



Serment de Galien



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

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.

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 ».

RÉSUMÉ

Mme Camille CHARBONNEL

LE RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA PRÉVENTION, LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE L'ALCOOLODÉPENDANCE

RÉSUMÉ :

En France, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée. C'est aussi la première expérimentée par les adolescents. Elle a un rôle social important, mais une consommation excessive et / ou chronique peut avoir des conséquences médicales et sociales néfastes. L'alcoolodépendance concerne en France environ 3% de la population.

La première partie de ce travail étudie la typologie des usages de l'alcool dans la population générale et ses éventuelles conséquences jusqu'à l'alcoolodépendance. C'est une pathologie chronique taboue, difficile à diagnostiquer et à prendre en charge, avec un taux de rechutes important. Sa prise en charge doit être globale et pluriprofessionnelle. Dans ce cadre, le pharmacien a un rôle à jouer dans la prévention et le repérage de la dépendance à l'alcool (usage du RPIB, *flyers* de prévention etc.). D'autant qu'en tant que professionnel du médicament, il se doit d'informer les patients lors de la délivrance de traitements interagissant avec l'alcool ou en contenant. Il a aussi un rôle à jouer dans le traitement de cette pathologie en dispensant les médicaments indiqués dans le sevrage, la réduction de la consommation et le maintien de l'abstinence.

Dans la seconde partie de ce travail, une enquête a été réalisée auprès des pharmaciens afin d'évaluer leur positionnement dans la prévention, le repérage et la prise en charge de leurs patients alcoolodépendants. Les équipes officinales sont peu à l'aise pour aborder ce sujet avec leur patientèle, elles se sentent plus impliquées au niveau des patients traités que dans la prévention et le repérage. Les principaux freins cités sont : le fait que ce soit encore un sujet tabou difficile à aborder, le manque de connaissances et de formations, le manque de confidentialité dans les officines, le peu de réceptivité des patients et le manque de communication interprofessionnelle. Dans les années futures, une amélioration de ces différents points pourrait permettre une meilleure implication des pharmaciens dans la prévention et la prise en charge de cette pathologie.

MOTS CLÉS : alcoolodépendance, officine, prévention, repérage, prise en charge

SPÉCIALITÉ : Officine